

SOINS D'URGENCE



À LA UNE **LE SPORT ET LA CHALEUR: UN DUO À HAUT RISQUE**

PRATIQUE CLINIQUE

Des soins d'urgence accessibles et équitables : vers une approche inclusive des personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées

PRATIQUE CLINIQUE

L'arrêt cardiorespiratoire réfractaire : perspectives cliniques et rôle infirmier à l'urgence

PROJET INNOVANT

Agir en interdisciplinarité contre la violence : initiative pour sécuriser l'urgence du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)



Association
des infirmières
et infirmiers
d'urgence
du Québec

RÉDACTRICES EN CHEF

Alexandra Lapierre, inf., Ph. D.

Gabriela Peguero-Rodriguez, inf., Ph. D.

ÉDITEUR.TRICES ASSOCIÉ.ES

Sabrina Blais, inf., M. Sc.

Mirelle Gagnon-Gervais, inf., B. Sc., CSU(C)

William Tessier, inf., M. Sc., Ph. D. (ét.).

Koralie Yergeau, inf., B. Sc., M. Sc. (ét.)

CHARGÉE DE PROJET

Carmélie Bernier, L'ASSOCIÉ

CONCEPTION GRAPHIQUE

MissPixels

PUBLICITÉ

Carmélie Bernier, Responsable des partenariats
gestion@aiiuq.qc.ca

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AIIUQ

Josiane Arsenault, inf., M.Sc., CSU(C) – Présidente

Sabrina Blais, inf., M. Sc., Ph.D. (ét.) – Vice-présidente

Alexandra Lapierre, inf., Ph. D. – Trésorière

Alexandre Arsenault, inf., B. Sc., CSU(C) – Secrétaire

Francis Boislard, inf., B. Sc. – Administrateur

Joanie Bouchard, inf., M. Sc. – Administratrice

Jean-Philippe Martin-Pallin, inf., B. Sc. – Administrateur

Elisa Mileto, inf., M. Sc. – Administratrice

Amélie Samson, inf., M. Sc., CSU(C) – Administratrice

POLITIQUE ÉDITORIALE

Soins d'urgence est publiée deux fois par année par l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ). Les opinions et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteur.trices. Les annonces qui y sont présentées n'engagent que les annonceurs. S'inscrivant dans le mouvement pour le libre accès à la documentation scientifique, *Soins d'urgence* est diffusée en accès libre sur la plateforme Érudit, ainsi que sur le site internet de l'AIIUQ, et ce, sous licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0).

DÉPÔT LÉGAL 2025

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISSN 2816-6892 (imprimé)

ISSN 2816-6906 (numérique)

AIIUQ

IC.P. 89 022 CSP Malec,

Montréal (Québec) H9C 2Z3

T. 1 833 33-AIIUQ

info@aiiuq.qc.ca

aiiuq.qc.ca





ÉDITORIAL

04 — Voir, comprendre, agir :
la force du jugement
clinique infirmier
à l'urgence
par les rédactrices en chef
de la revue *Soins d'urgence*

06 — L'éditorial
de la présidente
de l'AIUQ
par Josiane Arseneault

08 — Donner une voix à la
gestion des urgences : le
rôle de l'AGIUQ dans un
réseau en transformation
par Karell Bossé

À LA UNE

10 — Le sport et la chaleur :
un duo à haut risque

PRATIQUE CLINIQUE

16 — Des soins d'urgence
accessibles et équitables :
vers une approche inclusive
des personnes LGBTQI+
migrantes ou racisées

AIUQ

25 — Retour sur le
*CONGRÈS SOINS
D'URGENCE 2025*

PRATIQUE CLINIQUE

29 — L'arrêt cardiorespiratoire
réfractaire : perspectives
cliniques et rôle infirmier
à l'urgence

PROJET INNOVANT

37 — Agir en interdisciplinarité
contre la violence :
initiative pour sécuriser
l'urgence du Centre
hospitalier de l'Université
de Montréal (CHUM)

CHRONIQUE DE LA DSU

42 — Implantation de l'Échelle
de triage et de gravité
(ÉTG) 2024 dans un
contexte de transition
technologique :
défis et stratégies
d'adaptation



Voir, comprendre, agir: la force du jugement clinique infirmier à l'urgence

Avec le vieillissement de la population et les avancées technologiques, les soins de santé se complexifient. Le personnel infirmier doit désormais mobiliser des compétences cognitives et cliniques plus avancées qu'auparavant (1). Comme la vie des personnes soignées peut en dépendre, l'évaluation clinique occupe une place centrale dans la qualité et la sécurité des soins (1,2). Fondement du travail infirmier, l'évaluation clinique et, par extension, le jugement clinique, permettent de reconnaître l'anormalité, de détecter les complications, d'évaluer la gravité d'une situation, de prioriser les interventions, d'assurer une surveillance adéquate et de prendre les décisions appropriées (3,4).

En contexte d'urgence, cette compétence devient cruciale. Qu'il s'agisse du triage, des réévaluations, des soins dans les aires ambulatoires et d'observation ou encore dans les salles de réanimation, le jugement clinique guide chaque décision. Dans un milieu marqué par la pénurie de main-d'œuvre, la pression constante sur les équipes et l'augmentation du volume de personnes soignées, la capacité d'agir rapidement et avec justesse constitue à la fois une exigence professionnelle et une condition essentielle au bon fonctionnement du système (3,5). Elle influence directement la fluidité des trajectoires, la qualité des décisions cliniques collectives et, ultimement, les résultats pour les personnes soignées (1,2). Elle nourrit aussi la relation de confiance entre les personnes soignées, leurs proches et les équipes, en renforçant la crédibilité de l'intervention infirmière et son rôle incontournable dans l'organisation des soins (1,2).

C'est précisément dans cette perspective que la revue *Soins d'urgence* trouve tout son sens. Plus qu'un simple recueil d'articles, elle se veut un espace de partage, de réflexion et de valorisation du savoir infirmier, au service de la pratique des soins d'urgence. En publiant deux numéros par année, notre objectif est de nourrir le jugement clinique, de soutenir l'amélioration continue des soins et de mettre en lumière des expériences, des projets de recherches et des initiatives cliniques qui contribuent à renforcer la qualité et la sécurité des soins en contexte d'urgence.

Dans ce numéro, nous avons d'abord le plaisir de partager l'éditorial de Josiane Arsenault, présidente de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ), qui nous fait état des nouveautés au sein de l'AIIUQ. Nous sommes également honorés d'accueillir un texte signé par Karell Bossé, présidente de l'Association des gestionnaires infirmiers d'urgence du Québec (AGIUQ), qui présente cette Association et son rôle dans l'amélioration des services d'urgence par l'entremise des gestionnaires.

Ce numéro rassemble ensuite plusieurs articles traitant de thématiques variées. À la une, l'article clinique de Mélanie Marceau et Karine Deslandes aborde la prise en charge des coups de chaleur en contexte d'exercice physique. Colette Masclé et ses collaborateurs s'intéressent aux soins d'urgence accessibles et équitables pour les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées. Sabrina Blais et ses collaborateurs, pour leur part, explorent l'arrêt cardiaque réfractaire, en parcourant les fondements physiopathologiques et les approches thérapeutiques, des plus conventionnelles aux plus alternatives.

Nous avons aussi le plaisir de mettre en lumière un projet innovant, présenté par Lula Ahmed-Shire et Lucie Scherer, qui décrit une initiative interdisciplinaire lancée en 2021 au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) visant à réduire la violence en salle d'urgence. Enfin, Pierre-Luc Tremblay et Mélanie Bouchard, pour la Direction des services d'urgence (DSU) de Santé Québec, signent un article portant sur la mise à jour de l'Échelle de triage et de gravité (ÉTG), une ressource indispensable pour toutes les infirmières et tous les infirmiers responsables du triage à l'urgence.

Pour conclure, nous vous invitons chaleureusement à contribuer à la revue *Soins d'urgence*. Que vous souhaitiez rédiger un article clinique, un article de recherche, une réflexion ou tout autre texte lié à la pratique infirmière en contexte d'urgence, vous êtes les bienvenus. Les consignes aux auteur.es ainsi que le processus de soumission sont disponibles sur la page de la revue, accessible via le site internet de l'AIIUQ. Pour toute question, n'hésitez pas à nous écrire à redactionrevue@aiiuq.qc.ca. Nous

tenons également à remercier sincèrement l'ensemble des auteur.es de ce numéro, les réviseur.es, nos partenaires, ainsi que MissPixels pour la qualité du graphisme. 📌

Bonne lecture à tous et toutes!

RÉFÉRENCES

1. Connor J, Flenady T, Massey D, Dwyer T. Clinical judgement in nursing – An evolutionary concept analysis. *J Clin Nurs*. 2023;32(13-14):3328-40. doi:10.1111/jocn.16469
2. Manetti W. Sound clinical judgment in nursing: A concept analysis. *Nurs Forum*. 2019; 54: 102-10. doi:10.1111/nuf.12303
3. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières. 2016. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcd8075e3>
4. Letourneau J, Brisson M. L'évaluation clinique: cet incontournable. *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)*. 2017. <https://www.oiiq.org/l-evaluation-clinique-cet-incontournable>
5. Gholipour M, Dadashzadeh A, Jabarzadeh F, Sarbakhsh P. Challenges of clinical decision-making in emergency nursing: An integrative review. *Open Nurs J*, 2025; 19: e18744346378311. doi:10.2174/0118744346378311250320070725



Alexandra Lapierre

inf., Ph. D.
Rédactrice en chef



Gabriela Peguero-Rodriguez

inf., Ph. D.
Rédactrice en chef adjointe

Éditorial de la présidente de l'AIUQ

C'est avec enthousiasme que je vous adresse ces quelques mots dans le cadre de l'éditorial de la revue. L'automne est souvent synonyme de renouveau, et cette saison ne fait pas exception pour notre Association.

Je tiens d'abord à souligner l'arrivée de trois nouveaux membres au sein de notre conseil d'administration (CA): Joanie Bouchard, Élisabeth Mileto et Francis Boislard. Leur engagement, leur expertise et leur passion pour les soins d'urgence sont des atouts précieux pour notre communauté. Nous leur souhaitons la bienvenue et nous nous considérons très privilégiés de pouvoir bénéficier de leurs compétences respectives et de collaborer avec eux pour faire avancer notre mission. L'arrivée de ces nouveaux membres a également entraîné un remaniement des rôles au sein du CA.

Par ailleurs, je souhaite souligner la nomination de Sabrina Blais au poste de vice-présidente, ainsi que celle d'Alexandre Arsenault au poste de secrétaire. Je les remercie sincèrement d'avoir proposé leur candidature à l'exécutif, en plus de leurs fonctions respectives dans les comités. Je vous invite à consulter notre site internet pour découvrir les rôles de chaque membre du CA, ainsi que ceux des membres de nos différents comités, incluant notamment nos membres conseil, dont la contribution est des plus appréciées.

Toujours sur les nouveautés de l'automne, notre site a également été revu et amélioré afin de faciliter la navigation et l'accès aux différentes ressources qui sont mises à votre disposition. Cette révision nous a permis de le mettre au goût du jour et de le rendre plus actuel.

Le 24 octobre dernier, le CA s'est réuni dans le cadre de la planification stratégique 2025-2027. Ce moment de réflexion collective nous a permis de poser les bases des orientations futures de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIUQ). Ensemble, nous avons identifié des priorités claires pour soutenir les infirmières et infirmiers d'urgence, favoriser le développement professionnel et renforcer notre rôle dans le système de santé québécois. Cette démarche stratégique est essentielle pour assurer que notre Association demeure pertinente, dynamique et à l'écoute de ses membres.



Je profite également de l'occasion pour adresser mes plus sincères félicitations aux nouvelles et nouveaux infirmiers qui ont réussi l'examen professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) du 18 septembre 2025. Votre entrée dans la profession est une étape marquante, et nous vous accueillons avec fierté dans le monde des soins d'urgence. Votre énergie et votre engagement sont une source d'inspiration pour nous tous.

Pour conclure, je souhaite remercier sincèrement tous nos membres de leur fidèle engagement envers les soins infirmiers d'urgence au quotidien tant par les soins de qualité qui sont prodigués, que par l'implication dans votre développement professionnel en participant à nos activités et formations. 🌟

Josiane Arsenault
inf., M. Sc., CSU(C)
**Présidente de l'Association
des infirmières et infirmiers
d'urgence du Québec**

presidence@aiiuq.qc.ca
www.aiiuq.qc.ca



Donner une voix à la gestion des urgences: le rôle de l'AGIUQ dans un réseau en transformation

Chères et chers collègues,

C'est avec enthousiasme que je m'adresse à vous aujourd'hui à titre de présidente pour vous faire connaître l'Association des gestionnaires infirmiers d'urgence du Québec (AGIUQ). Depuis l'arrivée de Santé Québec à la barre du réseau de la santé et des services sociaux, j'ai l'intime conviction que la présence d'associations telles que les nôtres, l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ) et l'AGIUQ, donne un sens ainsi qu'un sentiment de collectivité dans nos urgences et pratiques respectives. Donc, quand l'opportunité m'a été offerte de vous partager notre mission, nos actions et nos ambitions, j'ai sauté sur l'occasion!

Une mission claire pour des gestionnaires

L'AGIUQ a pour mission de promouvoir une gestion clinique et administrative de qualité dans les urgences du Québec. Notre objectif est de contribuer activement à l'amélioration des soins et des services dans nos urgences, en soutenant les gestionnaires infirmiers à travers trois grands axes :

- La formation : offrir des opportunités d'apprentissage et de développement professionnel;
- Le réseautage : faciliter les échanges entre gestionnaires pour favoriser le partage d'expertise;
- L'influence politique : faire valoir la voix des gestionnaires d'urgence auprès des instances décisionnelles.

Des membres engagés et représentatifs

Une association, c'est avant tout des membres qui partagent les mêmes intérêts et la même passion. Nos membres sont des infirmiers et infirmières gestionnaires œuvrant dans les unités d'urgence ou occupant des postes exerçant une influence directe sur la performance de ces départements. Nous pouvons penser aux infirmiers chefs et infirmières cheffes, mais aussi aux conseillers et conseillères cadres, aux directrices et directeurs adjoints ainsi qu'aux gestionnaires de lits.

L'AGIUQ est structurée autour de 12 représentantes et représentants régionaux, dont sept siègent au comité exécutif. Cette représentativité régionale nous permet de mieux comprendre les réalités locales et d'adapter nos actions en conséquence. Nous ne pouvons passer sous silence ces représentant.es qui s'impliquent et s'investissent dans le rayonnement de cette Association. Peut-être les connaissez-vous ?

- Karell Bossé, Présidente et représentante régionale de Montréal-Laval
- Maggie Plourde, Vice-présidente et représentante régionale de la Capitale-Nationale
- Rémi Dubé, Directeur des finances et représentant régional de l'Outaouais
- Marie-Hélène Richard, Directrice des technologies et représentante régionale de la Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine
- Mélisa Bernard, Directrice du développement clinico-administratif et représentante régionale de la Chaudière-Appalaches
- Mélanie Bouchard, Directrice des communications et représentante régionale de Montréal-Laval
- Julie Bujold, Directrice des partenaires et représentante régionale des Laurentides et de Lanaudière

- Isabelle Simard, Conseillère-cadre
- Sophie Simard, Représentante régionale du Saguenay-Lac-Saint-Jean et Côte-Nord
- Mélanie Rocher, Représentante régionale de l'Abitibi-Témiscamingue
- Michel Béland, Représentant régional de la Mauricie Centre-du-Québec
- Hélène Loisel, Représentante régionale de l'Estrie
- Johannine Bergeron, Représentante régionale de la Montérégie

Bilan des actions 2024-2025

À chaque année, nous identifions des objectifs alignés avec les besoins de l'Association mais surtout avec les besoins émergents des gestionnaires d'urgence. À titre d'exemple, pour l'année 2024-2025, nous avons poursuivi deux objectifs principaux :

1. Offrir des midi-conférences à nos gestionnaires : trois rencontres ont été organisées, mettant en lumière des sujets d'actualité, des initiatives inspirantes et des pistes d'amélioration concrètes, tels que la sécurité dans les urgences, l'intégration d'une personne infirmière du guichet d'accès à la première ligne (GAP) en salle d'attente et la gestion des ambulances par les données.
2. Renforcer notre positionnement stratégique : nous avons collaboré avec Santé Québec, notamment dans la révision du *Guide de gestion des urgences* et lors des rencontres du groupement d'experts des services d'urgence (GESUQ). Nous avons également consolidé nos partenariats avec la Communauté virtuelle d'apprentissage et de pratique (CVAP) et l'AIIUQ, et tenu un lac-à-l'épaule pour redéfinir notre positionnement dans le contexte actuel du réseau.

Perspectives 2025-2026

Pour l'année à venir, nos objectifs sont ambitieux, mais alignés avec les besoins du terrain :

- Maintenir notre congrès annuel en 2026, un événement phare pour le développement des compétences et le partage d'expertise;
- Transformer notre Association en fonction des évolutions du réseau et des partenariats potentiels;
- Faire rayonner les urgences à volumétrie variable pour mieux comprendre les enjeux des milieux hors métropoles.

Notre congrès annuel demeure l'activité centrale de l'AGIUQ. Chaque édition propose des conférences sur les enjeux actuels du réseau et sur le développement des compétences en gestion. Les thèmes des dernières années ont porté sur l'innovation, la transformation du réseau et la performance.

Des partenariats porteurs

Nos principaux partenaires - l'AIUQ, la CVAP et la Direction des services d'urgence (DSU) - jouent un rôle essentiel dans notre capacité à avoir une vue d'ensemble sur les urgences du Québec. Ces collaborations favorisent le partage d'information, la cohésion et un esprit de collectivité indispensable à la réalisation de nos objectifs communs.

Vous voulez en savoir plus?

Vous avez des questions sur l'AGIUQ? Vous pouvez nous contacter via l'agiug.org. Il nous fera plaisir de discuter avec vous.

Conclusion

Dans un réseau en constante évolution, les gestionnaires d'urgence jouent un rôle pivot, souvent dans l'ombre, mais toujours avec dévouement et rigueur. À l'AGIUQ, nous croyons que c'est en se rassemblant, en partageant nos expériences et en parlant d'une seule voix que nous pouvons faire avancer les choses, pour nos équipes, les personnes soignées et notre système de santé.

Ensemble, nous avons le pouvoir de transformer nos urgences, une décision à la fois, un geste à la fois. ✦

Au plaisir d'échanger avec vous,

Karell Bossé

inf., M. Sc.

Présidente, Association des gestionnaires infirmiers d'urgence du Québec (AGIUQ)



Karell Bossé

Présidente, Association des gestionnaires infirmiers d'urgence du Québec (AGIUQ)





Le sport et la chaleur: un duo à haut risque

par **Mélanie Marceau et Karine Deslandes**

Les coups de chaleur représentent une urgence médicale de plus en plus fréquente en raison des changements climatiques et de l'engouement pour les sports d'endurance. Dans cet article, il est question du coup de chaleur lié à l'exercice. Plus précisément, les principaux facteurs de risque, les mécanismes de thermorégulation et les effets du coup de chaleur sur le corps. La reconnaissance rapide de cette condition et les interventions à mettre en place, tant en contexte préhospitalier qu'à l'urgence, seront précisés. Des recommandations concrètes sont également proposées afin de soutenir les équipes cliniques dans la prise en charge. En diffusant ces connaissances et en adaptant certaines pratiques, les équipes d'urgence peuvent améliorer le pronostic des personnes atteintes. Il est encouragé de discuter de ces approches au sein des milieux cliniques afin de favoriser une intervention efficace face à un coup de chaleur.

Problématique

Lors d'événements sportifs extérieurs (p. ex., marathon, triathlon, football), les personnes participantes sont exposées à des risques en lien avec l'effort soutenu, la chaleur et la durée prolongée de l'activité. Pendant ces événements sportifs à haute intensité, on retrouve des problématiques médicales comme des blessures traumatiques (p. ex., traumatisme craniocérébral [TCC]), des complications cardiaques (p. ex., arrêt cardiorespiratoire [ACR]) ainsi que des urgences métaboliques (p. ex., hypoglycémie ou hyponatrémie) (1-6).

L'épuisement par la chaleur et le coup de chaleur figurent également parmi les diagnostics possibles. Ces conditions liées à la chaleur constituent une cause majeure de mortalité attribuable aux conditions météorologiques (7). Leur prévalence est en hausse et devrait continuer d'augmenter avec les changements climatiques (7-10). L'épuisement par la chaleur et le coup de chaleur représentent des urgences médicales pouvant mener à des complications graves, voire au décès, si elles ne sont pas rapidement identifiées et traitées (5,7,11,12). Pour bien comprendre les enjeux liés à la chaleur, il importe d'abord d'examiner les indicateurs environnementaux qui influencent la tolérance du corps humain à la chaleur, les facteurs de risques du coup de chaleur ainsi que les mécanismes de thermorégulation.

Indicateurs environnementaux: humidex

L'humidex est un indice permettant d'estimer l'effet combiné de la température et de l'humidité sur la personne exposée à la chaleur (12,13). Il s'agit d'une mesure simple et facilement accessible, souvent utilisée pour évaluer le risque lié aux conditions environnementales. Dans la majorité des régions du Québec, un avertissement de chaleur est émis lorsque la température extérieure atteint ≥ 30 °C et que l'humidex atteint ≥ 40 pendant au moins une heure (14). L'augmentation des températures moyennes, combinée à une humidité élevée, réduit l'efficacité des mécanismes de thermorégulation chez les personnes qui pratiquent des sports extérieurs, les exposant davantage à l'épuisement par la chaleur et au coup de chaleur (15). Plusieurs autres facteurs de risque contribuent aussi à leur prévalence.

Facteurs de risque pour le coup de chaleur

Les Tableaux 1 et 2 présentent les principaux facteurs individuels et environnementaux qui contribuent au risque de coup de chaleur lié à l'exercice, accompagnés d'exemples concrets. Bien que cet article mette l'accent sur le coup de chaleur lors d'événements sportifs extérieurs, ces facteurs de risque peuvent également s'appliquer à la population générale, notamment en période de canicule ou lors d'activités quotidiennes réalisées en contexte de chaleur extrême. Certaines populations vulnérables, comme les jeunes enfants, les personnes âgées, les personnes avec une maladie chronique ou encore les personnes qui n'ont pas accès à la climatisation (p. ex., personne qui travaille à l'extérieur ou personne en situation d'itinérance), sont particulièrement à risque (16,17).

Tableau 1. Facteurs individuels contribuant au risque de coup de chaleur lié au sport

FACTEURS LIÉS À LA PERSONNE	EXEMPLES
Âge	<ul style="list-style-type: none"> Enfants Personnes âgées
Indice de masse corporelle (IMC)	<ul style="list-style-type: none"> IMC faible (<20): <ul style="list-style-type: none"> Associé à une moindre réserve corporelle, ce qui augmente le risque lors de la pratique de sports extrêmes. IMC élevé: <ul style="list-style-type: none"> Entraîne une production de chaleur plus importante et une transpiration accrue, ce qui favorise la déshydratation et la perte de sodium.
Activité physique	<ul style="list-style-type: none"> Intensité et exigence du sport Niveau d'entraînement Expérience liée au sport (p. ex., premier marathon ou a participé à plusieurs événements similaires) Acclimatation à la chaleur Préparation inadéquate (hydratation, repos) Vêtements ou équipement inappropriés
Motivation et stratégie de la personne sportive	<ul style="list-style-type: none"> Rythme inapproprié (p. ex., trop rapide) Refus de s'arrêter malgré des symptômes précoces de malaise Volonté de terminer l'épreuve à tout prix Surévaluation de ses capacités
Médicaments et drogues	<ul style="list-style-type: none"> Diurétiques Stimulants (p. ex., pour le TDAH) Substances agissant sur le système nerveux central (p. ex., antidépresseurs) Anti-inflammatoires (p. ex., ibuprofène) Alcool, cocaïne, amphétamines
Antécédents médicaux	<ul style="list-style-type: none"> Coups de chaleur antérieurs Maladies chroniques (p. ex., cardiaques, respiratoires, diabète, hyperthyroïdie) Maladies aiguës (p. ex., diarrhée, fièvre)

Sources : (5,6,11,12,15,18,19,30)

Tableau 2. Facteurs environnementaux contribuant au risque de coup de chaleur lié au sport

FACTEURS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT	EXEMPLES
Conditions météorologiques	<ul style="list-style-type: none"> Température et humidité élevées
Lieu de l'activité	<ul style="list-style-type: none"> Présence ou absence d'ombre Ventilation et circulation d'air Type de surface (p. ex., l'asphalte accumule et transmet davantage de chaleur par conduction et émet plus de chaleur qu'un sentier en forêt)
Planification et infrastructures	<ul style="list-style-type: none"> Heure de l'activité (éviter les heures les plus chaudes) Accès à l'eau potable Proximité et accessibilité des soins d'urgence Accès facile pour les services préhospitaliers

Sources : (5,6,11,12,15,18,19,30)

Mécanisme de thermorégulation

La personne exposée à la chaleur utilise plusieurs mécanismes pour maintenir sa température corporelle à environ 37 °C (15). Ces mécanismes incluent la radiation, l'évaporation, la convection et la conduction, qui assurent la dissipation de la chaleur excessive absorbée dans un environnement chaud, humide ou les deux à la fois (voir Tableau 3) (5,15,18).

Tableau 3. Mécanisme de gain ou de perte de chaleur

MÉCANISME	DÉFINITION	EXEMPLE DE PERTE DE CHALEUR	EXEMPLE DE GAIN DE CHALEUR
Radiation	Transfert de chaleur par rayonnement électromagnétique (sans contact direct).	Corps qui rayonne de la chaleur dans un environnement froid.	Soleil qui réchauffe la peau.
Évaporation	Perte de chaleur par transformation de la sueur en vapeur.	Sueur qui s'évapore de la peau, refroidissant le corps de la personne.	Pas de gain direct, mais inefficace si humidité élevée.
Convection	Transfert de chaleur entre le corps et un fluide en mouvement (air ou eau).	Courir contre un vent froid.	Se trouver dans un environnement très chaud.
Conduction	Transfert de chaleur par contact direct avec un objet ou une surface.	S'asseoir sur un banc froid.	Toucher une surface chaude.

Sources : (5,18,22)

Pour se refroidir, certaines stratégies nécessitent une action (p. ex., se diriger vers un endroit climatisé ou s'abriter à l'ombre). D'autres stratégies sont physiologiques et sont orchestrées par l'hypothalamus (15,19). Pour dissiper l'excès de chaleur absorbée, le corps utilise la peau et le système respiratoire afin de conserver une température corporelle d'environ 37 °C. La vasodilatation dirige le sang vers la surface corporelle, où la chaleur est dissipée par radiation dans un environnement plus froid ou par convection avec le vent (15,19). Cependant, la dissipation de chaleur par vasodilatation devient inefficace lorsque la température ambiante dépasse 37°C ou en l'absence de vent, limitant ainsi la capacité du corps à se refroidir (5,15,19). La sudation joue un rôle essentiel dans la dissipation de la chaleur par évaporation (15,19,20).

En transformant la sueur en vapeur d'eau, le corps parvient à perdre une quantité significative de chaleur. Toutefois, lorsque l'humidité relative est élevée ou en cas de déshydratation, l'efficacité de ce mécanisme diminue considérablement, compromettant la capacité du corps à maintenir une température sécuritaire (5,15,19,20).

Différence entre l'épuisement par la chaleur et le coup de chaleur

Il est essentiel de distinguer l'épuisement par la chaleur du coup de chaleur (voir Tableau 4). L'épuisement par la chaleur se caractérise par une température corporelle $\leq 40^\circ\text{C}$ sans atteinte du système nerveux central (SNC) (4,6,15). La personne peut présenter, par exemple, des nausées, de la fatigue ou une céphalée (5,15). Le coup de chaleur se démarque par une température corporelle $> 40^\circ\text{C}$ avec une atteinte du SNC, par exemple une altération de l'état de conscience, des convulsions ou de la confusion (4,6,15).

Le coup de chaleur se divise en deux catégories: 1) le coup de chaleur classique et 2) le coup de chaleur lié à l'exercice (15,16,20). Dans le coup de chaleur classique, la transpiration cesse souvent, laissant la peau chaude et sèche. À l'inverse, dans le coup de chaleur associé à l'exercice, il est possible que la personne continue de transpirer. La peau peut alors être moite et la température corporelle peut être légèrement inférieure à 40°C (6,11). Dans ce contexte, la peau n'est donc pas un bon indicateur pour distinguer l'épuisement par la chaleur du coup de chaleur.

Tableau 4. Comparaison entre épuisement par la chaleur et coup de chaleur

Épuisement par la chaleur	Coup de chaleur
Température corporelle $\leq 40^\circ\text{C}$.	Température corporelle $> 40^\circ\text{C}$.
Pas d'atteinte du système nerveux central (SNC). La personne est incapable de poursuivre l'exercice.	Atteinte du SNC : altération de l'état de conscience, confusion, léthargie, hallucinations, convulsions.
Peau pâle, froide et diaphorétique.	Peau chaude et rouge. La peau peut aussi être diaphorétique si le coup de chaleur est lié à l'exercice.
Symptômes non spécifiques présents dans les deux cas : tachycardie, hypotension, faiblesse, déshydratation, crampes abdominales ou musculaires, céphalée et étourdissement.	

Sources : (3,5,6,11,15,30)

Perte de thermorégulation

Le coup de chaleur lié à l'exercice survient lorsque les capacités physiologiques de la personne à dissiper la chaleur sont dépassées par les conditions environnementales et les facteurs individuels (p. ex., déshydratation, infection récente, intensité et exigence du sport). L'élévation extrême de la température corporelle (exacerbée par l'exercice) ainsi que la perte de thermorégulation entraînent une défaillance multiorganique (5,11,19,21-23).

Conséquences multiorganiques

Ces facteurs déclenchent une cascade de perturbations physiopathologiques qui affectent simultanément plusieurs organes et systèmes. Ces altérations contribuent directement à la gravité et à la mortalité du coup de chaleur, soulignant l'importance d'un dépistage précoce et d'une prise en charge rapide et efficace. Les principales complications se manifestent au niveau du système cardiovasculaire, du système gastro-intestinal, du système nerveux central et du système rénal.

Système cardiovasculaire

La vasodilatation entraîne une baisse de la résistance périphérique, provoquant une hypotension et une tachycardie (15). La vasodilatation combinée à la déshydratation entraîne une hypovolémie et une hyperviscosité sanguine. Ces altérations augmentent le risque d'ischémie et de coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) (5,19,20).

Système gastro-intestinal

Le coup de chaleur provoque une hyperperméabilité intestinale, favorisant le passage des toxines bactériennes dans la circulation sanguine et déclenchant un syndrome de réponse inflammatoire systémique pouvant évoluer vers un choc septique (5,19,20). Le foie peut subir une ischémie causant une hépatite, tandis que le pancréas peut présenter une érosion de la paroi endothéliale entraînant une inflammation sévère (19,20).

Système nerveux central

L'altération de la barrière hématoencéphalique permet aux toxines de pénétrer dans le cerveau, augmentant le risque d'atteinte cérébrale (11,19,24). Cette atteinte se manifeste par de la confusion, des convulsions, une altération de l'état de conscience ou un coma.

Système rénal

La rhabdomyolyse, causée par la dégradation musculaire lors de la pratique excessive d'un exercice, libère la myoglobine (11). Elle se manifeste par une urine foncée (myoglobinurie) et une élévation des marqueurs comme la créatine kinase et la créatinine. La myoglobinurie peut entraîner une insuffisance rénale aiguë (19,21,23). La rhabdomyolyse libère une grande quantité de potassium dans la circulation, entraînant une hyperkaliémie qui peut provoquer des arythmies potentiellement fatales (11,21).

Planification de l'événement sportif de grande envergure

Les coups de chaleur liés à l'exercice peuvent survenir dans une variété de contexte, que ce soit un entraînement régulier (p. ex., pratique de football ou sortie en vélo) ou pendant un événement sportif d'envergure (p. ex., triathlon ou marathon). Dans tous les cas, la prévention est essentielle.

L'importance et la gravité de l'épuisement par la chaleur et du coup de chaleur obligent les équipes médicales et les services d'urgence à redoubler de vigilance et à préparer des plans d'intervention spécifiques pour les événements sportifs extérieurs, incluant la mise en place d'équipes médicales formées, d'aires de refroidissement rapide et de protocoles de triage adaptés (12). Lors d'événements sportifs d'envergure, il est essentiel que l'équipe d'urgence soit informée à l'avance des activités prévues dans sa région (6,12). L'équipe organisatrice doit notamment coordonner ses actions avec les services médicaux, assurer l'accès des services préhospitaliers au site de l'événement, veiller à la présence d'une équipe sur place adéquatement formée (p. ex., médecins, thérapeutes du sport, bénévoles) et garantir la disponibilité du matériel nécessaire au refroidissement rapide.

Si une personne souffre d'un coup de chaleur pendant un événement sportif de grande envergure, il est essentiel de privilégier un refroidissement immédiat sur place avant le transport vers le centre hospitalier. Cette approche améliore le pronostic vital, tandis qu'un délai important avant l'initiation du refroidissement est significativement associé à un pronostic moins favorable (5,21,23,25,26).

Évaluation et interventions auprès d'une personne souffrant d'un coup de chaleur lié à l'exercice

Appel préhospitalier, préparation et arrivée de la personne avec le coup de chaleur

Il est essentiel que les membres de l'équipe d'urgence connaissent les interventions réalisées par l'équipe préhospitalière avant l'arrivée de la personne à l'urgence. Les informations suivantes doivent être documentées : l'identité de la personne, ses antécédents médicaux et médicaments habituels, la présence de témoins lors du collapsus, la possibilité d'un traumatisme, les interventions effectuées sur place, les méthodes et la durée du refroidissement, l'évaluation réalisée sur place, ainsi que les médicaments administrés. Avant l'arrivée de la personne, l'équipe doit se préparer. Il faut notamment aviser l'inhalothérapeute et rassembler le matériel nécessaire, comme la sonde rectale pour le monitoring en continu de la température et le matériel de refroidissement.

Évaluation primaire et priorités d'interventions

L'évaluation primaire C-ABCDE demeure une priorité dès l'arrivée de la personne à l'urgence (23,27). Cette évaluation inclut la glycémie, puisque l'hypoglycémie peut représenter un diagnostic différentiel (1), une problématique concomitante ou encore une complication (16). Bien que cela puisse sembler surprenant, les deux autres priorités d'intervention sont 1) d'obtenir une température rectale et 2) de refroidir la personne si la température rectale est supérieure à 39 °C (3,5-7,11,18,25).

L'administration d'ibuprofène ou d'acétaminophène est contre-indiquée et inefficace lors d'un coup de chaleur. Ces médicaments peuvent être nocifs et aggraver le risque d'insuffisance rénale aiguë, d'atteinte hépatique ou de coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) (5-7,23).

Priorité 1: mesurer la température rectale

Il est essentiel de mesurer la température rectale pour confirmer le diagnostic de coup de chaleur et suivre l'efficacité du traitement (15). La reconnaissance rapide du coup de chaleur permet d'initier un refroidissement précoce et d'augmenter significativement le pronostic de la personne. Les autres méthodes de prise de température, comme la température tympanique, axillaire ou orale, ne doivent pas être utilisées, car elles sous-estiment la température réelle. Cette inexactitude est accentuée par des facteurs fréquents chez les personnes sportives, comme l'hyperventilation, l'ingestion de liquides froids ou le refroidissement facial (*face fanning*) (11).

Priorité 2: débiter ou poursuivre le refroidissement si la température rectale est > 39 °C

Il est primordial de commencer immédiatement le refroidissement sur place, avant le transport vers l'hôpital (5,23,25). Lorsque le refroidissement est rapidement débuté et que la température corporelle et la fonction cognitive reviennent à la normale dans l'heure suivant l'apparition des symptômes, la plupart des personnes se rétablissent complètement (11). La survie dépend donc directement de l'identification rapide du coup de chaleur, de la rapidité du début du refroidissement et de l'efficacité de la méthode utilisée (18,28,29).



Image A. Salle de réanimation avec un lincoln ouvert, prêt à recevoir la personne (© Comp et al. (2025), images partagées avec l'autorisation des auteurs)

Stratégies de refroidissement recommandées pour le coup de chaleur lié à l'exercice

La méthode de référence pour traiter le coup de chaleur lié à l'exercice est l'immersion dans de l'eau glacée (1 à 5 °C) ou dans de l'eau froide (9 à 12 °C), qui permet un abaissement rapide de la température corporelle par conduction (5,18,26,28,29). L'immersion permet de réduire la température rectale sous 39 °C en moins de 30 minutes chez les personnes présentant une température initiale supérieure à 40 °C (7).

Il est recommandé de refroidir la personne avant son transport vers le centre hospitalier. Toutefois, il se peut que l'équipe de l'urgence amorce le refroidissement (5,23,25). Par conséquent, il est essentiel de disposer du matériel nécessaire pour effectuer ce refroidissement rapide, notamment une sonde rectale, un lincoln avec fermeture éclair, des bacs de glace préparés, un bain d'immersion ou une bâche. Pour mieux visualiser cette méthode, l'image A montre l'installation du lincoln avec zip sur la civière. Cette approche nécessite de préparer à l'avance des bacs de glace, comme illustré à l'image B. La personne doit être immergée du torse aux pieds afin de permettre aux membres de l'équipe d'intervenir selon l'évaluation primaire C-ABCDE pendant le refroidissement, notamment pour réaliser une intubation si nécessaire. Il est important de mesurer en continu la température corporelle à l'aide d'une sonde rectale.

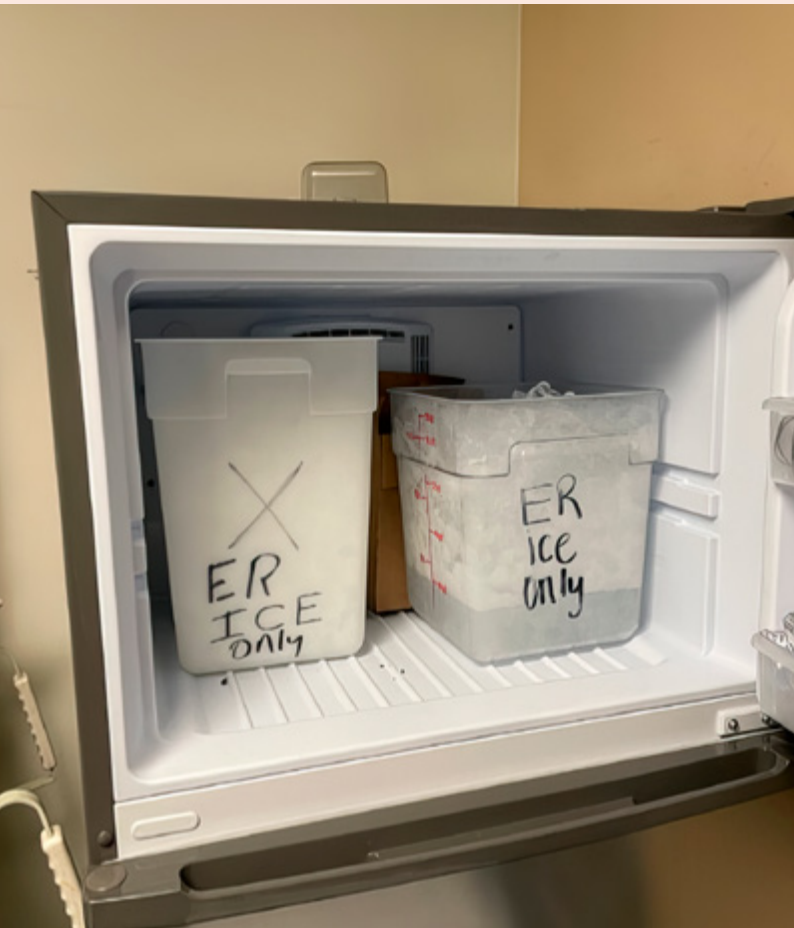


Image B. Bacs remplis de glace
(© Comp et al. (2025), images partagées avec l'autorisation des auteurs)

Stratégies de refroidissement en l'absence d'immersion

Si l'immersion de la personne souffrant d'un coup de chaleur est impossible (p. ex., absence du matériel requis ou impossibilité de procéder au refroidissement avant le transport ambulancier), il est recommandé de recourir à un plan B combinant plusieurs méthodes de refroidissement (23). Il est alors possible d'utiliser des serviettes imbibées d'eau glacée (11) pour un refroidissement par conduction, en les changeant fréquemment pour maintenir leur efficacité (23). L'eau glacée utilisée pour imbiber les serviettes doit également être remplacée régulièrement. Cette technique peut être associée à des compresses de glace (*ice packs*) appliquées sur la tête, le tronc et les extrémités ainsi qu'à un ventilateur pour favoriser le refroidissement par évaporation (18,25,27).

D'autres méthodes alternatives, comme l'administration de solutés froids ou l'utilisation d'un matelas refroidisseur, peuvent être envisagées selon les ressources disponibles, mais elles sont nettement moins efficaces (23). Ces options peuvent compléter les stratégies principales, mais elles ne doivent pas retarder la mise en œuvre d'un refroidissement efficace. Par exemple, l'administration seule de solutés froids ne permet pas de ramener la température rectale sous 39 °C en moins de 30 minutes chez les personnes présentant une température initiale supérieure à 40 °C (7).

Fin du refroidissement et prise en charge

Le refroidissement doit être interrompu lorsque la température rectale descend sous 39 °C (5-7,18,22,25,26). Après l'arrêt du refroidissement, il est important de se rappeler que la température corporelle va continuer à diminuer naturellement. Arrêter le refroidissement avant que la température ne devienne trop basse permet de réduire le risque de frissons (qui entraînent une hausse de la température) et limiter le risque d'hypothermie (5).

Une surveillance étroite doit être assurée après le refroidissement afin de dépister rapidement d'éventuelles complications, comme des troubles électrolytiques, des arythmies, des troubles de la coagulation ou une défaillance multiorganique. L'équipe intervient pour améliorer et maintenir les paramètres hémodynamiques (p. ex., intubation si nécessaire, réanimation liquidienne, correction des troubles électrolytiques). Le personnel infirmier effectue les analyses sanguines (p. ex., formule sanguine, électrolytes, facteurs de coagulation, fonction rénale et hépatique, créatine kinase) (18,23,26). Il administre également la médication selon les symptômes (p. ex., anticonvulsivants). Si la personne doit être transférée de l'urgence vers les soins intensifs ou un centre spécialisé, l'équipe organise le transport sans délai (23). Enfin, un membre de l'équipe remplit le formulaire de déclaration des problèmes de santé liés à la chaleur.


Prise en charge du coup de chaleur classique

La prise en charge du coup de chaleur classique ne sera pas détaillée ici. Il peut néanmoins être soupçonné lorsqu'aucune autre cause n'explique l'hyperthermie (p. ex., absence d'infection ou d'un syndrome malin des neuroleptiques) (16). Certains principes demeurent toutefois identiques, notamment l'évaluation primaire, la reconnaissance rapide du coup de chaleur et l'instauration du refroidissement. Le coup de chaleur classique peut s'accompagner de conditions médicales sous-jacentes. Les stratégies de refroidissement diffèrent selon si la personne présente ou non des complications (p. ex., insuffisance respiratoire, défaillance cardiaque, convulsions) (16).

Conclusion et recommandations cliniques

Peu importe la cause du coup de chaleur (p. ex., une activité sportive de grande envergure ou non, un travail physique ou une exposition prolongée dans un endroit surchauffé), le message clé demeure le même. Le coup de chaleur est une urgence médicale potentiellement mortelle qui nécessite une prise en charge rapide et structurée. Il est essentiel de reconnaître le coup de chaleur lié à l'exercice, de confirmer le diagnostic par la prise d'une température rectale et d'amorcer immédiatement le refroidissement, idéalement par immersion ou, à défaut, à l'aide de méthodes alternatives efficaces.

Lors d'événement sportif de grande envergure, la mise en place d'une boucle de communication entre les différents acteurs impliqués dans l'organisation de l'événement (p. ex., sécurité civile, santé publique, services préhospitaliers, coordonnateurs hospitaliers et organisateurs de l'événement) est primordiale. Elle permet de former les équipes sur les urgences médicales comme le coup de chaleur, d'adapter les stratégies en fonction des conditions climatiques, de garantir l'accès au matériel nécessaire pour reconnaître et traiter les urgences liées à la chaleur, et d'élaborer des protocoles d'intervention, incluant l'évacuation. Une telle préparation contribue directement à la sécurité des personnes participantes et à la réduction des risques de morbidité et de mortalité. Pour des recommandations pratiques détaillées, il est

possible de consulter le *Guide d'adaptation des événements sportifs extérieurs aux aléas climatiques - volet chaleur*, rédigé par une équipe du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (12). 

LES AUTEURES

Mélanie Marceau

inf., Ph.D.

Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
melanie.marceau@usherbrooke.ca

Karine Deslandes

Md, CCMF, MU, MSE, Dip. Sport Med, Bacc. Kinésiologie
Urgentologue, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

AIDE FINANCIÈRE

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.

RÉFÉRENCES

- Hoffman MD, Rogers IR, Joslin J, Asplund CA, Roberts WO, Levine BD. Managing collapsed or seriously ill participants of ultra-endurance events in remote environments. *Sports Med.* 2015;45(2):201-12. doi: 10.1007/s40279-014-0270-y
- Chiampas GT, Goyal A V. Innovative operations measures and nutritional support for mass endurance events. *Sports Med.* 2015;45:61-9. doi: 10.1249/JSR.0b013e3181a8c43a
- Hoffman MD, Pasternak A, Rogers IR, Khodae M, Hill JC, Townes DA, et al. Medical services at ultra-endurance foot races in remote environments: medical issues and consensus guidelines. *Sports Med.* 2014;44(8):1055-69. doi: 10.1007/s40279-014-0189-3
- Larson HH, Khalili-Borna D, Uzosike E, Sugiyama D. Medical coverage of ultramarathons and its unique challenges. *Curr Sports Med Rep.* 2016;15:154-60. doi: 10.1249/JSR.0000000000000267
- Gardner J, Caley L, Poche M, Trammell S. Heat-related illness. *Nursing* 2024. 2024;54(7):16-23. doi: 10.1097/NSG.000000000000029
- Fédération québécoise d'athlétisme, Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Guide des services médicaux pour les événements de course à pied. 2018.
- Barletta JF, Palmieri T, Toomey SA, Alshamsi F, Stearns RL, Patanwala AE, et al. Society of Critical Care Medicine guidelines for the treatment of heatstroke. *Crit Care Med.* 2025;53(2):e490-500. doi: 10.1097/CCM.0000000000006551
- Nadeau KC, Sampath V. Overview of health effects of climate change. [Internet]. UpToDate; 2025.
- Bush E, Lemmen DS. Rapport sur le climat changeant du Canada [Internet]. 2019. <https://changingclimate.ca/CCCR2019/fr/>
- Gossack-Keenan K, Yeom DS, Kanu J, Hau JP, Rosychuk RJ, Clark D, et al. Heatstroke presentations to urban hospitals during BC's extreme heat event: lessons for the future. *CJEM.* 2024;26(2):111-8. doi: 10.1007/s43678-023-00622-y
- Armstrong LE, Casa DJ, Millard-Stafford M, Moran DS, Pyne SW, Roberts WO. Exertional heat illness during training and competition. *Med Sci Sports Exerc.* 2007;39(3):556-72. doi: 10.1249/MSS.0b013e31802fa199
- CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Guide d'adaptation des événements sportifs extérieurs aux aléas climatiques estivaux - volet chaleur. 2025. https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Sante-publique/2025/GUIDE_evenements_sportifs_chaleur.pdf
- Gouvernement du Canada. Comment utiliser l'humidex [Internet]. 2025. <https://www.canada.ca/fr/services/environnement/meteo/conditionsdangereuses/humidex.html>
- Gouvernement du Canada. Critères d'alertes météo publiques [Internet]. 2025. <https://www.canada.ca/fr/environnement-changement-climatique/services/types-previsions-meteorologiques-utilisation/publiques/criteres-alertes-meteo.html#chaleur>
- O'Connor FG, Casa DJ. Exertional heat illness in adolescents and adults: epidemiology, thermoregulation, risks factors, and diagnosis [Internet]. UpToDate; 2024.
- Platt MA, LeVeccio F. Nonexertional (classic) heat stroke in adults [Internet]. UpToDate. 2025.
- Ebi KL, Capon A, Berry P, Broderick C, de Dear R, Havenith G, et al. Hot weather and heat extremes: health risks. *The Lancet.* 2021;398:698-708. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01208-3
- Comp G, Pugsley P, Sklar D, Akhter M, McElhinny M, Erickson E, et al. Heat stroke management updates: a description of the development of a novel in-emergency department cold-water immersion protocol and guide for implementation. *Ann Emerg Med.* 2025;85(1). doi: 10.1016/j.annemergmed.2024.07.013
- Juneau M. Les dangers des coups de chaleur durant une canicule. *Le Médecin du Québec.* 2024;59(7):65-7.
- García CK, Rentería LI, Leite-Santos G, Leon LR, Laitano O. Exertional heat stroke: pathophysiology and risk factors. *BMJ Medicine.* 2022;1(1):e000239. doi: 10.1136/bmjmed-2022-000239
- Gergel L, Bohe J, Feasson L, Robach P, Morel J, Auboyer C, et al. From extreme sports to intensive care unit. *Resuscitation.* 2010;19(5):416-22. doi: 10.1136/bmjmed-2022-000239
- Gaudio FG, Grissom CK. Cooling methods in heat stroke. *J Emerg Med.* 2016;50(4):607-16. doi: 10.1016/j.jemermed.2015.09.014
- O'Connor FG, Casa DJ. Exertional heat illness in adolescents and adults: Management and prevention [Internet]. UpToDate; 2024.
- Yoneda K, Hosomi S, Ito H, Togami Y, Oda S, Matsumoto H, et al. How can heatstroke damage the brain? A mini review. *Front Neurosci.* 2024;18. doi: 10.3389/fnins.2024.1437216
- Willcox MJ, Rhodehouse BB, Degroot DW. Ice sheet cooling in the field reduces morbidity in exertional heat stroke. *Curr Sports Med Rep.* 2024;23(4):119-23. doi: 10.1249/JSR.0000000000001156
- Davis P, Evans D. An evidence-based algorithm of management of heatstroke in the emergency department. *Adv Emerg Nurs J.* 2024;46(1):3-11. doi: 10.1097/TME.0000000000000501
- Labbée J, Fournier M. Alerte météo chaleur accablante. *Le Médecin du Québec.* 2015 Jun;50(6):53-9.
- DeGroot DW, O'Connor FG, Roberts WO. Exertional heat stroke: an evidence based approach to clinical assessment and management. *Exp Physiol.* 2022;107:1172-83. doi: 10.1113/EP090488
- Dollée N, Almsa J, Goedhart R, Bultstra A, Haagsma JA, Hoek AE. Exertional heat stroke: are we cool enough? retrospective observational study of patients of running events. *J Emerg Med.* 2025;71:44-53. doi: 10.1016/j.jemermed.2024.11.002
- Khodae M, Ansari M. Common ultramarathon injuries and illnesses: race day management. *Curr Sports Med Rep.* 2012;1(6). doi: 10.1249/JSR.0b013e318272c34b

RÉVISÉ
PAR LES
PAIRS

Des soins d'urgence accessibles et équitables: vers une approche inclusive des personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées

par **Colette Mascle, Renata Fuchs Militzer, Maria Pilar Ramirez Garcia et Marianne Chbat**

Le personnel infirmier d'urgence joue un rôle crucial auprès des personnes soignées et peut influencer de manière significative l'accessibilité aux soins et l'expérience des personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées, voire en changer le cours. Cet article vise à enrichir les connaissances du personnel infirmier sur les barrières systémiques et organisationnelles qui freinent l'accès aux soins pour les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées. Il propose également des stratégies concrètes à mettre en œuvre ou à renforcer afin de favoriser un accès équitable et inclusif aux services de santé offerts à ces personnes dans les services d'urgence.

Introduction

L'orientation sexuelle a été officiellement reconnue comme un motif interdit de discrimination en vertu de la loi canadienne en 1996, tandis que l'identité de genre et l'expression de genre le sont depuis 2017 (1). Le Code criminel canadien a aussi été modifié afin de clarifier qu'une infraction motivée par des préjugés ou de la haine fondés sur l'orientation sexuelle, l'identité ou l'expression de genre constituent une circonstance aggravante que le tribunal doit prendre en compte lorsqu'il détermine la peine à infliger (2). Au Québec, ce n'est que depuis 2016 que la Charte des droits et libertés de la personne protège explicitement contre la discrimination fondée sur l'identité ou l'expression de genre (3). Malgré les lois en vigueur, les personnes LGBTQI+ sont encore discriminées (4) et privées de certains droits civils et humains (5), et ce, même dans les établissements de santé, incluant les services d'urgence. Les objectifs de cet article sont de: 1) dresser un portrait des principaux problèmes de santé

des personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées au Canada et au Québec; 2) présenter les barrières pouvant limiter leur accès aux soins d'urgence et proposer des stratégies concrètes pour les surmonter; 3) illustrer l'intégration de ces stratégies au moyen d'une situation clinique adaptée au contexte d'urgence. Tous ces éléments permettront d'outiller le personnel infirmier pour mieux répondre aux besoins spécifiques des personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées dans les services d'urgence.

Clarification quant au choix de certains termes employés dans l'article

Les autrices reconnaissent la pluralité d'orientations sexuelles et d'identités de genre ainsi que l'évolution constante de la terminologie employée au sein de la communauté LGBTQI+ pour représenter cette pluralité. Aux fins du présent article, l'acronyme LGBTQI+ a été retenu pour désigner les personnes des sous-groupes suivants suivants: lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, queers et intersexuées ainsi que les personnes faisant partie des communautés de la diversité sexuelle et de genre qui utilisent une autre terminologie, telles que les personnes non binaires. De plus, le terme trans sera employé pour désigner toutes les personnes dont l'identité de genre diffère de celle qui leur a été assignée à la naissance, y compris les personnes non binaires. Les autrices reconnaissent toutefois que certaines personnes non binaires s'identifient parfois comme des personnes trans, alors que ce n'est pas le cas pour d'autres. Finalement, étant donné que cet article se concentrera sur les expériences et les besoins de santé des personnes migrantes ou racisées en particulier, nous avons décidé de ne pas inclure l'acronyme 2E (deux esprits), car il fait référence à une identité propre aux peuples autochtones de l'Île de la Tortue (Amérique du Nord). Les personnes migrantes nouvellement arrivées au Québec rencontrent certaines barrières distinctes et les autrices considèrent que ce sont deux réalités qui méritent d'être réfléchies séparément. Le Tableau 1 présente un glossaire des principaux termes employés dans cet article.

Problématiques de santé rencontrées chez les personnes LGBTQI+ migrantes et racisées

Au Canada, la population LGBTQI+ représente 1,3 million de personnes, soit 4,4% de la population canadienne (6). Au Québec, les personnes de plus de 15 ans qui s'identifient comme faisant partie de minorités sexuelles représentent environ 3% de la population et celles qui s'identifient comme faisant partie de minorités de genre représentent 0,14% de la population (7). Parmi ces dernières, 0,09% s'identifient comme étant non binaires (7). D'un autre côté, les personnes migrantes au Canada représentent un quart de la population alors qu'au Québec, elles représentent 14% de celle-ci (7,8). Parmi les lieux de naissance principaux, il y a l'Asie (28%), l'Afrique (23%) et les Amériques (23%) (7,8). L'intersectionnalité des expériences chez les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées n'est pas représentée au niveau statistique au Canada ni au Québec. Selon une étude récente, 20 470 personnes canadiennes immigrantes vivaient avec une personne du même sexe en 2020 en comparaison avec 900 en 2000 (9). Toutefois, cette étude ne spécifie pas si ces ménages s'identifient comme faisant partie de la diversité sexuelle ou de genre. Ces données sont donc présentées pour donner une estimation de cette prévalence (9).

Tableau 1. Glossaire

Cis ou cisgenre	Adjectif désignant une personne dont l'identité de genre correspond au genre qui lui a été assigné à la naissance.
Trans ou transgenre	Adjectif désignant une personne dont l'identité de genre est différente du genre qui lui a été assigné à la naissance (notez que le terme est un adjectif : on dit « personne trans » et non pas « un trans »).
Queer	Terme parapluie utilisé par des personnes avec identités diverses, pouvant être employé autant au niveau de l'orientation sexuelle que de l'identité de genre.
Intersexué.e	Adjectif désignant une personne qui présente des variantes au niveau de ses caractéristiques sexuelles à la naissance ne pouvant pas être attribuées au sexe féminin ou masculin uniquement.
Non binaire	Adjectif désignant une personne dont l'identité de genre ne correspond pas à la vision binaire du genre.
Expression de genre	Expression de l'identité de genre, soit par des vêtements, la voix, la coiffure, le maquillage.
Intersectionnalité	Cadre d'analyse qui soutient que les différentes formes d'oppression (tel que le racisme, le sexisme, le classisme, l'homophobie, la transphobie, le capacitisme, etc.) se croisent et s'entrecroisent, produisant des expériences sociales spécifiques qui ne peuvent pas être comprises en examinant chaque rapport de pouvoir séparément.

(Sources : 4,36,43)



Problématiques de santé physique

En ce qui concerne la santé de cette population, les personnes LGBTQI+ sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé physique que les personnes cisgenres hétérosexuelles (10,11). Au Danemark, une nouvelle enquête conclut qu'il y a une prévalence plus élevée de diabète, d'asthme, de blessures, d'empoisonnements et de douleur chez les hommes trans en comparaison avec les femmes cis (10). Cette même étude indique une prévalence plus élevée d'infection, d'anémie, de diabète, d'apnée du sommeil et de douleur chez les femmes trans en comparaison avec les hommes cis (10). Sur le plan international, plusieurs études, surtout nord-américaines, mettent en évidence des différences, pour certains types de cancers, entre les communautés LGBTQI+ migrantes ou racisées et la population générale (12-15,17). À noter que ces résultats font référence à des populations spécifiques s'intégrant dans le groupe LGBTQI+ et donc que les résultats de ces études doivent être interprétés à l'intérieur de chaque groupe distinct. Par ailleurs, la Société canadienne du cancer a identifié certains groupes comme étant mal desservis en matière de soins liés à la prévention du cancer. Parmi ces groupes, on retrouve les communautés LGBTQI+, ne parlant ni français ni anglais, nouvellement arrivées au Canada ou encore les personnes racisées (19). Une étude canadienne récente indique que les hommes migrants et racisés originaires de l'Afrique de l'Ouest ou des Caraïbes sont plus à risque de développer un cancer de la prostate que le reste de la population (17). En étant alerte à cette réalité, le personnel soignant aux urgences peut intervenir favorablement en appliquant les recommandations émises en matière de dépistage, prévention et promotion de la santé en fonction de la pertinence de la situation clinique. À titre d'exemple, l'examen de la prostate à l'urgence d'une femme trans migrante et racisée originaire d'Afrique de l'Ouest ayant eu recours à une chirurgie d'affirmation de genre des organes génitaux se présentant pour des symptômes du système bas urinaire devrait se faire via le néo vagin et non via le rectum (43).

À l'international, la prévalence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les personnes trans est treize fois plus élevée que dans la population générale (19). Au Canada, bien que le nombre de nouveaux diagnostics ait diminué chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) nés au Canada, il a augmenté chez ceux nés à l'extérieur du Canada (18). Au Québec, les HARSAH, les personnes trans et les personnes migrantes ou racisées sont plus touchées par le VIH (4). Le dernier rapport de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) indique que le nombre global de nouveaux diagnostics de VIH au Québec a augmenté de 71.5% entre 2021 et 2022 et que 45.7% des nouveaux diagnostics ont été posés auprès des personnes en provenance d'un pays dont le VIH est endémique (18). La forte prévalence du VIH auprès de ces communautés pourrait s'expliquer notamment par la discrimination, la pauvreté, un manque d'éducation en santé sexuelle et un accès réduit à des soins de santé axés sur la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (20). Dans ce contexte, certaines personnes peuvent se présenter à l'urgence pour obtenir une prophylaxie post-exposition et réaliser un dépistage d'ITSS. Cette réalité s'explique par la difficulté à accéder aux services de première ligne et par l'urgence d'agir après une exposition à risque, le délai recommandé pour initier le traitement étant de seulement 2 à 48 heures (21).

Problématiques de santé mentale et sociales

Les problèmes de santé mentale, tels que l'anxiété, les symptômes dépressifs, les idéations et conduites suicidaires, la consommation de drogues ou d'alcool sont également plus prévalents chez les personnes LGBTQI+ (4,5). Certains facteurs peuvent contribuer à cette prévalence élevée, comme entre autres l'incidence accrue de violences sexuelles et conjugales, l'intersection des oppressions et le stress minoritaire (4,22). Pour leur part, les personnes migrantes ou racisées, dont les communautés africaines, caribéennes et noires du Canada, ont des expériences avec le suicide qui diffèrent de celles vécues par les personnes blanches d'origine canadienne (23). Puisque le personnel infirmier à l'urgence est régulièrement appelé à repérer et intervenir auprès des personnes avec des idéations et conduites suicidaires, il doit reconnaître les personnes à risque et les spécificités d'intervention auprès de ces collectivités (24).

L'homophobie, la biphobie et la transphobie augmentent les risques d'itinérance chez les personnes LGBTQI+. Entre 15 et 30% de jeunes et 10 à 30% d'adultes en situation d'itinérance s'identifient aux communautés LGBTQI+ (25). D'autres facteurs structurels, comme le racisme systémique, sont associés à une plus grande précarité des personnes migrantes et racisées qui sont plus à risque de se retrouver en situation d'itinérance (25). Des obstacles directs, comme les discriminations exercées par les propriétaires envers les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées, limitent de façon importante l'accès au logement de cette population (25). Des données récentes indiquent que 93% des personnes en situation d'itinérance hospitalisées ont été admises via les services d'urgence (26). Le personnel infirmier sera inévitablement en contact avec des personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées en situation d'itinérance et devra adapter leurs interventions en fonction de leurs réalités propres (26).

Barrières d'accès aux soins

Lorsque les barrières d'accès aux soins des personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées ne sont pas examinées ni reconnues, elles peuvent nuire à la relation de confiance entre la personne soignée et la personne soignante, compromettre la communication clinique et mener à des sentiments de dévalorisation, alimentant ainsi une méfiance envers le système de santé dans son ensemble (31,32). Les barrières d'accès aux soins de santé seront présentées en deux catégories : systémiques et organisationnelles.



Barrières systémiques

L'une des barrières systémiques auxquelles les personnes LGBTQI+ sont confrontées aux urgences est l'environnement de soins parfois peu ouvert à la diversité. De plus, les dossiers des personnes soignées ne permettent pas de documenter la diversité de genre (4). Très souvent, seuls le sexe assigné à la naissance et le prénom légal y sont inscrits, sans considération pour l'identité de genre et le prénom choisi de la personne. À ce propos, il est important de souligner qu'une personne trans peut demander une modification légale de son sexe sur ses papiers d'identité afin que celui-ci concorde avec son identité de genre. Toutefois, certaines personnes hésitent ou refusent d'effectuer les démarches pour ne pas courir le risque d'être persécutées en cas de déplacement hors Canada. De plus, ce processus s'avère plus complexe, voire impossible pour les personnes avec un statut migratoire précaire telles que les personnes demandeuses d'asile. Pour permettre une meilleure intégration des différentes notions discutées dans cet article, voici une situation clinique intégratrice, présentée en quatre parties distinctes.

CAS CLINIQUE PARTIE 1

Vous travaillez à l'urgence. Des membres du personnel paramédical arrivent avec une personne sur civière. Ils vous rapportent que la personne a été victime d'une agression présumée dans un parc et qu'elle a de multiples blessures sur le corps. Après une évaluation primaire, vous constatez que la personne n'est pas dans un état critique. Celle-ci vous remet un document qui indique qu'elle est couverte par le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). Sur le document on peut lire que le sexe de la personne est masculin, qu'elle a 36 ans et qu'elle est une personne demandeuse d'asile d'origine indienne. Vous lui souriez et vous vous présentez en nommant votre prénom et vos pronoms. Souhaitant appliquer une approche trans affirmative, vous demandez à la personne le prénom et les pronoms qu'elle utilise pour se désigner. Vous lui mentionnez également qu'elle n'est pas dans l'obligation de répondre à ces questions et qu'il s'agit d'une question générique que vous posez à toutes les personnes soignées. La personne parle anglais et vous dit qu'elle s'appelle Priya et utilise les pronoms féminins. Vous consignez alors ces informations dans son dossier. Priya vous tend un sac contenant ses médicaments. Priya vous confirme qu'elle a débuté un processus médical d'affirmation de genre et qu'elle utilise une prophylaxie préexposition pour le VIH de façon intermittente, qu'elle n'a pas prise depuis plusieurs mois. Vous prenez note de ces informations sans insister pour obtenir plus de détails, car vous jugez que des informations supplémentaires sur son processus d'affirmation de genre ne sont pas nécessaires à ce stade de sa trajectoire de soins.

RÉFLEXIONS

De quelle façon accueillez-vous une personne demandeuse d'asile à son arrivée à la salle d'urgence? Et si elle ne parlait ni français ni anglais, quels outils avez-vous à votre disposition pour pouvoir communiquer avec cette personne?

Barrières organisationnelles

Les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées font face à plusieurs barrières organisationnelles dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec associées à leur orientation sexuelle et identité de genre, leur origine et leur statut migratoire. Ces communautés ont plus de difficultés à avoir accès à une prise en charge de première ligne (27). D'ailleurs, une étude ontarienne ayant recrutée 33 participants rapporte que 6% d'entre eux s'étaient fait refuser des soins par un soignant (27). Au même titre, le personnel soignant refuse parfois d'évaluer et de suivre les personnes avec un statut migratoire précaire en raison de leur type de couverture médicale, tel que le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), ainsi qu'en raison de la barrière de langue. Lorsque les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées trouvent une personne soignante volontaire, celle-ci n'utilise pas toujours des approches adaptées aux différences culturelles ni des approches trans affirmatives ou intersectionnelles (33,34).

Une vaste proportion du personnel soignant manque de connaissances sur les besoins particuliers en santé et services sociaux des personnes LGBTQI+ (5, 28) migrantes ou racisées. Ceci s'explique entre autres par le manque de formation préalable ou continue. Ce manque de connaissances peut entraîner une non-reconnaissance des biais internes et perpétuer des stéréotypes liés à l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la culture, la race et le statut (32,35,36). Le personnel soignant lui-même reconnaît que ce manque de connaissances nuit à la qualité de leurs soins auprès de ces personnes (31). Les personnes LGBTQI+ sont ainsi contraintes de devenir spécialistes de leur propre santé alors que cette responsabilité devrait être partagée entre la personne soignée et la personne soignante (4,27,37). La littérature rapporte un phénomène surnommé le « syndrome du bras cassé trans ». Il désigne la situation où une personne trans qui consulte pour un problème précis, par exemple une fracture, reçoit plutôt un diagnostic ou un traitement lié à son identité de genre. Cette dérive s'explique par des préjugés ou par le manque de formation du personnel soignant (38). Dans ces cas, l'attention se déplace vers le statut trans de la personne et vers d'éventuels soins d'affirmation de genre, plutôt que sur le motif réel de la consultation (38). Finalement, une représentation insuffisante de la diversité culturelle et linguistique dans le système de santé et des services sociaux entraîne des politiques, des procédures et des modes de prestation mal adaptés pour répondre efficacement aux besoins variés d'une population diversifiée (36). L'absence d'expérience des prestataires en matière d'utilisation d'interprètes ou d'autres solutions linguistiques peut aggraver ces barrières (36).

Toutes ces barrières d'accès affectent de manière disproportionnée les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées et contribuent à augmenter le taux de morbidité chez cette population (4,5,27,28).



CAS CLINIQUE PARTIE 2

Vous installez Priya dans une chambre près du poste et vous demandez à vos collègues du personnel préposé aux bénéficiaires de l'aider à enlever ses vêtements et à mettre une jaquette. Priya est réticente. Le personnel préposé utilise l'approche informée par les traumatismes afin de la rassurer et l'encourage à effectuer les étapes lorsqu'elle est seule derrière un rideau afin de préserver son intimité. Quelques minutes plus tard, le personnel préposé vous rapporte que Priya a des saignements provenant de ses organes génitaux et plusieurs blessures au niveau des bras, du tronc et des jambes. Elle est très méfiante et crie lorsqu'on la touche. Vous convenez de favoriser un environnement sécuritaire pour la personne en lui expliquant les différentes étapes à venir et en obtenant son consentement libre et éclairé avant chaque soin prodigué. Vous demandez à Priya l'autorisation de la questionner sur les événements qui l'ont menée ici cette nuit. Elle accepte et explique qu'elle marchait dans un parc et que plusieurs individus l'ont attaquée. Elle ne se souvient pas de tout ce qui s'est passé, car elle s'est sentie gelée et déconnectée. Elle ne pouvait plus bouger. Elle explique avoir très mal aux côtes, au ventre, et à l'entrejambe. Vous lui demandez si elle souhaite contacter une personne de son entourage, elle vous explique n'avoir qu'une amie. Elle considère cette personne comme une membre de sa famille. Elle n'a pas d'autres personnes proches au Canada. Elle demande de l'aide avec son téléphone pour pouvoir contacter son amie. Vous prenez le temps de l'aider, sachant que, comme toute personne soignée, elle a le droit d'être accompagnée par une personne proche de son choix. Vous lui demandez si elle a un suivi médical. Elle vous répond que oui et vous remet les coordonnées de son infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSP). Elle vous mentionne aussi recevoir un accompagnement par les travailleuses de soutien communautaire de l'organisme AGIR-Montréal.

RÉFLEXIONS

Que feriez-vous si l'amie n'arrive pas ?

Impacts des barrières systémiques et organisationnelles sur les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées

Les expériences antérieures traumatiques et de soins non sécurisants peuvent freiner les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées à dévoiler leur orientation sexuelle et leur identité de genre (21). Voici quelques exemples d'expériences négatives rapportées par les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées dans les services de santé : présomption de l'orientation sexuelle hétéronormative et de l'identité de genre cisnormative, obligation à dévoiler son orientation sexuelle et son identité de genre, mégenrage (attribuer un genre, de manière intentionnelle ou non, à une personne qui ne se reconnaît pas ainsi), morinomage (utilisation du prénom antérieur), refus de soins, violences physiques et verbales (4,27,47). Ainsi, de nombreuses personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées évitent de recourir aux soins dont elles ont besoin, incluant les services d'urgence, craignant souvent de subir de la discrimination de la part du personnel soignant ou d'être incomprises dans leurs identités complexes (40). Les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées évitent et attendent à la dernière

minute pour consulter en plus de dissimuler certaines informations personnelles par manque de confiance envers le personnel du système de santé et des services sociaux (4).

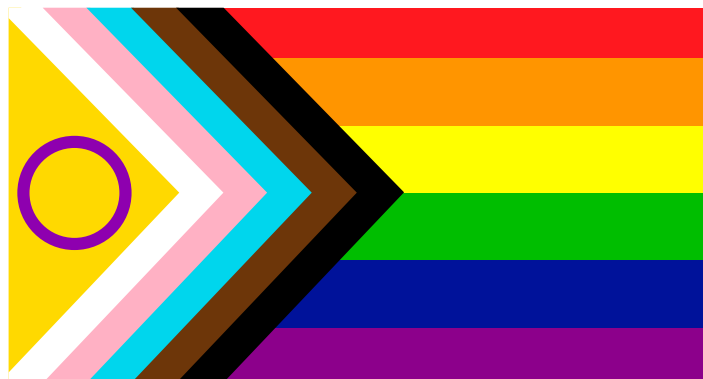
Afin d'éviter ces conséquences et assurer des soins inclusifs de qualité aux personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées, voici quelques stratégies et pistes d'intervention destinées au personnel soignant et aux gestionnaires des services d'urgence.

CAS CLINIQUE PARTIE 3

Étant donné que la personne soignée a possiblement vécu une agression sexuelle dans la région génitale, vous vous assurez d'aborder les questions en lien avec son corps en adoptant une approche à la fois informée par le trauma et trans affirmative (39,43). Au chevet de la personne soignée, vous lui dites, « est-ce que vous seriez à l'aise de me parler de certains aspects de votre historique médical qui pourraient être pertinents pour vos soins aujourd'hui ? Certaines questions peuvent sembler personnelles. Je vous les poserai seulement si cela a un impact sur votre santé ou votre traitement. Vous pouvez toujours choisir de ne pas répondre. Ces informations sont pertinentes en lien avec votre raison de consultation et elles permettront à l'équipe de soin d'établir un plan adapté à votre situation. Aussi, si vous utilisez des termes différents pour certaines parties de votre corps, n'hésitez pas à me le faire savoir ». Vous la questionnez aussi sur sa capacité à lire et écrire en anglais, elle acquiesce alors avec sa tête en guise de réponse. Elle vous mentionne n'avoir subi aucune chirurgie par le passé et elle préfère que l'équipe de soins utilise comme terme *organes génitaux* pour désigner cette région de son corps.

RÉFLEXIONS

Quelles étapes de consentement explicite nommez-vous avant un examen génital ?



Stratégies à adopter par le personnel infirmier et les gestionnaires d'urgence

Tel que mentionné précédemment, l'environnement et plusieurs autres éléments permettent de créer un espace inclusif pour les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées dans les services d'urgence. Voici quelques suggestions pouvant être appliquées dès maintenant par le personnel infirmier aux urgences.

- Afficher le drapeau de la Fierté inclusif-intersexe sur les portes d'entrée des services d'urgence (4,28). Voir à la p. 20
- Fournir des autocollants du drapeau au personnel soignant afin qu'il puisse les disposer à différents endroits dans les zones de soins (4,28).
- Ajouter un autocollant personnalisé sur les cartes d'identités du personnel soignant indiquant les pronoms à utiliser.
- Encourager le personnel à se présenter systématiquement aux personnes soignées en spécifiant leur prénom, pronoms et accords à utiliser.
- Demander systématiquement aux personnes soignées leurs prénoms, pronoms et accords à utiliser (4,48).
- Rédiger des notes au dossier en utilisant des termes épïcènes et des formulations inclusives (48).
- Ne pas présumer de l'orientation sexuelle de la personne soignée et éviter de supposer que son ou sa partenaire est d'un genre différent, que la personne soit cisgenre ou transgenre.
- Ne pas interroger les personnes sur leur parcours et leur statut migratoire, à moins que cela ne soit directement lié au problème clinique que vous traitez. Ces questions peuvent raviver des souvenirs traumatiques.
- Adopter une attitude d'ouverture et d'autoréflexion en cas de mégenrage ou de morinommage (4):
 - Remercier la personne de nous avoir corrigés et ne pas s'attarder sur notre erreur afin d'éviter de mettre trop d'emphasis sur l'erreur et mettre la personne davantage mal à l'aise (4);
 - Entamer une réflexion sur les différents facteurs personnels et organisationnels qui ont mené à l'erreur afin d'éviter que cela se reproduise (4);
 - À titre de témoin, corriger discrètement la personne ayant commis une erreur en lui suggérant d'employer la même méthode énoncée ci-haut (4).
- Respecter la confidentialité en s'assurant que les rencontres d'évaluation des personnes soignées et les discussions cliniques soient faites dans un lieu pouvant respecter la vie privée de ces personnes (4,44). À ce propos, l'orientation sexuelle et l'identité de genre d'une personne soignée sont des informations confidentielles qui doivent être communiquées avec discrétion et dans le respect des normes et des lois en vigueur (44).
- En tenant compte de la perspective d'autonomisation et de consentement libre et éclairé, et en appliquant une approche informée par le trauma, informer les personnes soignées que toutes les informations recueillies seront inscrites à son dossier et que leur dossier pourra être consulté par tout le personnel clinique impliqué dans ses soins (45,46). Grâce à ces informations, les personnes soignées peuvent choisir ou non de divulguer des informations relatives à leur orientation sexuelle et identité de genre (y compris les soins médicaux d'affirmation de genre qu'elles ont reçus) ainsi que de divulguer ou non les événements traumatisants qu'elles ont pu vivre.
- Questionner les personnes soignées sur les éléments pertinents à la raison de consultation, en concordance avec notre rôle professionnel. Poser des questions concernant les soins médicaux d'affirmation de genre, notamment les chirurgies ou les traitements hormonaux, uniquement si elles sont clinique-

ment pertinentes au problème de santé en cours. Demander des détails intimes sans lien direct avec la prise en charge médicale constitue une violation de la vie privée et peut causer un préjudice émotionnel ou psychologique.

- Répondre au mieux aux besoins des personnes soignées en demeurant axé sur leur raison de consultation.
- Intégrer l'approche réflexive à sa pratique afin de prendre conscience de sa propre position sociale et de l'impact de ce positionnement sur les enjeux de pouvoir et la manière dont on prodigue des soins (4,41).
- Faire preuve d'*advocacy*.

Tel que mentionné précédemment, les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées sont parfois dépourvues de pouvoir et ne sont pas en mesure de défendre leurs droits ou d'exprimer leurs choix. Le personnel infirmier aux urgences peut intervenir afin d'influencer les décisions de ceux qui détiennent le pouvoir afin de faire respecter les droits et les choix des personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées.

En 2023, la directive ministérielle aux établissements de santé et de services sociaux du Québec est de s'assurer que l'approche trans affirmative soit utilisée afin de privilégier un langage inclusif, favoriser l'autodétermination de la personne soignée et s'assurer de l'usage systématique du consentement éclairé (4,45). Voici donc quelques suggestions de stratégies organisationnelles à l'intention des gestionnaires des services d'urgence :

- Promouvoir l'embauche de personnel issu de la diversité sexuelle et de genre (4), ainsi que des personnes racisées ou migrantes.
- Modifier les programmes actuels d'enseignement destinés au personnel infirmier aux urgences afin d'inclure de la formation continue sur les spécificités des approches et des soins à prodiguer aux personnes LGBTQI+ (4) migrantes ou racisées (16). Certaines formations en ligne sont déjà accessibles sur la plateforme Environnement numérique d'apprentissage (ENA) (42).
- Concevoir des dossiers médicaux électroniques inclusifs, permettant d'inscrire le sexe assigné à la naissance, l'identité de genre, le prénom choisi, les pronoms et les accords.
- Prévoir des salles de bains non genrées sécuritaires accessibles dans les services d'urgence (4,37).

Finalement, plusieurs auteurs suggèrent d'adapter les outils de communication pour les rendre plus inclusifs tout en respectant les normes en vigueur (4). Voici des suggestions à l'attention du personnel infirmier ainsi que des gestionnaires infirmiers aux urgences :

- Utiliser des termes épïcènes et des formulations inclusives dans les outils de communication aux urgences.
- Développer des outils d'information validés, traduits et ciblés aux personnes LGBTQI+ (4) migrantes ou racisées, tels que des pamphlets ou du contenu de télédiffusion (17).
- Adopter une politique d'interprétariat professionnel 24/7 (17).

CAS CLINIQUE PARTIE 4

Vous arrivez à la fin de votre quart de travail. Vous donnez votre rapport dans un lieu permettant d'assurer la vie privée des personnes soignées. Vous expliquez la situation de Priya à votre collègue et vous déterminez ensemble des prochaines étapes à discuter avec elle. Entre autres, l'équipe de soins devra discuter en détail et obtenir le consentement de la personne soignée pour avoir recours à la trousse médico-légale pour agression sexuelle. En appliquant l'approche informée par les traumatismes, l'équipe s'engage à s'assurer que Priya pourra attendre l'arrivée de son amie avant l'administration de la trousse, si elle le souhaite. Étant donné que vous avez pu établir un bon lien de confiance avec Priya, vous convenez d'aller la rencontrer avec votre collègue afin d'assurer la continuité des soins et du lien de confiance. Vous quittez l'hôpital et vous amorcez une autoréflexion pendant le trajet de retour à la maison afin d'évaluer les biais potentiels lors des soins prodigués à Priya ainsi que vos besoins potentiels d'apprentissage pour de futures interventions.

RÉFLEXIONS

Comment procédez-vous à l'évaluation des biais potentiels lorsque vous offrez des soins à une personne LGBTQI+ migrante ou racisée ?

Après avoir obtenu le consentement de la patiente, de quelle façon pouvez-vous adapter vos soins lorsque vous procéderez à la cueillette d'information et aux prélèvements requis dans le cadre des procédures liées à la trousse médico-légale considérant les besoins spécifiques de cette femme trans d'origine indienne ?

Conclusion

Il est primordial que le personnel infirmier aux services d'urgence soit bien préparé à offrir des soins de santé qui tiennent compte des orientations sexuelles, des identités de genre et des héritages culturels des personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées. Les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées sont plus susceptibles de vivre de la discrimination à leur égard à cause de leur orientation sexuelle, leur identité de genre, leur origine et leur statut migratoire. Cet article a permis de mettre en lumière les barrières d'accès aux soins et services qui peuvent avoir un impact néfaste sur la santé des personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées. Des stratégies à pérenniser ou à mettre en place pour améliorer l'accessibilité et la continuité des soins de santé pour les communautés LGBTQI+ migrantes ou racisées ont été présentées. Le cas clinique de Priya a permis d'illustrer la façon dont le personnel soignant doit intervenir auprès de ces personnes afin d'offrir des soins inclusifs et de qualité, en tenant compte des facteurs d'intersectionnalité et en appliquant des approches telles que : l'approche informée par les traumatismes, l'approche trans affirmative, l'autonomisation et le consentement libre et éclairé (45,46). L'accessibilité et l'équité des soins aux urgences pour les personnes LGBTQI+ migrantes ou racisées requièrent une transformation des pratiques infirmières actuelles. Cet article fournit les arguments nécessaires à cette transformation. ✚

VOICI QUELQUES RESSOURCES ADDITIONNELLES :

Agir Montréal



agirmontreal.org/fr/accueil

Interligne



interligne.co

Clinique québécoise de chirurgie spécialisée dans les chirurgies d'affirmation de genre



grsmontreal.com

Guide de pratique - international



wpath.org/wp-content/uploads/2024/11/French-SOC8-Translation.pdf

Guide de pratique - Colombie-Britannique



<https://www.transcarebc.ca/health-professionals>

Guide de pratique - Ontario



www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/2021/09/Guidelines-FINAL-4TH-EDITION-With-2023-Updates.pdf

Guide de pratique - Institut pour la santé trans



santetranshealth.com

LES AUTEURES

Colette Mascle

inf. M. Sc., IPSPL

GMF-U de Parc-Extension à Montréal et Clinique Mauve

Colette.Mascle.DLM@ssss.gouv.qc.ca

Renata Fuchs Militzer

DESS en travail social et candidate à la maîtrise en travail social

Professionnelle en mobilisation des connaissances et en soutien à la pratique, Clinique Mauve, Université de Montréal

clinique-mauve@umontreal.ca

Maria Pilar Ramirez Garcia

inf., Ph. D.

Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Chercheuse associée CRCHUM - axe carrefour de l'innovation et de l'évaluation en santé

Marianne Chbat

Ph. D.

Directrice de la recherche, GRIS Montréal

SOUTIEN FINANCIER

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

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

REMERCIEMENT

Les auteures tiennent à remercier Catherine Baillargeon, D.Psy, Psychologue, à la Clinique Mauve.

RÉFÉRENCES

- Loi canadienne sur les droits de la personne. Ministère de la Justice. L.R.C. 1985, ch. H-6. <https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/H-6.pdf>
- Code criminel. Ministère de la Justice. L.R.C. 1985, ch. C-46. <https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C-46.pdf>
- Charte des droits et libertés de la personne. Éditeur officiel du Québec. 2025 mai 28. Chapitre C-12. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/C-12.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Santé et bien-être des personnes de la diversité sexuelle et de la pluralité de genre : lignes directrices. Gouvernement du Québec; 2023. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-302-01W.pdf>
- Bristol S, Kostelec T, MacDonald R. Improving emergency health care workers' knowledge, competency, and attitudes toward lesbian, gay, bisexual, and transgender patients through interdisciplinary cultural competency training. *J Emerg Nurs.* 2018;44:632-9. doi: 10.1016/j.jen.2018.03.013
- Statistique Canada. Profil socioéconomique de la population 2ELGBTQ+ âgée de 15 ans et plus, 2019-2021. Gouvernement du Canada; 2024. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/240125/dq240125b-fra.pdf>
- Vitrine statistique sur l'égalité entre les femmes et les hommes. Personnes de minorités sexuelles et de genre. Gouvernement du Québec; 2024. <https://statistique.quebec.ca/vitrine/egalite/dimensions-egalite/demographie/personnes-minorites-sexuelles-et-genre>
- Vitrine statistique sur l'égalité entre les femmes et les hommes. Personnes immigrantes. Gouvernement du Québec; 2024. <https://statistique.quebec.ca/vitrine/egalite/dimensions-egalite/demographie/personnes-immigrantes>
- Stick M, Leanege A, Arim R. Socioeconomic profile of working-age immigrants in same-sex couples in Canada from 2000 to 2020. Economic and social report. Gouvernement du Canada; 2024. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/36-28-0001/2024006/article/00005-eng.pdf>
- Glintborg D, Møller JKK, Rubin KH, Lidegaard Ø, T'Sjoen G, Larsen MJØ, Hilden M, Christensen LL, Andersen MS. Mental and physical health among Danish transgender persons compared with cisgender persons. *JAMA Netw Open.* 2025;8:1-15. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2025.7115
- Statistique Canada. Victimization par intimidation chez les jeunes de la diversité sexuelle et de genre au Canada. Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes. 2022. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/221018/dq221018c-fra.pdf>
- Gonzales G, Zinone R. Cancer diagnoses among lesbian, gay, and bisexual adults: Results from the 2013-2016 National Health Interview Survey. *Cancer Causes Control.* 2018;29:845-54. doi: 10.1007/s10552-018-1060-x
- Jackson SS, Patel S, Parker K. Cancer disparities among sexual and gender minority populations. *J Natl Med Assoc.* 2023;115:332-7. doi: 10.1016/j.jnma.2023.02.005
- Quinn GP, Sanchez JA, Sutton SK, Vadaparampil ST, Nguyen GT, Green BL, Kanetsky PA, Schabath MB. Cancer and lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, and queer/questioning (LGBTQ) populations. *CA Cancer J Clin.* 2015;65:384-400. doi: 10.3322/caac.21288
- Singer S, Tkachenko E, Hartman RI, Mostaghimi A. Association between sexual orientation and lifetime prevalence of skin cancer in the United States. *JAMA Dermatol.* 2020;156:441-5. doi: 10.1001/jamadermatol.2019.4196
- Société canadienne du cancer. Promouvoir l'équité en santé grâce à l'information sur le cancer et aux services de soutien : rapport sur les communautés qui sont mal desservies. 2023. https://cdn.cancer.ca/-/media/files/about-us/our-health-equity-work/underserved-communities-report_2023_fr.pdf
- Lofters AK, Bender J, Swayze S, Alibhai S, Henry A, Noel K, Datta GD. Prostate cancer incidence among immigrant men in Ontario, Canada: A population-based retrospective cohort study. *CMAJ Open.* 2022;10(4):E956-63. doi: 10.9778/cmajo.20220069
- Institut national de santé publique du Québec. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Gouvernement du Québec; 2024. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3532-surveillance-vih-2022.pdf>
- ONUSIDA. Le VIH et les personnes transgenres et de diverses identités de genre. 2021. <https://www.unaids.org/sites/default/files/mediaasset/04-hiv-human-rights-factsheet-transgender-gender-diversefr.pdf>
- Gouvernement du Canada. VIH et sida : pour les professionnels de la santé. 2025. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/vih-et-sida/professionnels-sante.html>
- Gouvernement du Québec. Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC. 2025. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-338-01W.pdf>
- Centre de recherche communautaire. La gestion du stress minoritaire. 2023. <https://fr.cbrc.net/lagestiondustressminoritaire>
- Commission de la santé mentale du Canada. Expériences avec le suicide : les communautés africaines, caribéennes et noires du Canada. 2024. <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2024/03/Experiences-avec-le-suicide-les-communautés-africaines-caribéennes-et-noires-du-Canada2024-03-1.pdf>
- Gouvernement du Québec. Planifier et déployer des actions et des services concertés en prévention du suicide : guide pratique pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et leurs partenaires. 2024. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-247-01W.pdf>
- Ecker J, Aubry T, Sylvestre J. Experiences of LGBTQ adults who have accessed emergency shelters in a large urban city in Canada. *Soc Work Public Health.* 2022;37:168-85. doi: 10.1080/19371918.2021.1976345
- Institut canadien d'information sur la santé. Les données hospitalières permettant d'en savoir plus sur les patients en situation d'itinérance. <https://www.cihi.ca/fr/les-donnees-hospitalieres-permettent-d-en-savoir-plus-sur-les-patients-en-situation-d-itinerance>
- Burchell D, Coleman T, Travers R, Aversa I, Schmid E, Coulombe S, et al. 'I don't want to have to teach every medical provider': Barriers to care among non-binary people in the Canadian healthcare system. *Cult Health Sex.* 2023. doi: 10.1080/13691058.2023.2185685
- Campbell J, Nathoo A, Chard S, Messenger D, Walker M, Bartels SA. Lesbian, gay, bisexual, transgender and/or queer patient experiences in Canadian primary care and emergency departments: A literature review. *Cult Health Sex.* 2023. doi: 10.1080/13691058.2023.2176548
- Heng A, Heal C, Banks J, Preston R. Transgender peoples' experiences and perspectives about general healthcare: A systematic review. *Int J Transgend.* 2018;19(4):359-78. doi: 10.1080/15532739.2018.1502711
- Vermeir E, Jackson LA, Marshall EG. Barriers to primary and emergency healthcare for trans adults. *Cult Health Sex.* 2018;20:232-46. doi: 10.1080/13691058.2017.1338757
- Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy.* 2001;38(2):171-85. doi: 10.1037/0033-3204.38.2.171
- Alessi EJ, Kahn S. A framework for clinical practice with sexual and gender minority asylum seekers. *Psychol Sex Orientat Gend Divers.* 2017;4:383-91. doi: 10.1037/sgd0000244
- Bauer GR, Zong X, Scheim AI, Hammond R, Thind A. Factors impacting transgender patients' discomfort with their family physicians: a respondent-driven sampling survey. *PLoS One.* 2015;10. doi: 10.1371/journal.pone.0145046
- Kahn S, Alessi EJ, Kim H, Woolner L, Olivieri CJ. Facilitating mental health support for LGBT forced migrants: a qualitative inquiry. *J Couns Dev.* 2018;96:316-26. doi: 10.1002/jcad.12205
- El-Hage H, Ou Jin Lee E. Vivre avec de multiples barrières - le cas des personnes LGBTQ racisées à Montréal. *METISS.* 2015. <https://sherp-recherche.com/wp-content/uploads/MultiplesbarrieresFINALenligne.pdf>
- Hamila A, Baillargeon C, Zoldan Y, Armand A, Yahiaoui N, Beaudry C, et al. Soins intégrés auprès des personnes LGBTQI+ migrantes : la place des soins psychosociaux. *Sante Publique.* 2022;34:241-50. doi: 10.3917/spub.hs2.0241
- Brown C, Marnie C, Peters MDJ. Barriers and enablers of culturally safe care for transgender and gender-diverse people in hospital emergency departments: a scoping review protocol. *JBIF Evid Synth.* 2023;21:1243-50. doi: 10.11124/JBIFES-22-00262

38. Wall CSJ, Patev AJ, Benetsch EG. Trans broken arm syndrome: a mixed-methods exploration of gender-related medical misattribution and invasive questioning. *Soc Sci Med.* 2023;320. doi: 10.1016/j.socscimed.2023.115748
39. Grasso C, Goldhammer H, Thompson J, Keuroghlian AS. Optimizing gender-affirming medical care through anatomical inventories, clinical decision support, and population health management in electronic health record systems. *J Am Med Inform Assoc.* 2021;28(11):2531-5. doi: 10.1093/jamia/ocab080
40. Chávez KR. Identifying the needs of LGBTQ immigrants and refugees in Southern Arizona. *J Homosex.* 2011;58:189-218. doi: 10.1080/00918369.2011.540175
41. Ruiz AM, Luebke J, Klein K, Moore K, Gonzalez M, Dressel A, Mkandawire-Vallhu L. An integrative literature review and critical reflection of intersectionality theory. *Nurs Inq.* 2021;28. doi: 10.1111/nin.1241439
42. INSPQ. Adapter nos interventions aux réalités des personnes de la diversité sexuelle et de genre, de leurs familles et de leur entourage. 2023. <https://www.inspq.qc.ca/formation/institut/adapter-nos-interventions-aux-realites-des-personnes-de-la-diversite-sexuelle-leur-couple-et-leur-famille-niveau-2>
43. World Professional Association for Transgender Health. Standards de soins pour la santé des personnes transgenres et de la diversité de genre, version 8. *Int J Transgend Health.* 2022;23:S1-258. doi: 10.1080/26895269.2022.2100644
44. Moretti S, Létourneau J. Divulgateur de renseignements de nature confidentielle. *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.* 2017. <https://www.oiiq.org/divulgation-de-renseignements-de-nature-confidentielle?redirect=%2Fpratique-professionnelle%2Fdeontologie%2Fchroniques-deontologiques%3Fcategorylds%3D1602343>
45. Létourneau J, Boucher Y, Brisson M, Côté ME, Gagné M, Moretti S. Les obligations déontologiques de l'infirmière ou de l'infirmier et le consentement aux soins. *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.* 2021. <https://www.oiiq.org/les-obligations-deontologiques-de-l-infirmiere-et-le-consentement-aux-soins?inheritRedirect=true>
46. Purkey E, Patel R, Phillips SP. Trauma-informed care: better care for everyone. *Can Fam Physician.* 2018;64:170-2.
47. LaPlant WG, Kattari L, Ross LK, Zhan J, Druck JP. Perceptions of emergency care by sexual and gender minorities in Colorado: Barriers, quality, and factors affecting identity disclosure. *West J Emerg Med.* 2021;22:903-10. doi: 10.5811/westjem.2021.3.49423
48. Ashley F. Les personnes non-binaires en français: une perspective concernée et militante. *H-France Salon.* 2019;11(14):#5. https://www.florenceashley.com/uploads/1/2/4/4/124439164/ashley_les_personnes_non-binaires_en_fran%3C%A7ais_-_une_perspective_concern%C3%A9e_et_militante.pdf



VOTRE SOLUTION POUR LA RÉANIMATION CARDIAQUE

Com-Bos est une entreprise se spécialisant dans l'enseignement de la réanimation cardiovasculaire avancée pour les professionnels de la santé en milieu préhospitalier et hospitalier.

NOS COURS

SARC/ACLS

Soins avancés en réanimation cardiovasculaire

SARP/PALS

Soins avancés en réanimation pédiatrique

PEARS

Évaluation, reconnaissance et stabilisation des urgences pédiatrique

PRN/NRP

Programme de réanimation néonatale



Scannez le code QR pour en savoir plus sur nos cours offerts

(819) 661-1285
 info@com-bos.ca
 com-bos.ca





↑01

Retour sur le CONGRÈS SOINS D'URGENCE 2025

par le **Conseil d'administration de l'AIIUQ**

Sous le thème «Repenser la pratique infirmière à l'ère de grands changements», l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ) a tenu son Congrès des soins d'urgence les 21 et 22 mai 2025 à l'Hôtel Delta Mont Sainte-Anne.

L'événement a réuni plus de 230 personnes participantes afin d'échanger sur les enjeux actuels et futurs de la pratique infirmière en contexte d'urgence. Au programme: 16 conférences, un panel et un atelier interactif animés par des experts reconnus, abordant des thématiques variées allant de la gestion du bien-être à l'urgence, à l'approche face à la violence conjugale, en passant par la traumatologie et les innovations en santé mentale.

Les personnes participantes ont particulièrement apprécié la diversité des sujets présentés, incluant des activités inédites telles qu'une immersion choc en gériatrie et une simulation autour de la double défibrillation externe. L'événement a également été marqué par un cocktail réseautage et une soirée gala célébrant l'excellence et l'engagement.

Au-delà du contenu scientifique, le Congrès a été l'occasion pour la communauté infirmière d'urgence de renforcer ses liens, de partager ses expériences et de réfléchir collectivement aux grandes transformations qui façonnent la pratique infirmière.

Nous remercions chaleureusement tous les partenaires, exposants et personnes conférencières qui ont contribué au succès de cette édition. Grâce à leur soutien et à l'engagement des membres, le Congrès 2025 s'est révélé être un moment fort de réflexion, d'innovation et de collaboration pour la profession.

L'AIIUQ vous donne déjà rendez-vous pour l'édition 2026 qui s'annonce tout aussi enrichissante! ➡

02



04



05





03



07



06



08



09

LE COMITÉ ORGANISATEUR

- Sabrina Blais, co-directrice
- Fabian Severino, co-directeur
- Alexandre Arsenault
- Josiane Arsenault
- Joanie Bouchard
- Carole-Anne Joncas
- Gabriela Peguero-Rodriguez
- Alexandra Lapierre
- Amélie Samson

L'ÉQUIPE DE PERMANENCE

- Carmélie Bernier, chargée de projets
- Mathieu Ménard, agent aux événements
- Marvyn Brassier, agent aux communications
- Marie-Hélène Pion, adjointe administrative

LÉGENDES PHOTOS

1. Comité organisateur du congrès. De gauche à droite : Sabrina Blais, Josiane Arsenault, Mathieu Ménard, Fabian Severino, Alexandre Arsenault, Joanie Bouchard, Mirelle Gagnon-Gervais, Alexandra Lapierre, William Tessier, Amélie Samson et Jean-Philippe Martin-Palin
 2. Remise des prix et bourses. De gauche à droite : Josiane Arsenault (présidente), Camille Laramée (récipiendiaire bourse 2^e et 3^e année et du prix relève), Alexandre Arsenault (secrétaire)
 3. Spectacle de Drags Queens lors du souper gala « Glam & Paillettes »
 4. Salon des exposants
 5. Petit-déjeuner avant le panel
 6. Participant.es en action lors d'une conférence
 7. Activité lors de l'atelier « Immersion choc en gériatrie : et si c'était vous ? » présenté par Véronic Poulin et Stacy Corriveau
 8. Kiosque de COM-BOS
 9. Kiosque de Solventum
- Crédits photos : Simon Savard

ÉVÉNEMENT À VENIR

Congrès

MANOIR SAINT-SAUVEUR

**20 ET 21 MAI
2026**



2025 CALENDRIER DES FORMATIONS

NOS FORMATIONS

RÉANIMATION CARDIOVASCULAIRE présentée par COMBOS

Soins avancés en réanimation
cardiovasculaire (SARC)

Gatineau :

- Lundi 24 novembre 2025
- 8 h 30

Montréal :

- Jeudi 11 décembre 2025
- 8 h 00

SARC Renouvellement

Montréal :

- Mercredi 3 décembre 2025
- 8 h 00

CTAS

En ligne via Zoom

- Mercredi 3 décembre 2025
- Mardi 9 décembre 2025

CARDIOLOGIE MODULE 2

En ligne via Zoom | 8h-16h

- Vendredi 21 novembre
- Vendredi 05 décembre
- Vendredi 19 décembre

Inscrivez-vous dès maintenant
aux dernières formations de
l'année en visitant
aiiuq.qc.ca/formations
ou en **scannant le code QR !**



RÉVISÉ
PAR LES
PAIRS

L'arrêt cardiorespiratoire réfractaire: perspectives cliniques et rôle infirmier à l'urgence

par **Sabrina Blais, William Tessier et François Gagné**

L'arrêt cardiorespiratoire (ACR) soudain est l'une des principales causes de mortalité chez l'adulte. Malgré l'application des protocoles standards de réanimation, le taux de survie demeure faible et diminue à mesure que les manœuvres se prolongent. Un retour à la circulation spontanée (RCS) rapide est donc essentiel pour améliorer les chances de survie et de récupération fonctionnelle. L'ACR réfractaire se définit comme l'absence d'un RCS malgré l'application d'interventions conformes aux standards. Cet article vise à outiller le personnel infirmier d'urgence en présentant les fondements physiopathologiques de l'ACR réfractaire, les traitements conventionnels ainsi que des approches alternatives telles que le changement vectoriel, la double défibrillation, l'esmolol et la réanimation par membrane extracorporelle. Face à un ACR réfractaire, l'équipe soignante se doit d'envisager ces options pour maximiser les chances de survie. Le personnel infirmier, par son expertise, joue un rôle central dans la prise de décision partagée en contexte critique.

Introduction

L'arrêt cardiorespiratoire (ACR) soudain constitue la principale cause de mortalité chez l'adulte à l'échelle mondiale (1). Il peut se produire autant en milieu extrahospitalier qu'en milieu intrahospitalier. L'incidence exacte de l'ACR varie selon les pays, en raison notamment de différences entre les systèmes de santé et des méthodes de collecte de données pour les répertorier. Aux États-Unis, on estime à environ 640 000 le nombre d'ACR survenant chaque année, dont près de 55% en contexte extrahospitalier (1). Dans son dernier rapport paru en 2024, la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC rapporte une augmentation de l'incidence d'ACR et une diminution du taux de survie associé (2). Le retour de la circulation spontanée (RCS) constitue un facteur déterminant pour optimiser les probabilités de survie et de récupération fonctionnelle. Or, même lorsque la prise en charge est conforme aux lignes directrices en matière de réanimation cardiorespiratoire (RCR), les taux de survie demeurent limités. Ainsi, l'occurrence d'ACR dits réfractaires exige l'élaboration

de stratégies novatrices basées sur des données probantes, en addition à une prise en charge par des professionnels ayant des compétences à jour en la matière. Cet article vise donc à outiller le personnel infirmier d'urgence en définissant l'ACR réfractaire, en exposant ses fondements physiopathologiques, en présentant les approches thérapeutiques tant conventionnelles qu'émergentes, et en proposant des pistes concrètes pour optimiser la pratique infirmière dans ces situations critiques.

Arrêt cardiorespiratoire réfractaire

En raison de son incidence, de son taux de survie limité et de sa nature chronodépendante, l'ACR est une condition critique nécessitant une prise en charge rapide et adéquate. Les lignes directrices pour la prise en charge de l'ACR sont assez similaires d'un continent à l'autre (3). Au Canada, elles s'appuient sur les recommandations de l'*American Heart Association* à travers laquelle un groupe d'experts élabore et met à jour les lignes directrices des soins avancés en RCR (4).



Malgré l'application rigoureuse des meilleures pratiques en réanimation, le taux de survie demeure faible. Aux États-Unis, le taux de survie à la sortie de l'hôpital après un ACR extrahospitalier est estimé à 9,3% (5). En contexte intrahospitalier, ce taux atteint 28,3% à 30 jours, mais diminue à environ 25% après un an (5). Ces probabilités de survie varient considérablement en fonction du rythme initial au moment de l'ACR. Les personnes soignées présentant un rythme défibrillable, comme la fibrillation ventriculaire (FV) ou la tachycardie ventriculaire (TV) sans pouls, présentent un taux de survie de 49%, comparativement à 10,5% pour celles dont le rythme est non défibrillable, comme en situation d'asystolie ou d'activité électrique sans pouls (AÉSP) (6).

Une vaste étude de cohorte portant sur près de 350 000 ACR intrahospitaliers corrobore ces constats (7). Bien que 66,9% des cas composant cet échantillon aient obtenu un RCS à la suite de manœuvres de RCR, seuls 22,6% ont survécu jusqu'au congé de l'hôpital. Encore une fois, le rythme initial au moment de l'ACR se révèle déterminant. Cette étude met également en évidence la relation inverse entre la durée des manœuvres de réanimation et la probabilité de survie. En effet, au début des manœuvres de réanimation, le taux de survie était de 38,4% en présence d'un rythme défibrillable, contre 17,7% pour un rythme non défibrillable. Au-delà de 39 minutes de réanimation, le taux de survie était inférieur à 1% (7). Ces données soulignent également le potentiel de survie pour les rythmes défibrillables, démontrant l'importance d'un RCS rapide pour augmenter les chances de survie.

Un RCS rapide demeure donc la priorité pour maximiser les chances de survie et de récupération fonctionnelle. Or, même lorsqu'elles sont conformes aux lignes directrices, les interventions de réanimation conventionnelles ne permettent pas toujours d'y parvenir. À titre d'exemple, en contexte extrahospitalier, jusqu'à 45% des ACR persistent en arythmie ventriculaire malgré des interventions appropriées (8). Ce phénomène est qualifié d'ACR réfractaire, défini comme une absence de réponse à au moins trois chocs électriques administrés à deux minutes d'intervalle (9). Dans ces situations, la poursuite des manœuvres de réanimation conventionnelles s'avère fréquemment inefficace (8).

Physiopathologie de l'arrêt cardiorespiratoire réfractaire

L'objectif principal de la RCR est de rétablir rapidement un RCS afin de préserver l'oxygénation cérébrale et de limiter le développement de lésions cérébrales ischémiques (10). Pour y parvenir, les manœuvres de réanimation visent à maintenir un niveau d'oxygène artériel (PaO₂) adéquat, et à contrôler les niveaux de dioxyde de carbone artériel (PaCO₂) (10).

Malgré des interventions rapides et conformes aux recommandations, certains ACR persistent et demeurent réfractaires. Bien que ce phénomène soit reconnu sur le plan clinique, ses mécanismes physiopathologiques sous-jacents ne demeurent que partiellement compris. Il est toutefois établi que le prolongement des manœuvres de réanimation, au-delà de 10 minutes, est associé à une hypoxie cellulaire, entraînant plusieurs conséquences, notamment une ischémie globale au niveau du myocarde et une accumulation d'acide lactique (10,11).

Chez les personnes en ACR prolongé, l'acidose lactique représente la principale cause d'acidose métabolique, souvent définie par un pH \leq 7,35, une PaCO₂ \leq 42 mmHg et une lactatémie $>$ 2,0 mmol/L (10). Les effets physiopathologiques de l'acidose

métabolique sur les cardiomyocytes sont bien documentés. L'acidose réduit le nombre de récepteurs adrénergiques exprimés sur la membrane cellulaire, en particulier les récepteurs bêta, et contribue à une diminution de la réponse aux catécholamines, qu'elles soient endogènes ou exogènes, c'est-à-dire administrées en cours de réanimation (par exemple, l'épinéphrine) (12).

Bien que l'on puisse être porté à augmenter significativement la ventilation durant les manœuvres de réanimation pour compenser l'acidose métabolique, une tendance à l'hyperventilation peut entraîner une chute rapide de la PaCO₂, entraînant à son tour une hausse rapide du pH. Ce changement de pH intracellulaire et extracellulaire induit une vasoconstriction des vaisseaux cérébraux et réduit le débit sanguin cérébral. Précisément, chaque diminution de 1 mmHg de la PaCO₂ est associée à une baisse d'environ 3% du débit sanguin cérébral, ce qui peut contribuer au développement de lésions cérébrales ischémiques (10,13).

En parallèle, la baisse de la PaO₂ est associée à une défaillance des mitochondries. En l'absence d'oxygène, les mitochondries basculent vers un métabolisme anaérobie, produisant ainsi une quantité insuffisante d'ATP pour un fonctionnement cellulaire optimal. Cette défaillance énergétique compromet notamment le fonctionnement des pompes ioniques, comme l'ATPase sodium-potassium (Na⁺/K⁺) (10). Il s'en suit alors un déséquilibre ionique intracellulaire qui perturbe la dépolarisation cellulaire, favorise l'arythmie et réduit l'efficacité des manœuvres de réanimation. Par ailleurs, l'hypoxie soutenue induit la libération de radicaux libres et de médiateurs pro-inflammatoires, qui participent au déclenchement de mécanismes apoptotiques et à la progression du dommage cellulaire irréversible (10). Ces mécanismes physiopathologiques expliquent la raison pour laquelle certains ACR deviennent réfractaires aux interventions de réanimation.

Prise en charge de l'arrêt cardiorespiratoire réfractaire

Traitements conventionnels

Pour maximiser la probabilité d'un RCS, il est d'abord nécessaire d'assurer une prise en charge conforme aux lignes directrices en soins avancés en RCR (14). En plus d'un massage cardiaque de qualité, de défibrillations régulières en présence d'un rythme défibrillable, et de l'administration d'épinéphrine, ces lignes directrices comprennent aussi l'administration d'antiarythmiques comme l'amiodarone ou la lidocaïne en cas d'arythmies ventriculaires (9). Ces recommandations incluent aussi le maintien de la perméabilité des voies aériennes et d'une ventilation adéquate qui, bien qu'essentiels dans une RCR, ne seront pas abordés dans cet article qui se concentre davantage sur la prise en charge de l'état circulatoire.

Défibrillation standard

La défibrillation se définit comme l'administration d'un choc électrique à l'aide de deux électrodes permettant la transmission du courant à travers le thorax, dans le but de rétablir l'activité électrique normale du myocarde (15). La défibrillation doit être effectuée le plus rapidement possible lors des manœuvres de RCR (15). En effet, celle-ci est considérée comme plus susceptible d'être efficace dans la phase électrique d'un ACR soit dans les cinq premières minutes suivant l'arrêt (15). Lors d'une défibrillation standard, les électrodes sont positionnées de manière antéro-latérale sur le thorax (8).



Administration d'épinéphrine

L'épinéphrine est une catécholamine sympathomimétique qui exerce une activité alpha -1, alpha -2, bêta -1 et bêta -2 (16). En contexte d'ACR, l'épinéphrine peut améliorer la perfusion coronaire et cérébrale ainsi que l'apport en oxygène grâce à son effet alpha adrénergique, ce qui peut augmenter les chances d'un RCS. Son activité bêta adrénergique peut, quant à elle, augmenter la fréquence cardiaque et la contractilité du myocarde. Or, elle peut également augmenter la demande cardiaque en oxygène et causer une ischémie myocardique globale (16). Ainsi, l'administration répétée d'épinéphrine lors des manœuvres de réanimation pourrait contribuer au caractère réfractaire de l'ACR en favorisant une accumulation de catécholamines exogènes circulantes (16). Certaines données suggèrent d'ailleurs que l'administration prolongée d'épinéphrine pourrait être associée à des effets délétères, notamment des arythmies et une augmentation de la mortalité (17,18).

À cet effet, un essai contrôlé randomisé est en cours au Canada, et vise à comparer l'efficacité d'une faible dose d'épinéphrine (2 mg au total) par rapport à une dose standard (1 mg toutes les trois à cinq minutes jusqu'au RCS). Le but de cette étude est de déterminer si une faible dose d'épinéphrine est associée à un meilleur taux de survie et de récupération fonctionnelle chez les personnes présentant un ACR sur un rythme défibrillable (19). L'épinéphrine demeure néanmoins le seul médicament actuellement recommandé par les lignes directrices pour toutes les personnes en ACR (15).

Utilisation d'antiarythmiques

Lorsque la défibrillation demeure inefficace, les lignes directrices recommandent d'ajouter un antiarythmique tout en poursuivant les tentatives de défibrillation (14). Si l'amiodarone a longtemps constitué l'antiarythmique de choix dans la prise en charge des arythmies ventriculaires, la lidocaïne tend à être de plus en plus utilisée (20). La lidocaïne est un antiarythmique de classe Ib et bloqueur des canaux sodiques agissant peu sur la fonction cardiaque. Son utilisation ne comporte qu'un faible risque pro-arythmique lorsqu'utilisée à des doses appropriées, en plus d'être simple à administrer et de faible coût (21). Puisque son mécanisme d'action est différent de celui de l'amiodarone, un antiarythmique de classe III et bloqueur des canaux potassiques, la lidocaïne pourrait être utilisée en traitement de deuxième intention ou en co-thérapie dans les cas d'arythmies ventriculaires réfractaires (20). En effet, lorsque combinées, les deux molécules permettent le blocage des canaux sodiques et potassiques potentialisant ainsi l'effet antiarythmique (21). Les lignes directrices actuelles ne démontrent pas de préférence marquée dans le choix de l'antiarythmique entre l'amiodarone et la lidocaïne (14).

Toutefois, les agents antiarythmiques usuels, même combinés, demeurent peu efficaces en contexte d'ACR réfractaires. En effet, dans un récent essai contrôlé randomisé réalisé auprès de personnes présentant un ACR réfractaire, les auteurs concluent que ni l'amiodarone ni la lidocaïne n'ont permis d'obtenir une amélioration significative du taux de survie ou d'issues neurologiques favorables comparativement avec le groupe contrôle ayant reçu un placebo (22).

Alternatives à la prise en charge

Face à l'ACR réfractaire, où la poursuite des manœuvres de réanimation conventionnelles s'avère inefficace, les données probantes recommandent de plus en plus d'envisager des alternatives au traitement conventionnel. Ces recommandations sont notamment soutenues par un groupe de travail incluant la Société cardiovasculaire du Canada, la Société canadienne pour les soins intensifs cardiovasculaires et l'Association canadienne de cardiologie d'intervention, et ce, dans le but d'améliorer le taux de survie des personnes en ACR réfractaire (9).

Parmi celles-ci, on retrouve le changement vectoriel, la double défibrillation externe (DDE), l'utilisation d'autres approches pharmacologiques, ou encore la RCR extra-corporelle.

Changement vectoriel

La défibrillation par changement vectoriel repose sur la théorie des vecteurs, selon laquelle un vecteur atteignant le septum interventriculaire serait associé à un taux de succès plus élevé de défibrillation (23). Cette stratégie consiste à modifier le positionnement des électrodes du défibrillateur afin d'orienter le courant électrique différemment à travers le myocarde (9). L'objectif est de stimuler des zones ventriculaires qui pourraient ne pas avoir été efficacement atteintes par le vecteur de choc initial. Bien que la configuration antérolatérale soit fréquemment utilisée en première intention, certaines équipes cliniques privilégient dès le départ une position antéro-postérieure. Le changement vectoriel implique donc le passage d'une configuration à l'autre afin d'optimiser la trajectoire du courant électrique (8). Pour la position antérolatérale, il est recommandé que les électrodes de défibrillation soient placées de manière à englober anatomiquement le cœur, c'est-à-dire avec une électrode sous la clavicule



droite, juste à droite du bord supérieur du sternum, et l'autre avec le centre de l'électrode sur la ligne médioaxillaire gauche, près du choc apexien (9). Dans un essai contrôlé randomisé portant sur les stratégies de défibrillations en milieu extrahospitalier pour un ACR réfractaire, il a été démontré que le taux de survie chez les personnes ayant reçu une défibrillation par changement vectoriel était supérieur à la défibrillation standard (8). Les données restent toutefois limitées sur l'efficacité réelle de la défibrillation par changement vectoriel.

Double défibrillation externe

La DDE se définit comme l'administration de chocs électriques à l'aide de deux défibrillateurs utilisés de manière séquentielle ou simultanée (24). Cette approche vise à maximiser le potentiel de rétablissement d'un rythme cardiaque normal (8,24). En théorie, cette approche permet de délivrer une plus grande quantité d'énergie au myocarde, ce qui augmenterait les probabilités de conversion de l'arythmie ventriculaire (25). L'efficacité de la DDE serait aussi liée aux vecteurs orthogonaux, favorisant une dispersion électrique plus étendue à travers le myocarde (23). Finalement, c'est aussi en raison de l'aspect légèrement asynchrone des chocs délivrés par la DDE que le taux de conversion serait plus efficace. Celle-ci contribuerait effectivement à prolonger la durée du choc, permettant ainsi d'interrompre la propagation désorganisée de l'électricité au niveau du myocarde (26).



Administration d'esmolol

Comme mentionné précédemment, l'excès de catécholamines pourrait exacerber l'ischémie myocardique et induire des tachyarythmies ventriculaires, contribuant ainsi à l'aspect réfractaire de certains ACR (18). Dans ce contexte, l'administration intraveineuse d'esmolol à faible dose pourrait être une approche alternative, en plus des thérapies traditionnelles. L'esmolol est un bêta-bloquant sélectif des récepteurs bêta -1 possédant une courte durée d'action. Il permet de réduire la fréquence cardiaque et la demande en oxygène du myocarde, tout en stabilisant l'activité électrique ventriculaire (28). L'esmolol pourrait ainsi atténuer les effets pro-arythmogènes des doses répétées d'épinéphrine. Son délai d'action rapide (90 secondes) et sa courte demi-vie (9 minutes) en font une option pharmacologique intéressante, permettant un ajustement rapide en fonction de la réponse clinique (26).

En contexte d'ACR réfractaire, l'administration est généralement réalisée sous forme d'un bolus initial (500 mcg/kg), suivi d'une perfusion continue (0-100 mcg/kg/min) (29). Il n'y a pas de recommandations précises dans les lignes directrices sur le moment optimal d'administration d'esmolol en contexte d'ACR réfractaire. Comme pour toutes les alternatives présentées, celle-ci devrait être envisagée lorsque l'ACR est qualifié de réfractaire, soit lorsque la personne a reçu trois défibrillations standard, 3 mg d'épinéphrine et 300 mg d'amiodarone (29).

Toutefois, comme plusieurs des alternatives présentées, les données sur l'utilisation de l'esmolol en contexte d'ACR réfractaire demeurent limitées à des études de cas ou des études observationnelles. En l'absence d'essais contrôlés randomisés, son efficacité réelle ne peut être établie de manière concluante.

RCR extra-corporelle

La RCR extra-corporelle permet de maintenir la fonction cardiaque et respiratoire grâce à l'utilisation d'une assistance circulatoire extra-corporelle (p. ex., ECMO) (1). Lors de la RCR extra-corporelle, le sang est drainé d'une veine centrale ou de l'oreillette droite, acheminé par une pompe vers un oxygénateur à membrane, où il est enrichi en oxygène et épuré du dioxyde de carbone, avant d'être retourné dans la circulation artérielle systémique. Ce procédé assure un échange gazeux extra-corporel ainsi qu'un soutien circulatoire mécanique, permettant d'assurer la circulation cérébrale et systémique. La RCR extra-corporelle offre ainsi à l'équipe soignante un délai essentiel pour intervenir sur la condition sous-jacente ayant conduit à l'ACR, tel qu'une arythmie ventriculaire (1). Cette méthode serait donc efficace lorsque les manœuvres conventionnelles ne permettent pas un RCS (9). Selon une revue de la littérature publiée dans *The Lancet*, la RCR extra-corporelle pourrait augmenter les taux de survie pour les ACR extrahospitalier et intrahospitalier dans les centres hospitaliers qui possèdent cette technologie (1).

Toutefois, sa mise en œuvre est coûteuse et nécessite le transport vers un centre hospitalier disposant d'un personnel qualifié pour procéder rapidement à l'installation de l'ECMO, sans nuire aux manœuvres de RCR. Le recours à la RCR extra-corporelle demeure ainsi limité aux centres spécialisés, pour une clientèle sélectionnée et ayant une cause hémodynamique potentiellement réversible (1).

Toutefois, tout comme pour la défibrillation par changement vectoriel, les données actuelles sur l'efficacité réelle de la DDE demeurent limitées. Une revue rapide de la littérature sur son utilisation en milieu hospitalier souligne la grande variabilité des pratiques et l'hétérogénéité des contextes cliniques dans lesquels elle est appliquée (27). Entre autres, son utilisation tardive rend plus difficile l'évaluation de son efficacité réelle (27).

Les lignes directrices actuelles soulignent d'abord l'importance d'un positionnement optimal des électrodes avant d'envisager la DDE (9). Un contact adéquat entre l'électrode et la peau doit également être établi afin d'optimiser la délivrance d'énergie (8).

Lorsque la défibrillation conventionnelle échoue, la DDE peut être envisagée chez l'adulte en FV ou en TV sans pouls persistante après au moins trois chocs standard (23). Il est d'ailleurs recommandé d'utiliser une approche similaire à ce qui a déjà été étudié, soit une DDE à un seul opérateur activant les deux défibrillateurs en séquence. Cette stratégie de DDE en séquence, plutôt que simultanément, crée un court délai entre les deux chocs, contribuant ainsi au prolongement du choc (23).

Enfin, dans certains milieux où les ressources matérielles ou humaines limitent la possibilité de recourir à la DDE, la défibrillation par changement vectoriel pourrait constituer une alternative accessible et potentiellement bénéfique (8).

Discussion

L'ACR réfractaire représente un défi de taille dans la prise en charge à l'urgence. En effet, comme énoncé plus haut, la durée des manœuvres de RCR a un impact significatif sur les chances de survie des personnes soignées (7). C'est pourquoi il importe de considérer des alternatives à la prise en charge traditionnelle dans l'optique d'augmenter le potentiel de survie et de récupération fonctionnelle des personnes soignées.

Bien que des alternatives à la prise en charge traditionnelle soient de plus en plus documentées, il existe toutefois un faible niveau d'évidence dans la littérature pour guider leur utilisation (28). Effectivement, ces recommandations proviennent souvent de rapport de cas ou d'études observationnelles uniques. Fréquemment, ces études comportent plusieurs limites, comme des lacunes importantes dans les informations cliniques fournies, qui exercent pourtant une grande influence sur la finalité des manœuvres et la probabilité d'un RCS. De plus, ces études sont souvent associées à un biais de publication où les résultats positifs sont plus susceptibles d'être rapportés ou soumis pour publication. C'est le constat qui ressort notamment dans une revue rapide de la littérature sur l'utilisation de la DDE où les rapports de cas présentés dénotaient un taux de RCS de près de 89 % après un temps moyen de RCR de 46 minutes (27). Comme mentionné dans l'étude, ces résultats contrastent nettement avec le taux de survie usuel, surtout lors de réanimations prolongées (23). Par conséquent, il est essentiel de mener des études plus robustes sur le sujet, notamment des essais contrôlés randomisés ou des études permettant de contrôler certains facteurs de confusion. À ce sujet, le conseil européen de réanimation s'est prononcé dans ses lignes directrices (2021) sur la prise de décision éthique en lien avec les décisions relatives à la réanimation, en se basant sur les données probantes. Considérant que le pronostic de survie suivant un ACR reste très faible, on se doit d'améliorer la qualité des soins offerts. Pour ce faire, il est nécessaire de mener des essais randomisés contrôlés pour évaluer efficacement les effets des méthodes alternatives ou des études portant sur les traitements usuels dont l'efficacité demeure incertaine (30).

Contrairement à la prise en charge standardisée par des lignes directrices pour les ACR, on dénote une absence de standardisation et une grande variabilité des pratiques dans l'utilisation des méthodes alternatives à la prise en charge. Celles-ci sont donc souvent utilisées en dernier recours, selon le jugement clinique des professionnels, et leur utilisation retardée contribue à la difficulté d'évaluer l'efficacité réelle de ces méthodes. Il est donc nécessaire, dans les futurs travaux de recherche, de standardiser les procédures en matière de prise en charge de l'ACR réfractaire. Pour les équipes de soins, cela peut se traduire par une documentation rigoureuse des mesures alternatives utilisées en contexte d'ACR réfractaire ou des discussions sur des études de cas pour encourager l'utilisation des mesures alternatives.

Implications pour la pratique infirmière

Le personnel infirmier d'urgence peut contribuer à l'identification de situations où l'ACR est réfractaire et où des alternatives à la prise en charge traditionnelle pourraient être envisagées pour favoriser un meilleur pronostic pour les personnes soignées. Rappelons que le facteur temps est essentiel pour la prise en charge des ACR réfractaires. Cette identification précoce permet une anticipation des étapes subséquentes, permettant ainsi de diminuer le délai avant les interventions. Par ailleurs, la prise de

décision interdisciplinaire, phénomène émergent, est désormais recommandée par les experts pour la prise de décisions cliniques majeures. La prise de décision interdisciplinaire partagée a été démontrée comme efficace dans certains milieux de soins critiques, comme les soins intensifs, pour améliorer les processus et la finalité pour les personnes soignées (31). Ainsi, le personnel infirmier, par son expertise, peut contribuer aux décisions relatives aux manœuvres de RCR.

Le personnel infirmier joue également un rôle essentiel dans la préparation efficace du matériel. Cela assure une mise en œuvre optimale de l'intervention, comme en positionnant les électrodes pour une DDE, ou encore pour la préparation des instruments lors de l'installation de l'ECMO. Enfin, puisque les méthodes alternatives dans la prise en charge de l'ACR réfractaire tendent à être de plus en plus fréquentes dans les urgences, cet article met en évidence l'importance de la formation du personnel infirmier pour réduire l'hésitation clinique et assurer une prise en charge efficace en contexte d'ACR réfractaire.

La pratique infirmière basée sur des données probantes permet de garantir la plus grande qualité de soins pour les personnes soignées. Elle permet également au personnel infirmier de développer et mettre à jour leurs compétences en continu, ainsi que d'apporter des solutions à des problèmes cliniques complexes. L'application systématique des données probantes présente des avantages tant pour les personnes soignées que pour le personnel infirmier. En plus d'améliorer la qualité des soins, l'utilisation des données probantes dans la pratique contribue à accroître la satisfaction au travail, ainsi que la confiance en soi et en ses capacités (32). C'est donc aussi dans cette optique que le personnel infirmier se doit d'avoir des connaissances à jour sur l'ACR réfractaire et sa prise en charge, incluant les alternatives à la prise en charge traditionnelle.

Conclusion

Cet article avait pour but de décrire l'enjeu que pose l'ACR réfractaire à l'urgence. Cette condition, qui est associée à un haut taux de mortalité et qui est très sensible au facteur temps, nécessite une prise en charge rapide et efficace pour augmenter le potentiel de survie et de récupération fonctionnelle des personnes soignées. Bien que des alternatives à la prise en charge traditionnelle existent, comme le changement vectoriel, la DDE, l'administration d'esmolol ou la RCR extra-corporelle, celles-ci sont encore peu standardisées et leur utilisation dans les milieux cliniques est donc sujette à une grande variabilité. Il demeure, à ce jour, difficile de valider l'efficacité réelle des mesures alternatives, mais leur pertinence demeure lors de situations de réanimation prolongée. L'équipe soignante se doit donc de considérer ces alternatives lorsque l'ACR réfractaire se prolonge malgré les manœuvres de RCR usuelles. Finalement, le personnel infirmier d'urgence, par son expertise qui lui est propre, joue un rôle important dans la prise de décision partagée lors de situations cliniques complexes. 🌟

À RETENIR

- L'arrêt cardiorespiratoire (ACR) soudain est la première cause de mortalité chez l'adulte et le taux de survie pour un ACR extrahospitalier est de moins de 10%.
- Plus les manœuvres de réanimation se prolongent, plus la survie est limitée.
- L'ACR réfractaire se définit comme une absence de réponse aux manœuvres de réanimation standard et un maintien de l'arythmie ventriculaire après l'administration de 3 chocs répétés à 2 minutes d'intervalle.
- En présence d'un ACR réfractaire, les manœuvres usuelles sont souvent inefficaces. Il faut alors considérer des alternatives à la prise en charge comme le changement vectoriel, la double défibrillation externe, l'administration d'esmolol ou la RCR par membrane extra-corporelle (p. ex., ECMO).
- Le personnel infirmier d'urgence contribue à la prise de décision partagée, notamment par l'identification d'un ACR réfractaire. Il joue également un rôle dans l'anticipation des étapes subséquentes, par exemple, par la préparation rapide du matériel nécessaire.

LES AUTEUR.ES

Sabrina Blais
inf., M. Sc.

Étudiante au doctorat, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
Sabrina.Blais@usherbrooke.ca

William Tessier
inf., M. Sc.

Étudiant au doctorat, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

François Gagné
inf., B. Sc.

Étudiant à la maîtrise, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

AIDE FINANCIÈRE

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

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteur.es déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Il est toutefois important de mentionner que Sabrina Blais et William Tessier sont éditeurs associés à la revue *Soins d'urgence*, mais ceux-ci n'ont ni contribué à l'évaluation ni à l'édition de cet article.

RÉFÉRENCES

- Supady A, Bělohávek J, Combes A, Hutin A, Lorusso R, Maclaren G, Schmidt M, Brodie D. Extracorporeal cardiopulmonary resuscitation for refractory cardiac arrest. *Lancet Respir Med.* 2025;13(9). doi: 10.1016/S2213-2600(25)00122-5
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Chaque seconde compte : transformer la réanimation pour que plus de cœurs battent à nouveau : Pleins feux sur l'arrêt cardiaque 2024. 2024. https://issuu.com/heartandstroke/docs/rapport_arret_cardiaque_fev_2024
- Gräsner JT, Herlitz J, Tjelmeland IBM, Wnent J, Masterson S, Lilja G, Olasveengen TM, Semeraro F, Cimpoesu D, Escutnaire J, Perkins GD. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *Resuscitation.* 2021; 161:61-79. doi: 10.1016/j.resuscitation.2021.02.007
- Perman SM, Elmer J, Maciel CB, Uzendu A, May T, Mumma BE, Wang HE, Panchal AR. 2023 American Heart Association focused update on adult advanced cardiovascular life support: An update to the American Heart Association Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation.* 2024;149(5). doi: 10.1161/CIR.0000000000001194
- Martin SS, Aday AW, Almarzooq ZI, Anderson CAM, Arora P, Avery CL, Benjamin EJ, Bittner V, Bozkurt B, Carnethon MR. 2024 Heart disease and stroke statistics: A report of us and global data from the American Heart Association. *Circulation.* 2024;149(8). doi: 10.1161/CIR.0000000000001209
- Woolcott OO, Reinier K, Uy-Evanado A, Nichols GA, Stecker EC, Jui J, Gunson K, Chugh SS. Sudden cardiac arrest with shockable rhythm in patients with heart failure. *Heart Rhythm.* 2020;17(10):1672-8. doi: 10.1016/j.hrthm.2020.05.038
- Okubo M, Komukai S, Andersen LW, Berg RA, Kurz MC, Morrison LJ, Neumar RW, Soar J. Duration of cardiopulmonary resuscitation and outcomes for adults with in-hospital cardiac arrest: Retrospective cohort study. *BMJ.* 2024; 384: e076019. doi: 10.1136/bmj-2023-076019
- Cheskes S, Verbeek PR, Drennan IR, McLeod SL, Turner L, Pinto R, Scales DC, Morrison LJ. Defibrillation strategies for refractory ventricular fibrillation. *N Engl J Med.* 2022;387(21):1947-56. doi: 10.1056/NEJMoa2207304
- van Diepen S, Le May MR, Alfaro P, Goldfarb MJ, Luk A, Mathew R, Bagai A, So DY. Canadian Cardiovascular Society/Canadian Cardiovascular Critical Care Society/Canadian Association of Interventional Cardiology clinical practice update on optimal post cardiac arrest and refractory cardiac arrest patient care. *Can J Cardiol.* 2024; 40(4):524-39. doi: 10.1016/j.cjca.2024.01.012
- Robba C, Siwicki-Gieroba D, Sikter A, Battaglini D, Dąbrowski W, Schultz MJ, Taccone FS, Pelosi P. Pathophysiology and clinical consequences of arterial blood gases and pH after cardiac arrest. *Intensive Care Med Exp.* 2020; 8(S1). doi: 10.1186/S40635-020-00307-1
- Scaturro N, Shomo E, Frank M. Current and investigational therapies for the treatment of refractory ventricular fibrillation. *Am J Health Syst Pharm.* 2022;79(12):935-43. doi: 10.1093/ajhp/zxac011
- Marsh JD, Margolis TI, Kim D. Mechanism of diminished contractile response to catecholamines during acidosis. *Am J Physiol Heart Circ Physiol.* 1988 1;254(1):H20-7. doi: 10.1152/ajpheart.1988.254.1.H20
- Kim YJ, Lee YJ, Ryoo SM, Sohn CH, Ahn S, Seo DW, Lee JH, Kim WY. Role of blood gas analysis during cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest patients. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(25): e3960. doi: 10.1097/MD.0000000000003960
- Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, Donnino MW, Drennan IR, Hirsch KG, Kudenchuk PJ, Neumar RW. Part 3: Adult basic and advanced life support: 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation.* 2020;142(16suppl2). doi: 10.1161/CIR.0000000000000916
- Long B, Gottlieb M. Emergency medicine updates: Defibrillation strategies in cardiac arrest. *Am J Emerg Med.* 2025; 95:57-62. doi: 10.1016/j.ajem.2025.05.022
- Bornstein K, Long B, Porta AD, Weinberg G. After a century, Epinephrine's role in cardiac arrest resuscitation remains controversial. *Am J Emerg Med.* 2021; 39:168-72. doi: 10.1016/j.ajem.2020.08.103
- Aves T, Chopra A, Patel M, Lin S. Epinephrine for out-of-hospital cardiac arrest: An updated systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med.* 2020; 48(2):225-9. doi: 10.1097/CCM.0000000000004130

18. Hwang CW, Gamble G, Marchick M, Becker TK. A case of refractory ventricular fibrillation successfully treated with low-dose esmolol. *BMJ Case Rep.* 2019; 12(3):e228208. doi: 10.1136/bcr-2018-228208
19. Unity Health Toronto. *Epinephrine dose: Optimal versus standard evaluation trial* (NCT03826524) [Essai clinique enregistré]. *ClinicalTrials.gov*; 2024. <https://clinicaltrials.gov/study/NCT03826524>
20. Güler S, Könemann H, Wolfes J, Güner F, Ellermann C, Rath B, Schmitz T, Haverkamp W. Lidocaine as an anti-arrhythmic drug: Are there any indications left? *Clin Transl Sci.* 2023;16(12):2429-37. doi: 10.1111/cts.13650
21. Yoshie K, Tomita T, Takeuchi T, Okada A, Miura T, Motoki H, Sato T, Koyama J. Renewed impact of lidocaine on refractory ventricular arrhythmias in the amiodarone era. *Int J Cardiol.* 2014; 176(3):936-40. doi: 10.1016/j.ijcard.2014.08.090
22. Kudenchuk PJ, Brown SP, Daya M, Rea T, Nichol G, Morrison LJ, Davis D, Idris AH. Amiodarone, Lidocaine, or Placebo in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *N Engl J Med.* 2016; 374(18):1711-22. doi: 10.1056/NEJMoa1514204
23. Gerstein NS, Shah MB, Jorgensen KM. Simultaneous use of two defibrillators for the conversion of refractory ventricular fibrillation. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2015; 29(2):421-4. doi: 10.1053/j.jvca.2013.10.016
24. Deakin CD, Morley P, Soar J, Drennan IR. Double (dual) sequential defibrillation for refractory ventricular fibrillation cardiac arrest: A systematic review. *Resuscitation.* 2020; 155:24-31. doi: 10.1016/j.resuscitation.2020.06.008
25. Bell CR, Szulewski A, Brooks SC. Make it two: A case report of dual sequential external defibrillation. *CJEM.* 2018 Sep;20(5):792-7. doi: 10.1017/cem.2017.42
26. Pourmand A, Galvis J, Yamane D. The controversial role of dual sequential defibrillation in shockable cardiac arrest. *Am J Emerg Med.* 2018 Sep;36(9):1674-9. doi: 10.1016/j.ajem.2018.05.078
27. Tessier W, Blais S, Provost J, Ouellet S. Double external defibrillation in the emergency department: A rapid review of the literature. *CJEN.* (accepted article) 2025.
28. Gottlieb M, Dyer S, Peksa GD. Beta-blockade for the treatment of cardiac arrest due to ventricular fibrillation or pulseless ventricular tachycardia: A systematic review and meta-analysis. *Resuscitation.* 2020; 146:118-25. doi: 10.1016/j.resuscitation.2019.11.019
29. Miraglia D, Miguel LA, Alonso W. The evolving role of esmolol in management of pre-hospital refractory ventricular fibrillation; a scoping review. *Arch Acad Emerg Med.* 2020; 8(1): e15.
30. Mentzelopoulos SD, Couper K, Voorde PV de, Druwé P, Blom M, Perkins GD, Xanthos T, Greif R. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation.* 2021; 161:408-32. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.033
31. Michalsen A, Long AC, DeKeyser Ganz F, White DB, Jensen HI, Metaxa V, Curtis JR, Azoulay E. Interprofessional shared decision-making in the ICU: A systematic review and recommendations from an expert panel. *Crit Care Med.* 2019; 47(9):1258-66. doi: 10.1097/CCM.0000000000003870
32. Šabanė E, Vimantaitė R, Jakuška P. Application of evidence-based practice in intensive and critical care nursing. *Open Nurs J.* 2022. doi: 10.2174/18744346-v16-e221124-2022-66



ᐅᓄᓐᓂ ᐅᓕᓕᓐᓂ ᓂᓄᓐᓂ ᐅᓂᓂᓂᓂ
 UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
 CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

PERSONNEL INFIRMIER RECHERCHÉ

- Prime de vie chère, d'éloignement et de rétention jusqu'à 49 925 \$ / année
- Prime de rôle élargi jusqu'à 11 270 \$ / année
- Transport et logement meublé fournis
- Jusqu'à 16 semaines de sorties annuelles
- Possibilité de temps partiel occasionnel et temps partagé (4/4, 5/5, 6/6 sem)
- Congé nordique accepté dans un délai de 45 jours
- Accès gratuit au gym à Kuujjuaq
- Une super équipe de 10 conseillers en soins infirmiers pour vous soutenir
- Un suivi personnalisé par notre conseillère en dotation DSI

Venez vivre une expérience culturelle unique et enrichissante au sein de la communauté inuite de la baie d'Ungava.



tulattavik.com



Image 1. Entrée de l'urgence du CHUM

Agir en interdisciplinarité contre la violence: initiative pour sécuriser l'urgence du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

par **Lula Ahmed-Shire et Lucie Scherer**

Cet article présente le projet interdisciplinaire du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), lancé en 2021, pour réduire la violence en salle d'urgence, soutenir le personnel et améliorer l'expérience des personnes soignées. Issu d'une démarche participative intégrant notamment des patients partenaires, il a permis de mettre en place diverses mesures telles que le réaménagement de la salle d'attente, de

nouveaux outils de communication, des formations ciblées et l'intégration d'intervenants psychosociaux. Nous souhaitons que cette expérience puisse inspirer d'autres milieux cliniques à développer des initiatives adaptées à leur propre contexte.

Contexte et besoin

Le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), situé au cœur du centre-ville de Montréal, fait face, comme de nombreux établissements de santé, à une augmentation de la violence envers le personnel dans les salles d'urgence. La pandémie de la COVID-19, combinée à une hausse du nombre de personnes en situation d'itinérance, a exacerbé cette problématique, générant des tensions accrues tant pour le personnel que pour les personnes soignées (1). Ces défis ont été amplifiés par la pression croissante sur les services d'urgence, déjà fortement sollicités (2). L'urgence constitue, en outre, un milieu particulier, marqué par la nécessité d'une prise en charge rapide et par l'impossibilité de répondre à l'ensemble des besoins psychosociaux (3).

Face à ce constat, un projet ambitieux et interdisciplinaire a vu le jour en janvier 2021 afin de renforcer la sécurité du personnel, de mieux prendre en charge les comportements violents ou perturbateurs et d'améliorer l'expérience des personnes soignées à l'urgence.

Objectifs du projet

Le projet s'articulait autour de trois objectifs spécifiques :

1. Offrir un environnement de travail sécurisé pour le personnel en minimisant les risques de violence physique et verbale ;
2. Fournir un soutien clair et structuré par des guides, politiques et formations adaptées pour renforcer les compétences du personnel ;
3. Assurer un environnement respectueux et sécuritaire pour les personnes soignées, grâce à la diffusion de règles de conduite claires et au rappel des comportements attendus.

L'approche participative et collaborative

Dès les premières étapes, il est apparu que l'amélioration de la sécurité bénéficierait à la fois au personnel et aux personnes soignées. L'implication active de toutes les parties prenantes, tant internes qu'externes, a donc été essentielle (voir Tableau 1). Les patients partenaires ont occupé une place centrale : trois d'entre eux ont participé activement à la conception et à l'implantation des solutions. En partageant leur expertise de la réalité sur le terrain, ils ont influencé des décisions clés telles que l'aménagement des espaces d'attente et l'ajustement du parcours patient.

Tableau 1. Les parties prenantes impliquées dans le projet

CATÉGORIE	PARTIES PRENANTES
Interne au CHUM	<ul style="list-style-type: none"> Directeurs adjoints (Direction des affaires médicales et universitaires et Directions services multidisciplinaires) Coordonnateur clinico-administratif et médical Infirmière-chef urgence Infirmier-chef toxicomanie Chefs de service (Service social, Accueil/admission, Santé et sécurité au travail) Chargée de projet Infirmière en pratique avancée de l'urgence Urgentologues Infirmiers, infirmières, préposés aux bénéficiaires, agents administratifs Patients partenaires Syndicats (FIQ, CSN) Commissaires locales aux plaintes Coordonnatrice locale des mesures d'urgence Conseillers (communication, bâtiment, enseignement) Bibliothécaire
Externe au CHUM	<ul style="list-style-type: none"> CIUSSS du Centre-Sud Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) Mission Old Brewery (organisme communautaire)

L'interdisciplinarité comme facteur clé de réussite

Le succès du projet repose sur une approche interdisciplinaire, impliquant urgentologues, personnel infirmier, préposés aux bénéficiaires, travailleurs sociaux, psychologues et gestionnaires. Cette collaboration a permis de développer des outils novateurs, tels qu'un script de communication pour les interactions difficiles (4), des affiches éducatives, ou encore l'intégration d'intervenants psychosociaux en salle d'attente grâce à un partenariat avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Image 2. Parcours dans l'urgence
Schéma visuel présentant les quatre étapes du cheminement en salle d'attente, numérotées et colorées, pour rendre le déplacement intuitif et réduire le sentiment d'attente.



© Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)

Solutions innovantes

Dans une perspective d'innovation et de mieux-être pour les personnes soignées, plusieurs initiatives ont été déployées à l'urgence du CHUM.

L'aménagement de la salle d'attente a été entièrement repensé afin de faciliter l'orientation et de réduire l'anxiété. Désormais, les espaces sont divisés en zones colorées correspondant aux différentes étapes du parcours patient (voir image 2). Cette signalisation intuitive permet aux personnes soignées de percevoir une progression claire dans leur épisode de soins, plutôt que de donner l'impression de revenir sur leurs pas.

Afin de mieux informer les personnes soignées, des supports visuels variés ont été ajoutés. Une infographie explique de manière simple et accessible le fonctionnement des cotes de priorité lors du triage (voir image 3), tandis que des affiches rappellent les droits et obligations des patients et visiteurs (voir image 4), ainsi que les règles de conduite à respecter dans ce milieu hautement sollicité. Les écrans dynamiques de la salle d'attente (CHUM TV) diffusent en continu des messages sur les étapes de la trajectoire patient, la politique de tolérance zéro face à la violence (voir image 5), ainsi que des solutions alternatives à l'urgence. Ces contenus, régulièrement actualisés, contribuent à instaurer un climat plus sécurisant et respectueux.

Image 3.

Cotes de priorité

Infographie expliquant l'Échelle canadienne de triage et la logique derrière l'attribution d'une cote de priorité, afin de favoriser la compréhension et la transparence auprès des personnes soignées et de leurs proches.

URGENCE CHUM

Cotes de priorité : signification et exemples

- P1 Vie en danger**
Prise en charge immédiate
État de choc, coma, etc.
- P2 Problème inquiétant pour la vie**
Prise en charge rapide
Fortes douleurs à la poitrine, difficulté à respirer, etc.
- P3 Problème qui ne menace pas votre vie**
Fracture, signes d'infection, etc.
- P4 Problème mineur**
Réaction allergique mineure, etc.
- P5 Problème non prioritaire**
Peut être dirigé vers une clinique médicale ou un CLSC
Signes d'infection urinaire, urticaire, etc.

© Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)

Image 4.

Droits, obligations et règles de conduite

Affichage synthétique détaillant les droits des patients, les obligations des visiteurs ainsi que les règles de conduite à respecter, contribuant à instaurer un climat de respect mutuel et de collaboration.

RÈGLES DE CONDUITE À L'URGENCE

Interdit de

- Prendre des photos ou des vidéos des usagers ou du personnel
- Se coucher sur le sol ou dans les toilettes
- Porter des armes
- Fumer ou vapoter
- Consommer de la drogue ou de l'alcool

Obligatoire de

- Utiliser un siège par personne maximum
- Respecter les consignes sanitaires
- Prendre soin du mobilier et du matériel de l'urgence

© Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)

Image 5.

Politique aucune violence tolérée

Message clair rappelant l'engagement institutionnel envers la sécurité et le respect, en soulignant qu'aucune forme de violence n'est tolérée dans les aires de soins.

AVIS À TOUS

Aucune violence verbale ou physique ne sera tolérée

et entraînera des conséquences allant de l'expulsion de l'établissement jusqu'à des poursuites judiciaires

CHUM

© Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)

Sur le plan clinique et organisationnel, d'autres mesures complémentaires ont vu le jour. Un formulaire électronique de débriefing post-code blanc, accessible via code QR, facilite la rétroaction rapide et structurée des équipes après un événement critique. Parallèlement, une formation ciblée sur la distanciation psychologique et émotionnelle a été développée pour outiller les soignants face aux situations difficiles. Enfin, l'embauche d'intervenants psychosociaux dédiés permet d'offrir un soutien immédiat et spécialisé aux personnes soignées, à leurs proches ainsi qu'aux équipes de soins.

Résultats

Après trois ans de mise en œuvre, les résultats obtenus sont particulièrement encourageants. Une diminution marquée des épisodes de violence verbale et physique a été observée, accompagnée d'un net renforcement du sentiment de sécurité parmi les équipes soignantes. Les formations déployées ont suscité un taux de satisfaction supérieur à 90 % parmi les 160 participants. Par ailleurs, l'intervenant psychosocial a réalisé 1 719 interventions directes en seulement sept mois, contribuant de manière

tangible à la gestion des comportements perturbateurs. Selon un sondage interne, 90 % du personnel infirmier considère que cette ressource facilite la prise en charge des personnes soignées vulnérables ou présentant des comportements difficiles. Enfin, la satisfaction globale du personnel concernant les mesures de prévention de la violence est passée de 45 % en décembre 2020 à 80 % en septembre 2022. Ces résultats, résumés dans la Figure 1, illustrent l'impact positif du projet tant sur la sécurité des équipes que sur l'expérience des personnes soignées.

Partage de l'innovation et perspectives d'avenir

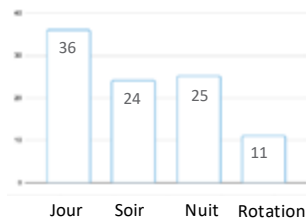
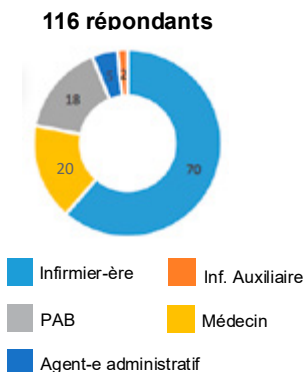
Le projet d'amélioration de la sécurité à l'urgence du CHUM n'est pas seulement un succès local, il a aussi généré un intérêt croissant au sein de la communauté des professionnels de la santé. Le Guide des pratiques de sécurité à l'urgence du CHUM, élaboré dans le cadre du projet, est désormais disponible en ligne et sert de ressource pour d'autres établissements désireux d'adopter des pratiques similaires. Ce guide présente non seulement les outils développés, mais aussi les leçons apprises au cours de l'implantation du projet.

Figure 1. Résultats du sondage « sentiment de sécurité physique et psychologique et suivis des formations » - comparatif 2020-2021 et 2022

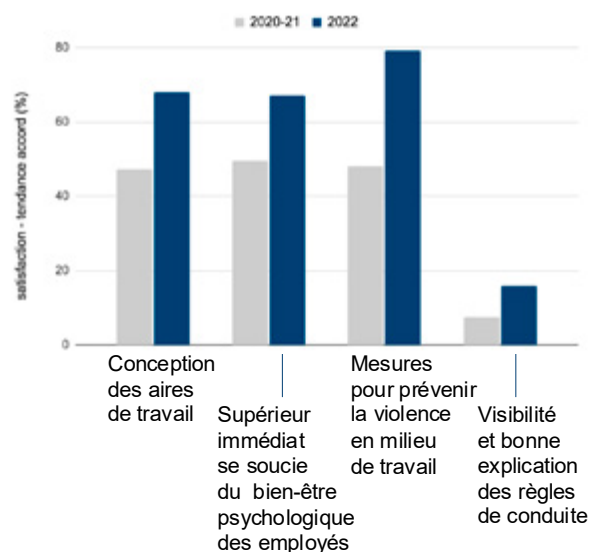
COMPARATIF DES RÉSULTATS 2020-2021 & 2022

Sondage « sentiment de sécurité physique et psychologique et suivis des formations – état de situation à l'urgence »

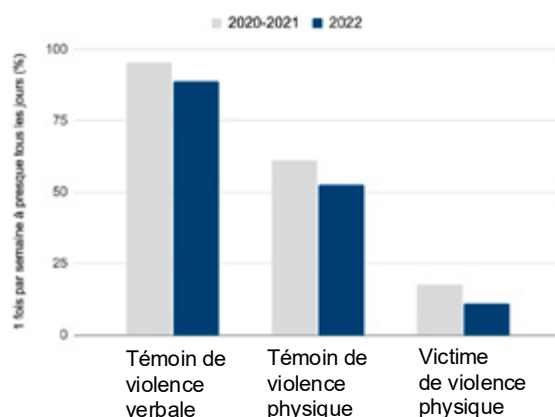
Section 1 - Informations socioprofessionnelles



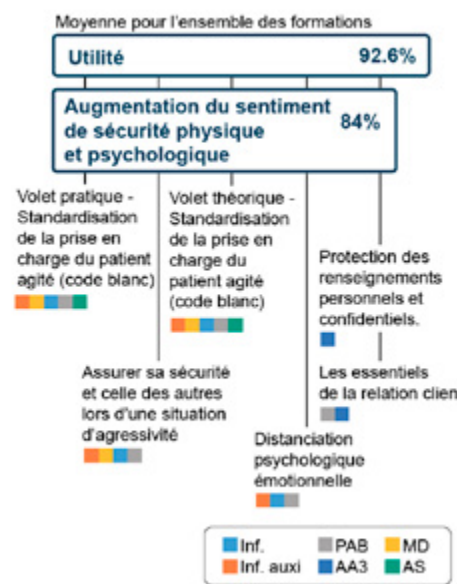
Section 2 - Perception environnement de travail



Section 3 - Expérience personnelle



Section 4 – suivi des formations



En cours de déploiement pour tous en fonction des titres d'emploi visés pour chaque formation.

Les formations sont vraiment géniales pour soit nous remettre à jour ou encore nous apprendre de nouvelles choses ! Elles sont indispensables et très intéressantes !

Des formations adaptées à la réalité de l'urgence.

Le projet a été présenté à plusieurs congrès spécialisés, notamment lors du congrès de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIUQ) en mai 2023, ainsi qu'au congrès du Conseil international des infirmières en juillet 2023. L'objectif est de partager l'approche interdisciplinaire du CHUM et d'inspirer d'autres établissements à adopter des démarches similaires. De plus, l'ensemble du personnel a été formé aux nouveaux outils et les formations ont été intégrées au programme d'orientation des nouveaux employés.

Une nouvelle initiative en 2025: les agents de pacification et d'intervention

Au début de l'année 2025, l'équipe de l'urgence a constaté une recrudescence des épisodes de violence, particulièrement dans la salle d'attente et à l'aire du triage. Pour répondre à cette problématique, un projet pilote a été mis en place, misant sur la présence de deux agents de pacification et d'intervention (API) entre 18 h et 6 h, sept jours sur sept. Le mandat des API repose sur trois volets : assurer le respect des consignes, intervenir en cas de conflits ou d'incidents de sécurité, et prévenir les situations à risque par une présence proactive et visible dans la salle d'attente.

Après seulement deux mois de déploiement, les premiers résultats se sont révélés particulièrement encourageants. À la question : « Sur une échelle de 1 à 10, comment décririez-vous la salle d'attente comme milieu de travail sécuritaire ? » (1 = pas sécuritaire du tout, 10 = très sécuritaire), la moyenne des réponses est passée de 2,62/10 avant l'implantation du projet à 7,29/10 après. Ces résultats démontrent le potentiel de cette initiative et confirment que la prévention de la violence à l'urgence nécessite une actualisation et un renforcement continus des stratégies de sécurité.

Conclusion

Le projet d'amélioration de la sécurité à l'urgence du CHUM est un modèle de réussite dans la gestion des comportements difficiles et la création d'un environnement de travail plus sûr pour le personnel soignant. Grâce à une approche interdisciplinaire, un engagement fort des parties prenantes, et l'intégration de solutions innovantes et pratiques, ce projet a permis d'améliorer significativement tant la sécurité du personnel que l'expérience des personnes soignées. Dans cette même perspective, l'implantation récente d'un projet pilote avec des API confirme la pertinence de poursuivre et d'actualiser les stratégies de prévention.

En somme, les résultats obtenus montrent l'importance d'une approche globale et collaborative pour répondre aux défis contemporains des services d'urgence. Le projet constitue une référence pour d'autres institutions qui cherchent à améliorer la sécurité et la qualité des soins tout en préservant le bien-être de leurs équipes et des personnes soignées. 🌟

LES AUTEURES

Lula Ahmed-Shire
inf., M.Sc.

Cheffe de service – Développement de la compétence, Direction des soins infirmiers, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

lula.ahmed.shire.chum@sss.gouv.qc.ca

Lucie Scherer
inf., B. Sc., CSU(C)

Infirmière clinicienne urgence, Direction des affaires médicales et universitaires, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

SOUTIEN FINANCIER

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

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Il est toutefois à noter qu'elles sont toutes deux employées du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

RÉFÉRENCES

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). S'allier devant l'itinérance : Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026. Gouvernement du Québec; 2021. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-846-01W.pdf>
2. McGuire SS, Gazley B, Majerus AC, Mullan AF, Mullan, CM. Impact of the COVID-19 pandemic on workplace violence at an academic emergency department. *Am J Emerg Med.* 2022 ;60, 64-9. doi:10.1016/j.ajem.2022.07.004
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Rapport annuel de gestion 2023-2024 du ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec; 2024. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/rapport-annuel-de-gestion/RA_24-102-01W_MSSS.pdf
4. Foley, A. Talking the talk in triage. *J Emerg Nurs.* 2011 ;37(2), 205-6. doi:10.1016/j.jen.2010.11.009
5. Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. Les risques psychosociaux liés au travail : Statistiques 2019-2023. CNEST; 2025. <https://www.cnest.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/statistiques-risques-psychosociaux-travail.pdf>



Implantation de l'Échelle de triage et de gravité (ÉTG) 2024 dans un contexte de transition technologique: défis et stratégies d'adaptation

par **Pierre-Luc Tremblay et Melanie Bouchard**

L'implantation de l'Échelle de triage et de gravité (ÉTG) 2024 dans les urgences du Québec s'effectue dans un contexte de transition technologique où plusieurs systèmes informatiques ne peuvent être mis à jour à court terme. Malgré ces contraintes, des stratégies concrètes ont été mises en place pour soutenir le personnel infirmier au triage: formations ciblées, aide à la décision électronique et aide-mémoire clinique. Cet article présente les principaux ajouts et changements de priorités de triage pour diverses raisons de consultation à l'urgence. Ces changements visent à soutenir une pratique clinique uniforme, sécuritaire et adaptée aux réalités du terrain.

La publication de la nouvelle version de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) en 2024 marque une étape importante dans l'évolution des pratiques de triage au Québec et au Canada. Toutefois, son implantation se heurte à une réalité terrain complexe: la coexistence de multiples plateformes technologiques, dont certaines ne seront pas mises à jour à court terme.

L'ÉTG 2024 dans un système en mutation: entre contraintes et solutions

Un environnement technologique et humain en transition D'ici les prochains mois, deux établissements amorceront le déploiement du Dossier santé numérique (DSN), avec la version 2016 de l'ÉTG. L'ÉTG 2024 n'a pas pu être intégrée dans la version actuelle du DSN, considérant le délai entre la publication et le déploiement du système. Par ailleurs, les systèmes actuellement utilisés dans les urgences québécoises (MedUrge, SIURGE et Stat-Urge) ne seront pas mis à jour, principalement en raison des coûts élevés et de l'arrivée progressive du DSN à l'échelle provinciale.

Des changements incontournables malgré tout

Bien que les systèmes d'information actuellement utilisés à l'urgence ne puissent être mis à jour, certains éléments de l'ÉTG 2024 doivent impérativement être appliqués dès maintenant par le personnel infirmier au triage. Ces ajustements visent à assurer une priorisation adéquate des personnes et à maintenir l'uniformité des pratiques à travers le réseau.

Stratégies d'implantation adaptées aux réalités locales

Afin de soutenir l'implantation des changements, des stratégies communes sont proposées à l'ensemble des urgences, peu importe leur capacité à modifier localement leurs systèmes, soit :

- Formations comprenant notamment les nouveautés de l'ÉTG 2024, adaptées aux réalités cliniques;
- Aide à la décision électronique disponible à la suite de la formation ÉTG offerte par l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ);
- Aide-mémoire clinique pour soutenir la prise de décision rapide au triage.

La Direction des services d'urgence (DSU) de Santé Québec a préparé un aide-mémoire synthétisant les principaux changements apportés à l'ÉTG 2024. Cet outil, conçu pour être utilisé dans toutes les urgences comme référence rapide, sera diffusé à l'ensemble des gestionnaires d'urgence du Québec dès sa publication. En attendant l'arrivée provinciale du DSN, les stratégies de soutien mentionnées ci-dessus sont essentielles pour assurer une application rigoureuse de l'ÉTG 2024.

Ce qui change avec l'ÉTG: nouveautés et ajustements clés

De nombreuses raisons de consultation ainsi que certains modificateurs primaires ou spécifiques à la raison de consultation ont vu leur priorité attribuée changer à la suite de la révision 2024 de l'ÉTG. Le Tableau 1 met en évidence certains de ces changements qui peuvent avoir un impact immédiat dans votre pratique clinique à l'urgence.

Certains changements peuvent susciter davantage de questionnement par le personnel infirmier d'urgence. Ces principaux changements sont expliqués dans les prochaines sections en fonction de la littérature disponible au moment de la prise de décision conjointe par l'Association nationale des infirmières et infirmiers d'urgence (ANIU) et l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU).

Tableau 1. Ajout de modificateurs aux raisons de consultation selon l'ÉTG 2024

MODIFICATEURS	PRIORITÉ
Toutes clientèles	
Cardiovasculaire	
Douleur rétrosternale atypique avec présentation suspecte	2
Antécédents récents de palpitations OU de rythme cardiaque irrégulier, actuellement asymptomatique	4
ORL	
Écoulement de liquide OU de sang par le nez ou les oreilles	2
Gastro-intestinal	
Antécédents d'anévrisme de l'aorte abdominale avec nouveaux symptômes	2
Général et mineur	
Glycémie capillaire supérieure à 14 mmol/L : symptomatique*	2
Glycémie capillaire supérieure à 14 mmol/L : asymptomatique*	3
Dispositif médical à haut risque (p. ex., cardiostimulateur/défibrillateur implanté, pompe à insuline, ventilateur respiratoire)	2
Dispositif médical à risque modéré (p. ex., dispositif d'accès veineux central, sonde d'alimentation, cathéter urinaire)	3
Orthopédie	
Plâtre serré avec compromis neurovasculaire	2
Clientèle pédiatrique	
Gastro-intestinal	
Ictère - Nourrisson âgé de 30 jours ou moins	2
Téguments	
Risque d'infection cutanée des tissus profonds	2
Neurologie	
Absence de tonus musculaire, incapacité à soutenir la tête	1
Tonus musculaire limité/inférieur à celui attendu	2
Général et mineur	
Cri aigu OU incapacité à suivre un objet avec les yeux OU traumatisme crânien potentiel OU fontanelle(s) bombée(s) et bondissante(s)	1

*modification de la valeur

Source : ÉTG (2024), document non publié

Principaux changements

Les changements expliqués ci-bas ne sont qu'une partie des nombreux changements effectués à la dernière mise à jour de l'ÉTG. Pour les fins de cet article, seules quelques références, qui soutiennent ces modifications, sont décrites de façon succincte. Tous les changements proposés par le comité de triage de l'ANIIU ont reçu l'aval du comité conjoint de l'ANIIU et de l'ACMU.

Traumatologie

Agressions sexuelles

Les agressions sexuelles constituent une problématique majeure de santé publique, nécessitant une prise en charge rapide, adaptée et empreinte de compassion dans les milieux d'urgence. Afin de répondre adéquatement et permettre aux processus médico-légaux de se faire le plus rapidement possible, toute agression sexuelle ayant eu lieu dans les 7 derniers jours ou toute situation où la victime présente une détresse évidente ou signalée doit être assignée à la priorité 2. Lorsque l'agression date de plus de 7 jours, l'ÉTG recommande une priorité 3. Ces délais ont été modifiés par rapport à la version précédente de l'ÉTG puisque le délai de prélèvements pour effectuer une trousse médico-légale est de 5 jours au Québec (1) et varie d'une province à l'autre. Toute agression sexuelle chez la clientèle pédiatrique, peu importe le délai depuis l'agression, est une priorité 2 et doit être signalée immédiatement à la direction de la protection de la jeunesse. Pour plus de détails, consultez la page *Enfant maltraité ou victime d'abus sexuel* (2) du Guide de gestion des urgences.

Chutes

Pour la clientèle gériatrique, les cas de chute de leur hauteur sont désormais considérés comme des priorités 2, ce qui constitue un changement important. La raison principale de ce changement réside dans le fait que la population gériatrique, dont la définition varie entre plus de 55 ans à plus de 75 ans selon les études, est plus à risque de développer des complications sévères que les personnes plus jeunes pour des mêmes traumatismes à faibles vitesses, tels que les chutes de leur hauteur (3).

Saignement ou traumatismes avec prise d'antiplaquettaires

Auparavant, seules les affections telles que l'hémophilie, la déficience en facteur Von Willebrand ou du facteur V de Leiden et les anticoagulants étaient considérés pour attribuer le modificateur relié aux saignements en contexte de trouble de coagulation. Cependant, plusieurs études montrent que certains antiplaquettaires tels que l'acide acétylsalicylique (ASA), le clopidogrel ou leur équivalent peuvent augmenter le risque de saignement en contexte de traumatisme (3). De façon plus précise, la combinaison d'antiplaquettaire ou de clopidogrel montrent un risque plus élevé de saignement que l'ASA seule selon une méta-analyse récente (4). Cependant, les données sont souvent hétérogènes dans les études recensées et l'information, dans une perspective de triage à l'urgence, est difficile à obtenir complètement. La décision a donc été prise dans ce contexte et sera réévaluée lors des prochaines mises à jour en fonction des données disponibles.

Strangulation

La strangulation a été ajoutée comme raison de consultation dans la nouvelle version de l'ÉTG. En effet, la strangulation est la principale cause de décès dans les féminicides commis par les partenaires intimes selon l'Observatoire canadien du féminicide pour la justice et la responsabilisation (5). De plus, près de 10%

des survivantes d'agressions sexuelles ou de violence conjugale avaient subi une tentative de strangulation (6). En raison de sa gravité et du risque élevé de complications, une agression par strangulation doit être classée priorité 2.

Trauma cervical

Un autre changement notable de la nouvelle version de l'ÉTG concerne le traumatisme cervical, désormais précisé en s'attachant aux critères des *Canadian C-Spine Rule* (7) et du *Nexus* (8). Un traumatisme cervical accompagné d'une incapacité à se déplacer, d'une difficulté à s'asseoir ou à tourner la tête doit être une priorité 2. De même si une sensibilité ou une douleur médiane cervicale est présente. Ces critères cliniques justifient une immobilisation immédiate ou un maintien de celle-ci, et la réalisation d'une radiographie cervicale avant de retirer l'immobilisation spinale.

Système respiratoire

La nouvelle version de l'ÉTG intègre désormais l'échelle PRAM (*Paediatric Respiratory Assessment Measure*), un outil clinique validé permettant d'évaluer la sévérité de la détresse respiratoire chez les enfants âgés de 2 à 17 ans présentant une exacerbation d'asthme aiguë (9). Le score PRAM, basé sur cinq critères cliniques, permet une évaluation rapide et objective (voir Tableaux 2 et 3).

Tableau 2. Codification du score PRAM

PARAMÈTRES	DESCRIPTION	SCORE
Saturation en oxygène	Supérieure ou égale à 95%	0
	92 à 94%	1
	Inférieure à 92%	2
Tirage sus-sternal	Absent	0
	Présent	2
Contraction des muscles scalènes	Absente	0
	Présente	2
Murmure vésiculaire (MV)	Normal	0
	Diminué à la base	1
	Diminué à l'apex et à la base	2
Sibilances	Minimal ou absent	3
	Absentes	0
	Expiratoires seulement	1
	Inspiratoires (avec ou sans expiratoires)	2
	Audibles sans stéthoscope ou absentes (MV minimal ou absent)	3

Tableau adapté de : (9)

Tableau 3. Interprétation de la sévérité de la crise d'asthme et priorité de triage

Score PRAM	0 à 3	4 à 7	8 à 12
Niveau de sévérité	Légère	Modérée	Sévère
Priorité de triage	3	2	1

Tableau adapté de : (9)

À noter que la présence de stridor, auquel cas le score PRAM ne peut s'appliquer, nécessite l'attribution d'un niveau de priorité 2 en raison du risque d'obstruction des voies respiratoires supérieures. Il importe que le personnel infirmier à l'urgence sache différencier ces deux types de sons respiratoires. L'utilisation de l'échelle PRAM nécessite également une coordination interdisciplinaire et une formation pour s'assurer de l'homogénéité des évaluations.

Corps étrangers

Les cotes de triage pour tous les cas de corps étrangers de type pile bouton ont été revues à la hausse. Lorsqu'une pile bouton est localisée dans le système digestif, les voies aériennes ou les muqueuses y compris le nez, et que des symptômes sont présents, une priorité 1 doit être appliquée, alors qu'en l'absence de symptômes, une priorité 2 est indiquée.

De plus, lorsqu'un objet est inséré de force ou lorsqu'il est impossible de le retirer du vagin, une priorité 2 doit être appliquée. Finalement, en cas d'ingestion ou d'insertion de plus d'un aimant ou lorsque la quantité est inconnue, une priorité minimale de 3 doit être attribuée.

Signes vitaux

Hypothermie

L'ÉTG 2024 apporte une mise à jour concernant l'hypothermie. Toute personne présentant une température basse avec une histoire d'exposition au froid ou manifestant des signes d'hypothermie, doit se voir attribuer une cote de priorité 2, puisqu'il est raisonnable de croire que la température centrale sera basse et qu'il importe d'éviter des délais de prise en charge.

Hyperthermie

Pour la clientèle pédiatrique, la révision de l'ÉTG 2016 (10) a modifié les âges pour la fièvre, passant de 3 à 36 mois vers 3 à 18 mois (voir Tableau 4). La raison sous-jacente de ce changement est que la couverture vaccinale s'est améliorée chez cette clientèle et que les principales maladies évitables par la vaccination sont couvertes par les protocoles vaccinaux à 18 mois (10).

Tableau 4. Fièvre chez la clientèle pédiatrique de 3 à 18 mois

ÉTAT GÉNÉRAL	PRIORITÉ
Paraît malade	2
Paraît bien	3

Source : (10)

Pour toutes les clientèles, lorsqu'il y a absence de transpiration accompagnée d'hyperthermie ou lors d'hyperthermie supérieure à 41°C, une priorité 1 est de mise. Lorsque la personne présente une hyperthermie entre 39°C et 41°C, la cote de priorité 2 est indiquée. Ceci concorde avec la définition d'hyperthermie largement utilisée de Bouchama et Knochel (11). L'absence de sudation en présence d'une hyperthermie a été ajoutée pour prendre en charge rapidement les personnes dont le principal mécanisme de thermorégulation n'est plus présent (12,13).

Instabilité hémodynamique

Chez la clientèle adulte, une tachycardie supérieure à 120 battements par minute, en l'absence de cause évidente telle qu'un effort physique récent, ou une hypotension avec une tension artérielle systolique (TAS) inférieure à 80 mmHg, devrait être considérée comme une priorité de triage de niveau 2. La valeur

de la fréquence cardiaque de plus de 120 battements par minute chez l'adulte concorde avec le stade III de choc hypovolémique proposé par l'*American College of Surgeons* (ACS) dans leur 10^e édition de l'*Advanced Trauma Life Support* (ATLS) (14). Pour la valeur de 80 mmHg de TAS, il s'agit d'une continuité du choix précédemment expliqué pour illustrer objectivement la définition du compromis hémodynamique qui comprend les éléments suivants : « perfusion limitée ; tachycardie ou bradycardie inexplicquée, hypotension orthostatique (selon antécédents) ou suspicion d'hypotension (tension artérielle inférieure à la normale ou à la tension artérielle attendue pour le patient) » (15). Puisque la valeur normale de la personne soignée est souvent méconnue du personnel au triage et de la personne elle-même, la valeur de 80 mmHg représente une valeur qui, dans la grande majorité des cas, sera sous la valeur normale de tension artérielle de la personne soignée. Cette valeur correspond également au stade III de choc hypovolémique de l'ACS (14), mais aussi considéré comme une valeur significative par d'autres outils cliniques comme l'échelle *National Early Warning Score* (NEWS) (16) ou le *Modified Early Warning Score* (MEWS) (17). Pour la clientèle pédiatrique, il faut utiliser des références de signes vitaux validées (18,19).

Fragilité

La fragilité a été ajoutée comme facteur modificateur pour la population adulte lors de la révision 2016 de l'ÉTG. La plus récente révision amène certains ajustements. En raison de leur vulnérabilité accrue aux diverses maladies transmissibles, une cote de triage de niveau 2 doit être appliquée pour les nouveau-nés de 7 jours ou moins incluant ceux nés prématurément (< 37 semaines) avec un âge corrigé de moins de 3 mois, peu importe la raison de consultation. Ce choix a été pris afin d'assurer la prise en charge rapide des nouveau-nés en raison des symptômes qui sont souvent non spécifiques à cet âge. Chez la clientèle adulte et pédiatrique qui présente des signes de fragilité, par exemple les personnes atteintes de troubles neurocognitifs ou celles en situation d'handicap physique, une cote de priorité 3 peut être appliquée, puisque la littérature démontre que les temps d'attente prolongés entraînent davantage de conséquences néfastes pour ces clientèles (10). L'utilisation d'outils cliniques probants, tel que l'échelle de fragilité clinique (20) pour appuyer le jugement clinique peut aussi être utile.

Obstétrique

Les femmes enceintes de 20 semaines et plus, ou jusqu'à environ 6 semaines post-partum, doivent être priorisées au triage en cas d'hypertension en raison des risques obstétricaux graves associés (voir Tableau 5).

Tableau 5. Hypertension artérielle chez la clientèle obstétricale

	PRIORITÉ 2	PRIORITÉ 3
Tension artérielle systolique	> 160 mmHg	> 140 mmHg
Tension artérielle diastolique	> 100 mmHg	> 90 mmHg

Source : (21)

Une TAS supérieure à 160 mmHg ou une tension artérielle diastolique (TAD) supérieure à 100 mmHg justifie une classification de priorité 2, en raison du risque élevé de prééclampsie sévère ou de menace d'éclampsie, pouvant compromettre la vie de la mère et du fœtus. Lorsque la TAS dépasse 140 mmHg ou la TAD dépasse 90 mmHg, une classification de priorité 3 est appropriée, car ces

valeurs peuvent indiquer une hypertension gestationnelle nécessitant une évaluation médicale dans un délai raisonnable. Enfin, lorsqu'un souci pour le bien-être global de la personne soignée est présent, qu'il soit physique, psychologique ou émotionnel, une priorité 3 doit également être assignée, conformément à une approche centrée sur la personne. Ces changements ont été apportés, en autres, dans un souci d'harmonisation avec le triage obstétrical (OTAS) (21) considérant que tous les départements d'urgence n'ont pas nécessairement une trajectoire déterminée pour cette clientèle et ainsi s'assurer d'une prise en charge adéquate.

Conclusion

L'implantation de l'ÉTG 2024 dans les services d'urgence du Québec s'inscrit dans une dynamique de transition technologique et organisationnelle, dans un contexte marqué par des contraintes budgétaires. L'absence de mise à jour des systèmes existants complexifie l'uniformisation des pratiques. Malgré ces défis, des stratégies transversales devront être mises en place.

Parmi les principaux changements apportés par l'ÉTG 2024, on note une révision des priorités de triage pour plusieurs raisons de consultation, incluant les douleurs thoraciques atypiques, les anomalies de glycémie, les corps étrangers, les problèmes liés aux dispositifs médicaux et plusieurs cas pédiatriques. S'ajoutent à cela divers ajouts et ajustements en traumatologie, notamment pour les agressions sexuelles, les chutes chez les personnes âgées, la strangulation et les traumatismes cervicaux, de même que l'intégration du score PRAM pour évaluer la détresse respiratoire chez les enfants. Enfin, des modifications ont été apportées aux cotes de triage concernant les signes vitaux (p. ex., hypo/hyperthermie, instabilité hémodynamique), la fragilité et certaines situations obstétricales. Cette démarche collective, fondée sur la mobilisation des équipes cliniques, reflète une volonté commune d'améliorer la qualité et la sécurité des soins d'urgence. 📌

LES AUTEUR.ES

Pierre-Luc Tremblay
inf., M. Sc.

Professeur clinicien en soins critiques, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières (UQAR)
Membre du comité de triage de l'ANIU et maître-instructeur de l'ÉTG
pierre-luc.tremblay.ciissme16@sss.gouv.qc.ca

Melanie Bouchard
inf., B. Sc.

Coordonnatrice stratégique par intérim, Direction des services d'urgence, Santé Québec
melanie.bouchard@sante.quebec

SOUTIEN FINANCIER

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

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les auteur.es déclarent ne posséder aucun conflit d'intérêts. Il est toutefois à noter que Pierre-Luc Tremblay a été impliqué dans les travaux sur la mise à jour de l'ÉTG.

RÉFÉRENCES

- Gouvernement du Québec. Protocole d'intervention médicosociale : organisation des services et grandes lignes de l'intervention. Santé et services sociaux Québec ; 2011.
- Direction des services d'urgences. Guide de gestion des urgences. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2025. <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-pediatrie/enfant-maltraite-ou-victime-d-abus-sexuel/>
- American College of Surgeons Trauma Programs. Best practices guidelines - Geriatric trauma management. 2023. <https://www.facs.org/media/ubj2ubl/best-practices-guidelines-geriatric-trauma.pdf>
- Mathieu F, Malhotra AK, Ku JC, Zeiler FA, Wilson JR, Pirouzmand F, Scales DC. Pre-injury antiplatelet therapy and risk of adverse outcomes after traumatic brain injury : A systematic review and meta-analysis. *Neurotrauma Rep.* 2022 ;3(1):308-20. doi : 10.1089/neur.2022.0042
- Battered women's support services. No safe word : How strangulation crosses the line in intimate encounters. 2025. <https://www.bwss.org/no-safe-word-how-strangulation-crosses-the-line-in-intimate-encounters/>
- MacDonald Z, Eagles D, Yadav K, Muldoon K, Sampsel K. Surviving strangulation : Evaluation of non-fatal strangulation in patients presenting to a tertiary care sexual assault and partner abuse care program. *CJEM.* 2021 ;23(6):762-6. doi : 10.1007/s43678-021-00176-x
- Stiell IG. The Canadian C-Spine rule for radiography in alert and stable trauma patients. *JAMA.* 2001 ;286(15):1841. doi : 10.1001/jama.286.15.1841
- Hoffman JR, Schriger DL, Mower W, Luo JS, Zucker M. Low-risk criteria for cervical-spine radiography in blunt trauma : A prospective study. *Ann Emerg Med.* 1992 ;21(12):1454-60. doi : 10.1016/s0196-0644(05)80059-9
- Ducharme FM, Chalut D, Plotnick L, Savdie C, Kudirka D, Zhang X, Meng L, McGillibray D. The pediatric respiratory assessment measure : A valid clinical score for assessing acute asthma severity from toddlers to teenagers. *J Pediatr.* 2008 ;152(4):476-80, 480. e1. doi : 10.1016/j.jpeds.2007.08.034
- Bullard MJ, Musgrave E, Warren D, Unger B, Skeldon T, Grierson R, van der Linde E, Swain, J. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines 2016. *CJEM.* 2017 ;19(S2):S18-27. doi : 10.1017/cem.2017.365
- Bouchama A, Knochel JP. Heat Stroke. *N Engl J Med.* 2002 ;346(25):1978-88. doi : 10.1056/NEJMr011089
- Epstein Y, Yanovich R. Heatstroke. *N Engl J Med.* 2019 ;380(25):2449-59. doi : 10.1056/NEJMr1810762
- Garcia CK, Renteria LI, Leite-Santos G, Leon LR, Laitano O. Exertional heat stroke : pathophysiology and risk factors. *BMJ medicine.* 2022 ;1(1):e000239. doi : 10.1136/bmjmed-2022-000239
- American College of Surgeons. ATLS ® student course manual. 10^e éd. 2018.
- Murray M, Bullard M, Grafstein E. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale implementation guidelines. *CJEM.* 2004 ;6(06):421-7. doi : 10.1017/S1481803500009428
- Smith GB, Prytherch DR, Meredith P, Schmidt PE, Featherstone PI. The ability of the National Early Warning Score (NEWS) to discriminate patients at risk of early cardiac arrest, unanticipated intensive care unit admission, and death. *Resuscitation.* 2013 ;84(4):465-70. doi : 10.1016/j.resuscitation.2012.12.016
- Morgan R, Williams F, Wright M, Morgan RJ, Williams F, Wright MM. An early warning scoring system for detecting developing critical illness. *Clin Intensive Care.* 1997 ;8(2).
- Bullard MJ, Chan T, Brayman C, Warren D, Musgrave E, Unger B, members of CTAS National Working Group. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) guidelines. *CJEM.* 2014 ;16(6):485-9. doi : 10.1017/S148180350000350X
- Fleming S, Thompson M, Stevens R, Heneghan C, Plüddemann A, Maconochie I, Tarassenko L, Mant D. Normal ranges of heart rate and respiratory rate in children from birth to 18 years of age : A systematic review of observational studies. *Lancet.* 2011 ;377(9770):1011-8. doi : 10.1016/S0140-6736(10)62226-X
- frailty in elderly people. *Can Med Assoc J.* 2005 ;173(5):489-95. doi : 10.1503/cmaj.050051
- Smithson DS, Twohey R, Rice T, Watts N, Fernandes CM, Gratton RJ. Implementing an obstetric triage acuity scale : Interrater reliability and patient flow analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2013 ;209(4):287-93. doi : 10.1016/j.ajog.2013.03.031

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'AIUQ



NOS COLLABORATEURS



AIUQ





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, 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 1000\$);
- Adhésion gratuite de 1 an à la NENA;
- 30% de rabais sur l'abonnement annuel à l'application mobile EZResus;
- Des rabais avantageux dans les Strøm spa nordique;
- Possibilité de recevoir la revue *Soins d'urgence* en format papier.

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