

# TRIAGE

Programme de formation des  
urgences du CISSS des  
Laurentides

DSIEC-DAPP

Mai 2019



## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- Désordres Neurologiques
- Triage ophtalmique
- Trauma oculaire
- Désordres respiratoires
- Désordres ORL
- Désordres cardiaque
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- Désordres tégumentaires et allergiques
- Musculo-squelettiques
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- Signes de chocs
- Prévention et contrôle des infections
- Santé mentale
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- Documentation
- Comité triage

## Objectifs de la formation

- Le rôle professionnel et les caractéristiques personnelles de l'infirmière au triage
- L'origine et l'objectif du triage
- Les différents processus de base au triage
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Améliorer les compétences évaluatives
- Prioriser selon l'ÉTG
- Orienter vers la bonne aire de traitement
- Connaître et appliquer les ordonnances collectives
- Connaître les références possible à partir du triage
- Uniformiser la pratique en lien avec le logiciel de votre établissement
- Connaître ce qu'est l'EQTPT

# Rôles et responsabilités

## CISSS des Laurentides

### CODE D'ÉTHIQUE ET DE CIVILITÉ

#### Valeurs organisationnelles

- ❖ Respect
- ❖ Intégrité
- ❖ Collaboration
- ❖ Bienveillance
- ❖ Engagement



#### Les droits de l'utilisateur

- ❖ Au respect
- ❖ De recevoir des services sécuritaires et de qualité
- ❖ À des services accessibles et de continuité
- ❖ À l'information et à la confidentialité
- ❖ De participer aux décisions
- ❖ Au consentement
- ❖ À l'assistance, à la représentation et à l'accompagnement



# L'INFIRMIÈRE AU TRIAGE

## Buts du triage

- Déterminer le degré de priorité des usagers
- Déterminer le délai souhaitable entre l'arrivée de l'utilisateur et l'évaluation médicale
- Repérer rapidement les usagers qui nécessitent une intervention urgente

## Attentes ministérielles

- 1<sup>er</sup> contact entre l'infirmière et l'utilisateur : **10 minutes**
- Le triage est sous la responsabilité de l'infirmière
- Réévaluer l'état de l'utilisateur lorsque les délais d'attente se prolongent
- Ajuster le niveau de priorité, le cas échéant
- Respecter les délais de traitement pour les états de santé le requérant, notamment:
  - **AVC**
  - **Infarctus**
  - **Sepsis**

# Compétences

L'infirmière représente l'organisation pour laquelle elle travaille ainsi que sa profession:

- Savoir (le cognitif)
- Savoir-être (affectif)
- Savoir-agir (psychomoteur)
- Techniques efficaces d'entrevue
- Bon sens de l'observation
  - Informations verbale, paraverbale et non verbale
- Relation thérapeutique

## Clientèle particulière

« Les usagers ne sont pas toujours aussi bien qu'ils ne le semblent et ils ne sont pas toujours aussi malades qu'ils ne le croient »

Que pensez-vous de cette affirmation?

## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- **Le triage**
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- Désordres Neurologiques
- Triage ophtalmique
- Trauma oculaire
- Désordres respiratoires
- Désordres ORL
- Désordres cardiaque
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- Désordres tégumentaires et allergiques
- Musculo-squelettiques
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- Signes de chocs
- Prévention et contrôle des infections
- Santé mentale
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- Documentation
- Comité triage

# LE TRIAGE

# Un peu d'histoire

- 1994 - National Triage Scale en Australie
- 1995 - CAEP Triage and Acuity Scale au Canada
- 1999 - CTAS/ Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ÉTG)
- 2001 - Ajout de l'ÉTG pédiatrique
- 2002 – Initiation des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon les ordonnances collectives.
- 2004 – Révision complète de l'ÉTG applicable aux adultes
- 2003 & 2008 – Liste des raisons de consultation du SIGDU
- 2008 - Révision ÉTG adulte et pédiatrique, basé sur les modificateurs de 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> ordre





# Qu'est-ce que le triage?

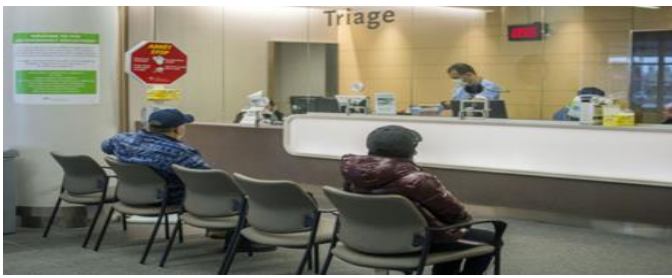
La définition du National Emergency Nurses Affiliation (NENA) est :  
« un processus de tri qui utilise la pensée critique et qui permet aux infirmières d'expérience de rapidement évaluer les patients à leur arrivée à l'urgence afin de :

1. Évaluer et déterminer la gravité des raisons de consultation
2. Attribuer aux patients un niveau de priorité au triage
3. Attribuer l'air de traitement adéquat au patient
4. Attribuer de façon effective et efficiente les ressources humaines appropriées du réseau de la santé ».

**Attention** : ce n'est pas un diagnostic médical

## Pourquoi utiliser l'ÉTG?

1. Se conformer au standard canadien de l'ETG pour la priorisation et le suivi de l'utilisateur en attente de prise en charge à l'unité d'urgence
2. Se conformer à la prise de position conjointe de l'OIIQ et du CMQ sur la pratique du triage à l'unité d'urgence de 2000
3. Développer une pratique clinique conforme aux perspectives de l'exercice en soins infirmiers et aux standards du National Emergency Nurses Association (NENA)
4. Fins de statistiques : aider à voir aux ressources à mettre en place pour répondre à la demande



## Procédure de fonctionnement du triage

1. Prendre un numéro
2. Voit une infirmière avant une secrétaire
3. Voit l'infirmière pour une évaluation brève
  - Usager évalué dans un délai de moins de 10 minutes
4. Voit l'infirmière pour une évaluation complète
5. Ouverture du dossier par la secrétaire
6. Réévaluation faite lorsque les délais d'attente sont dépassés, ou si vous le jugez nécessaire selon la condition clinique de l'utilisateur
7. Informer l'utilisateur en tout temps de votre disponibilité, et qu'il revienne vous voir si son état change.

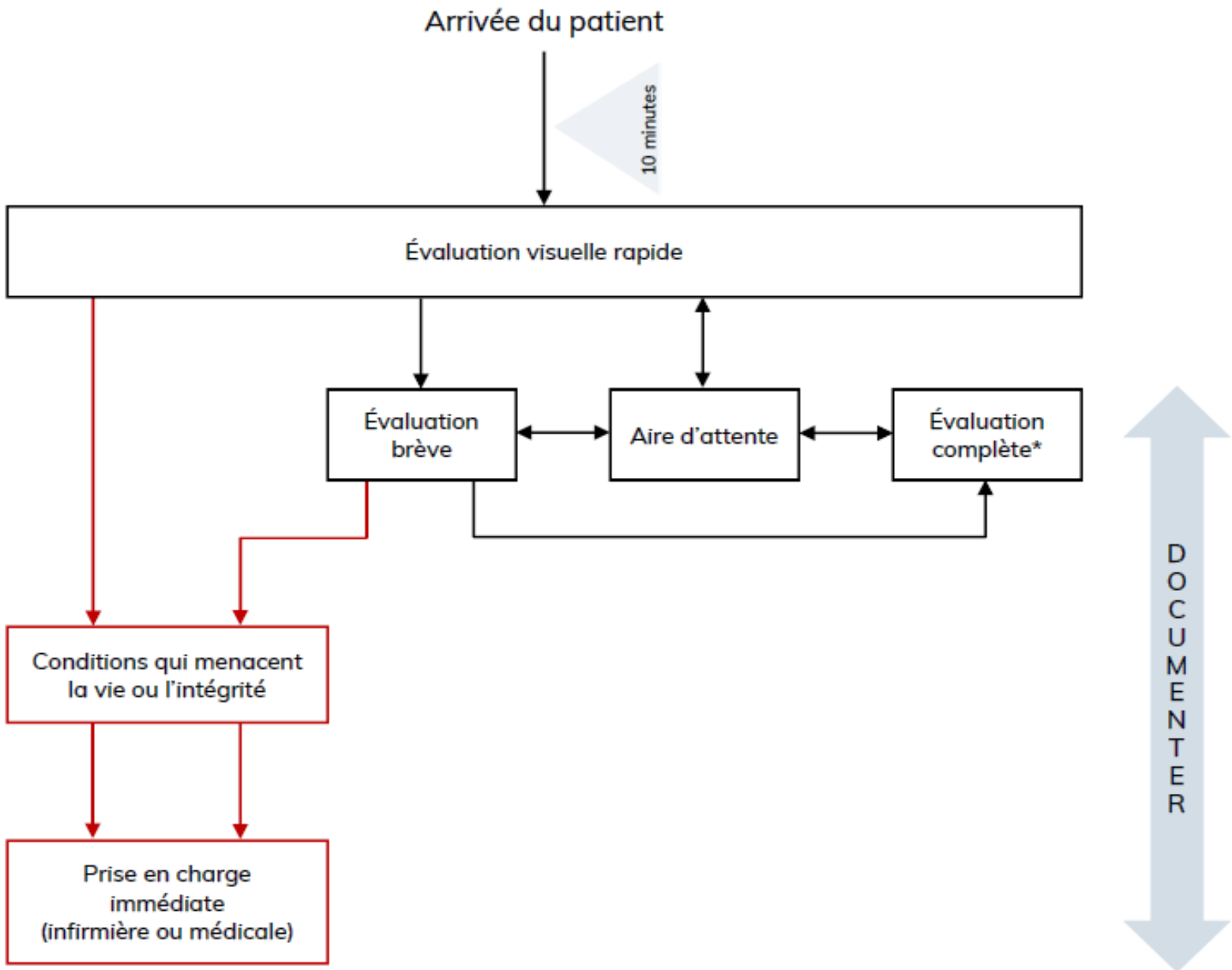
## 4 Types d'évaluation

Évaluation visuelle « quick look »  
Durée: quelques secondes

Évaluation brève  
Durée: < 2 minutes

Évaluation complète  
Durée : environ 5 minutes

Réévaluation



## Évaluation brève

À appliquer lorsque la durée d'attente au triage est supérieure à 10 minutes

- Durée : moins de 2 minutes
- Basée sur le **triangle d'évaluation pédiatrique** ou **l'ABCD**
- 2 questions :
  - Raison de consultation
  - ATCD en lien avec la raison de consultation
- Questions supplémentaires : maladies infectieuses sévères

# Évaluation brève

- Moins de 2 minutes
- 2 questions :
  - Raison de consultation?
  - Antécédents?

Visuelle ➡ Brève ➡ Complète ➡ Réévaluation

1. Prise en charge immédiate
2. Suspect : usager qui en raison de ses antécédents, état général ou triangle d'évaluation anormal, doit être vu plus rapidement par l'infirmière
3. Tour de rôle : Triangle d'évaluation normal

## Évaluation complète

- Durée : ± 5 minutes
- Attribuer un niveau de priorité selon l'ÉTG
- Examen physique ciblé et pertinent à la raison de consultation



## Point de départ

Qu'est-ce qui vous amène à  
l'urgence aujourd'hui ?

# Technique d'entrevue et examen physique

- Approche initiale
- Question ouverte en 1<sup>er</sup>
- Questions fermées en 2<sup>ème</sup>
- Aller chercher les « éléments à ne pas manquer »
- Examen physique primaire :

**A B C D E**

- Fin : lorsque le niveau de priorité est déterminé

## Fin d'entrevue

Attention à la  
divulgaration du temps  
d'attente

L'entrevue se termine en :

- Informant l'utilisateur de la priorité qui lui est accordée
- Éduquant l'utilisateur, l'informant des priorités, donnant de l'information pertinente
- Dirigeant l'utilisateur vers l'aire appropriée
- Avisant l'utilisateur, de revenir à la salle de réévaluation s'il y a détérioration de sa condition.
- Enseignement
- Réorientation

## La réévaluation

2 types possibles :

- Sommaire
- Complète

Adapté selon le jugement de l'infirmière :

- Données subjectives (PQRSTU-AMPLE, **CIAMPEDS**)
- Données objectives

## Usager mécontent

- Garder une attitude **ouverte** et **empathique**
- Rester **calme**, faire de l'écoute active
- Jugements négatifs et les préjugés = assignation inadéquate
- Faire la différence entre la violence et une détresse.
- Éviter la confrontation



## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- **Niveaux de priorité de l'ÉTG**
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- Désordres Neurologiques
- Triage ophtalmique
- Trauma oculaire
- Désordres respiratoires
- Désordres ORL
- Désordres cardiaque
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- Désordres tégumentaires et allergiques
- Musculo-squelettiques
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- Signes de chocs
- Prévention et contrôle des infections
- Santé mentale
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- Documentation
- Comité triage

# NIVEAUX DE PRIORITÉ DE L'ÉTG

## Niveau I : Réanimation



Délai pour évaluation médicale : immédiat

Réévaluation infirmière : soins infirmiers continus

Taux d'admission attendu : 70 à 90 %

Nommez des exemples



## Niveau II : Très urgent



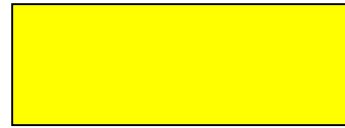
Délai pour évaluation médicale :  $\leq 15$  minutes

Délai réévaluation infirmière : aux 15 minutes

Taux d'admission attendu : 40 à 70 %

Nommez des exemples

## Niveau III : Urgent



Délai pour l'évaluation médicale :  $\leq 30$  minutes

Délai réévaluation infirmière : aux 30 minutes

Taux d'admission attendu : 20 à 40 %

Nommez des exemples

## Niveau IV : Moins urgent



Délai pour l'évaluation médicale :  $\leq 1$  heure

Délai réévaluation infirmière : aux heures

Taux d'admission attendu : 10 à 20 %

Nommez des exemples

## Niveau V : Non urgent



Délai pour l'évaluation médicale :  $\geq 2$  heures

Délai réévaluation infirmière : aux 120 minutes (2h)

Taux d'admission attendu : 0 à 10 %

Nommez des exemples

## Assignation d'un niveau de triage

- Raison de consultation
- Modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Intuition professionnelle
- Jugement clinique
- Expérience



Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
des Laurentides

Québec 

## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- **Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre**
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- Désordres Neurologiques
- Triage ophtalmique
- Trauma oculaire
- Désordres respiratoires
- Désordres ORL
- Désordres cardiaque
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- Désordres tégumentaires et allergiques
- Musculo-squelettiques
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- Signes de chocs
- Prévention et contrôle des infections
- Santé mentale
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- Documentation
- Comité triage

# LES MODIFICATEURS DE 1<sup>ER</sup> ET 2<sup>E</sup> ORDRE

# Modificateurs 1<sup>er</sup> ordre

- Niveau de détresse respiratoire.....A-B
- Stabilité hémodynamique.....C
- Niveau de conscience.....D
- Température
- Sévérité de la douleur
- Troubles de coagulation
- Mécanisme de blessure



## Modificateurs de la température

### Les critères de SIRS

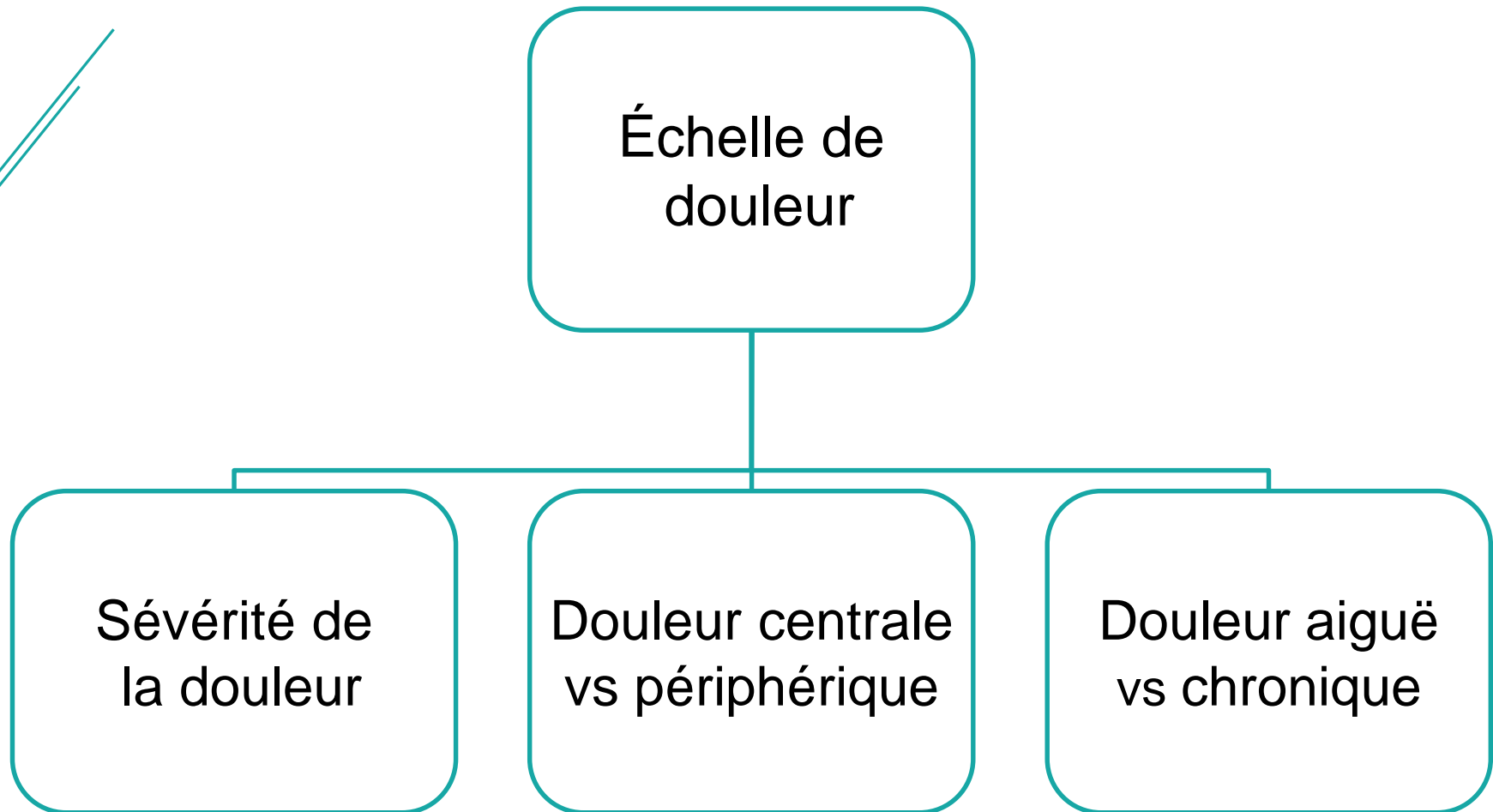
(syndrome inflammatoire de réaction systémique)

1. Température  $>38.0$  C ou  $< 36.0$  C
2. Rythme cardiaque  $> 90$  batt./minute
3. Tachypnée, resp.  $> 20$  / minute

La réaction doit se manifester par 2 ou plus des critères mentionnés



## Modificateurs de la douleur



## Types de douleur

### Aiguë :

- courte durée
- coïncide en général avec le processus de guérison (30 jours)
- ne dure pas plus de 3 à 6 mois

### Chronique :

- persiste plus de 3 à 6 mois après le processus de guérison de la lésion initiale
- pas nécessairement associée à une maladie



## Modificateurs de 2<sup>e</sup> ordre

- Déshydratation
- Glycémie
- Hypertension
- Obstétrique
- Santé mentale
- Autres modificateurs



## Réévaluation

L'ÉTG met l'accent sur la réévaluation; la condition des usagers peut s'améliorer ou se détériorer durant le délai d'attente.

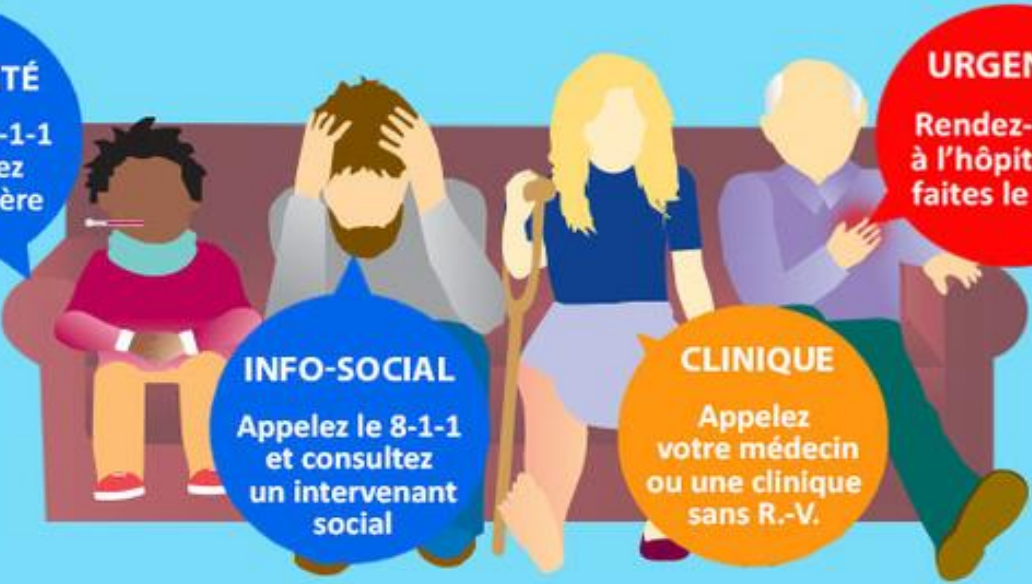
★ L'attente en toute sécurité est une responsabilité partagée par l'infirmière **ET** l'utilisateur.

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Soins immédiats	Chaque 15 min	Chaque 30 min	Chaque 60 min	Chaque 120 min

## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- **Orientation post triage de la clientèle**
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- Désordres Neurologiques
- Triage ophtalmique
- Trauma oculaire
- Désordres respiratoires
- Désordres ORL
- Désordres cardiaque
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- Désordres tégumentaires et allergiques
- Musculo-squelettiques
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- Signes de chocs
- Prévention et contrôle des infections
- Santé mentale
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- Documentation
- Comité triage

**PROBLÈME DE SANTÉ?  
FAITES LE BON CHOIX!**  
santemontreal.ca



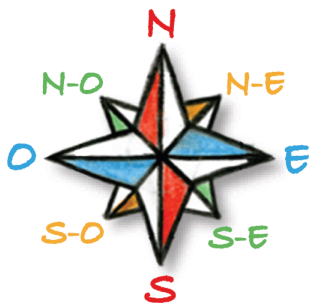
**INFO-SANTÉ**  
Appelez le 8-1-1  
et consultez  
une infirmière

**INFO-SOCIAL**  
Appelez le 8-1-1  
et consultez  
un intervenant  
social

**CLINIQUE**  
Appelez  
votre médecin  
ou une clinique  
sans R.-V.

**URGENCE**  
Rendez-vous  
à l'hôpital ou  
faites le 9-1-1

## ORIENTATION POST TRIAGE DE LA CLIENTÈLE



## Aires de traitement

- Salle d'attente
- Cube
- ZER
- Civière



(aire de choc, aire monitorée, majeur, général avant, général arrière, polyvalent, observation)



# MYTHES

- |  |             |             |
|--|-------------|-------------|
| 1. <b>L'infirmière ne peut pas ajuster le degré de priorité à la hausse, seulement à la baisse</b>   | <b>VRAI</b> | <b>FAUX</b> |
| 2. <b>Si l'usager se présente avec 2 raisons de consultations, l'infirmière doit choisir la raison représentant le plus haut niveau de gravité</b> | <b>VRAI</b> | <b>FAUX</b> |
| 3. <b>L'ÉTG peut être modifié par les établissements, selon certaines normes internes</b>  | <b>VRAI</b> | <b>FAUX</b> |

**4. L'infirmière habilitée est imputable de sa décision d'appliquer ou non l'ordonnance collective.**

**VRAI**

**FAUX**

**5. L'infirmière du triage qui donne un rapport à un professionnel situé dans une autre section doit l'inscrire dans sa note de triage**

**VRAI**

**FAUX**

**6. L'usager sans PEC médicale peut être réévalué par l'infirmière de la section selon son jugement clinique**

**VRAI**

**FAUX**

**7. L'infirmière peut offrir à l'usager de regagner son domicile**

**VRAI**

**FAUX**

## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- **Triage pédiatrique**
  - Évaluation primaire pédiatrique
  - Désordres Neurologiques
  - Triage ophtalmique
  - Trauma oculaire
  - Désordres respiratoires
  - Désordres ORL
  - Désordres cardiaque
  - Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
  - Désordres tégumentaires et allergiques
  - Musculo-squelettiques
  - EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
  - Signes de chocs
  - Prévention et contrôle des infections
  - Santé mentale
  - Évaluation éthiques et pédiatriques
  - Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
  - Documentation
  - Comité triage

# TRIAGE PÉDIATRIQUE

## Un triage «différent»

- Répondre aux besoins des enfants
- Répondre aux attentes des parents
- Problèmes menaçant la vie des enfants sont moins fréquents
- Signes et symptômes d'un problème grave peuvent être subtils ou apparaître rapidement
- SV sont différents dépendamment des classes d'âge

Le triage pédiatrique comprend les enfants de la naissance jusqu'à l'âge adulte (0-17 ans et 364 jours)

La réévaluation fréquente de la clientèle pédiatrique prend alors tout son sens afin d'assurer la sécurité des enfants et de rassurer les parents.

## Les similitudes

- Le processus de triage
- Les cinq niveaux de l'ÉTG
- Décision de triage fondée sur l'évaluation visuelle, la raison de consultation et l'application de modificateurs.

## Préparer l'enfant à l'examen physique

- Débuter l'entrevue en gardant l'enfant dans les bras des parents, sur ses genoux ou à proximité
- Parler d'abord aux parents et, graduellement, porter son attention sur l'enfant, lui sourire
- Parler doucement à l'enfant, lui faire des compliments, raconter une histoire, faire des bulles, lui montrer un vidéo
- Observer les comportements qui indiquent que l'enfant est prêt à coopérer
- Fratrie : débiter par l'enfant qui collaborera le mieux



## Les étapes de l'examen physique

- Pesée de l'enfant
- Prise des SV: Ordre de prise : rythme respiratoire (pris sur 60 sec), FC, SaO<sub>2</sub>, TA puis T°
- Les pauses respiratoires sont normales chez un nouveau né entre 5 à 10 secondes
- Évaluation de la douleur
- Examen physique ciblé selon le motif de consultation

L'ordre peut varier à la discrétion de l'infirmière et selon le niveau de collaboration de l'enfant

# Évaluation de la douleur chez l'enfant

**QUELS SONT LES SIGNES DE  
DOULEUR OBSERVABLES CHEZ  
L'ENFANT?**

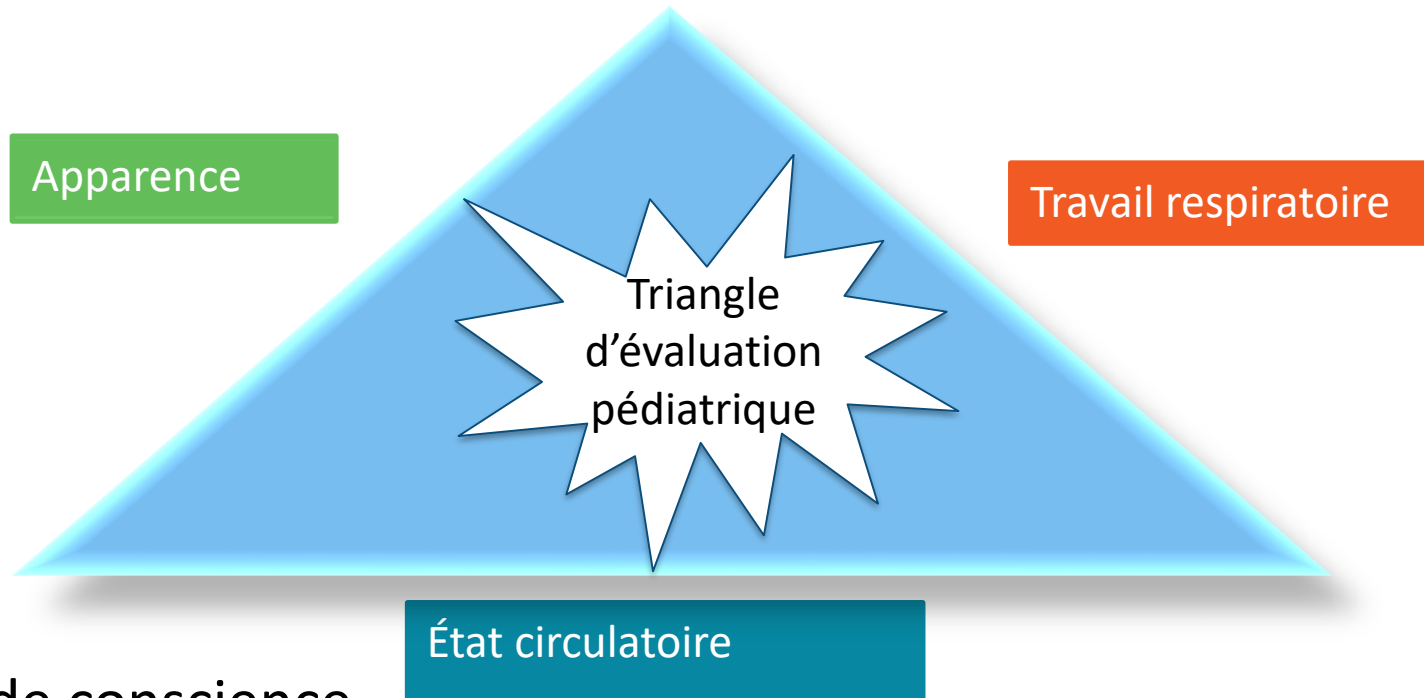
## RÈGLES D'OR

Écouter le parent et  
l'enfant

Regarder l'enfant

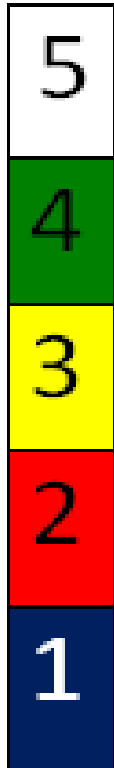


# Résumé de l'évaluation initiale chez l'enfant



## L'ABCDE

- L'**: L'état de conscience
- A**: Voies respiratoires ouvertes
- B**: Respiration
- C**: Circulation
- D**: Désordre neurologique
- E**: Exposition à l'environnement



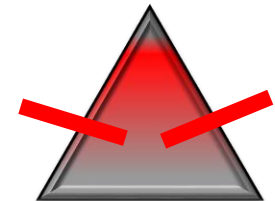
- **Malade (Sick)** : Un enfant doit être considéré malade par le simple fait que l'adulte responsable se sente suffisamment concerné par son état pour le conduire à l'urgence ou jusqu'à ce que l'évaluation médicale prouve le contraire.
- **Plus malade (Sicker)** : Un enfant est considéré comme tel lorsqu'il y a un bris d'un des côtés du triangle d'évaluation pédiatrique. Il nécessite une décision rapide et éclairée ainsi que des traitements appropriés à son état.
- **Très malade (Sickest)**: Il y a urgence d'agir et d'intervenir lorsqu'il y a un bris de deux côtés ou plus du triangle d'évaluation pédiatrique.



**Malade = SICK**  
Intégrité du triangle



**Plus malade = Sicker**  
Bris d'un côté du triangle = décision rapide et éclairée



**Très malade = Sickest**  
Urgence d'agir. Bris de deux côtés ou plus

# Triangle d'évaluation pédiatrique

## Apparence



- Timbre de voix
- Interaction avec le milieu
- Consolable
- Regard
- Tonus
- État de conscience

## Travail respiratoire



- Battement des ailes du nez
- Tirage
- Bruits anormaux
- Position anormale
- Rythme

## État circulatoire « Circulation to skin »



- Rougeur
- Pâleur
- Marbrure
- Cyanose

# L'évaluation initiale à l'urgence

- Identifier les signes et symptômes de maladie ou de blessure
- Intervenir adéquatement pour voir à la sécurité de la clientèle pédiatrique.
- Approche organisée et systémique pour chaque enfant : cela permet de ne rien omettre dans votre évaluation.

L'évaluation initiale est divisée en 2 phases : l'évaluation **primaire** et l'évaluation **secondaire**.

- Chaque phase peut être complétée en une minute et conduire à une orientation juste et adéquate au sein du service d'urgence et apporter les soins requis à l'état de l'utilisateur (enfant et adulte).

Apparence

Travail respiratoire

Triangle  
d'évaluation  
pédiatrique

État circulatoire

Évaluation  
Primaire

**PQRSTU**

**S.V.**

**RAISON DE  
CONSULTATION**

- Pouls central et périphérique
- Saturation
- Température si histoire de fièvre



Priorité

1

2

3

4

5



## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- **Évaluation primaire pédiatrique**
- Désordres Neurologiques
- Triage ophtalmique
- Trauma oculaire
- Désordres respiratoires
- Désordres ORL
- Désordres cardiaque
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- Désordres tégumentaires et allergiques
- Musculo-squelettiques
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- Signes de chocs
- Prévention et contrôle des infections
- Santé mentale
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- Documentation
- Comité triage

# ÉVALUATION PRIMAIRE PÉDIATRIQUE

# L'examen primaire

LE CISSS DES LAURENTIDES  
complice de votre santé

ÉVALUATION **PRIMAIRE** ET **SECONDAIRE** DU POLYTRAUMATISÉ (adaptation et traduction libre de E.P.I.C.C., 2016 et T.N.C.C., 2014)

		Évaluation	Interventions
	<b>Préparation et triage</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activer de l'équipe de traumatologie</li> <li>- Préparer de la salle / Protection personnelle</li> </ul>
	<b>Arrivée du patient</b>	Observation rapide du patient à la recherche de saignement majeur ou d'arrêt cardiaque	Reprioriser selon le C-ABC au besoin
<b>A</b>	<b>Airway (Voies aériennes, État d'éveil et Colonne cervicale)</b>  <b>But :</b> S'assurer que les voies aériennes sont perméables tout en gardant la colonne cervicale immobilisée.  <b>Réévaluer après chaque intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- État de conscience (AVPU)</li> <li>- Vocalise</li> <li>- Obstruction de la langue</li> <li>- Présence de corps étrangers</li> <li>- Présence de sang</li> <li>- Présence de sécrétions et vomissures</li> <li>- Œdème</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintenir ou installer un collet cervical</li> <li>- traction de la mandibule à 2 personnes</li> <li>- Retirer corps étranger / aspirer les sécrétions</li> <li>- Installer canule nasopharyngée ou oropharyngée</li> </ul>
<b>B</b>	<b>Breathing (Besoin respiratoire)</b>  <b>But :</b> S'assurer d'une respiration efficace afin de favoriser les échanges alvéolo-capillaires.  <b>Réévaluer après chaque intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respiration spontanée</li> <li>- Fréquence, rythme et amplitude</li> <li>- Mouvement de la cage thoracique et symétrie</li> <li>- Couleur de la peau</li> <li>- Intégrité de la cage thoracique</li> <li>- Utilisation des muscles accessoires</li> <li>- Auscultation pulmonaire et cardiaque</li> <li>- Emphysème sous-cutané</li> <li>- Veines jugulaires et position de la trachée</li> <li>- Signes d'inhalation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supplément à O<sub>2</sub> 15L</li> <li>- Ventiler à pression positive</li> <li>- Pansement 3 côtés</li> <li>- Saturométrie</li> <li>- Collaborer à la décompression à l'aiguille</li> <li>- Collaborer à l'installation d'un drain thoracique</li> <li>- Collaborer à l'intubation</li> </ul>
<b>C</b>	<b>Circulation et Contrôle des hémorragies</b>  <b>But :</b> S'assurer d'une perfusion tissulaire adéquate et d'une stabilité hémodynamique.  <b>Réévaluer après chaque intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouls centraux vs périphérique</li> <li>- Rythme, qualité et fréquence du pouls</li> <li>- Aspect de la peau <ul style="list-style-type: none"> <li>• coloration</li> <li>• température</li> <li>• texture</li> </ul> </li> <li>- Saignement externe non contrôlé</li> <li>- Retour capillaire</li> <li>- Bruits cardiaques</li> <li>- Stabilité du bassin</li> <li>- ÉCMU (FAST)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compression directe / tourniquet</li> <li>- Immobiliser bassin PRN</li> <li>- Installer deux accès veineux avec des cathéters de courts et gros calibres</li> <li>- Perfuser NS, LR chaud ou sang</li> <li>- Prélèvement sanguin (priorité groupée croisée)</li> <li>- Transfusion massive PRN</li> <li>- Moniteur cardiaque / signes vitaux</li> <li>- RCR</li> <li>- Collaborer à la péricardiocentèse et à la thorotomie</li> </ul>
<b>D</b>	<b>Désordre neurologique</b>  <b>But :</b> Établir l'état d'éveil ainsi que les réactions pupillaires et le diamètre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Échelle de Glasgow</li> <li>- pupilles (diamètre, réactivité, forme)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Glycémie capillaire</li> <li>- Scan cérébral</li> <li>- Gaz artériel</li> </ul>

# L'examen primaire

LE CISSS DES LAURENTIDES  
complice de votre santé

		Évaluation	Interventions
<b>E</b>	<b>Exposition et Contrôle de l'environnement</b> <b>But :</b> Avoir une vue générale du traumatisé et compléter l'évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dêvêtir</li> <li>- Retirer le matériel pré-hospitalier</li> <li>- Inspection face antérieure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Couverture chaude</li> <li>- Réchauffer les solutés</li> <li>- Prendre la température</li> <li>- Réchauffer la pièce</li> </ul>
<b>F</b>	<b>Signes vitaux complets et Présence de la famille</b> <b>But :</b> Assurer un suivi avec les membres de la famille du patient et prendre les signes vitaux		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesurer et surveiller les signes vitaux (pouls, respiration, tension artérielle, température)</li> <li>- Aviser la famille</li> </ul>
<b>G</b>	<b>Gestion des procédures associées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>L</b>aboratoires</li> <li>- <b>M</b>oniteur cardiaque</li> <li>- <b>N</b>aso ou oro, tube gastrique</li> <li>- <b>O</b>xygénation</li> <li>- <b>P</b>ain - Gestion de la douleur (PQRSTU)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>L</b> : Compléter Labo (gaz artériel, acide lact.)</li> <li>- <b>M</b> : Installer Moniteur cardiaque si non fait</li> <li>- <b>N</b> : Installer tube Naso ou oro gastrique</li> <li>- <b>O</b> : Saturométrie et capnographe; Titrer O<sub>2</sub></li> <li>- <b>P</b> : Gérer de la douleur PRN</li> </ul>
	<b>Radiographie</b>		Rx Thorax et Bassin /ÉCMU (FAST)

## TRANSFERT

<b>H</b>	<b>Histoire</b>	Informations préhospitalières <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>M</b>écanisme des blessures</li> <li>- <b>I</b>njury (Blessures)</li> <li>- <b>S</b>ignes et symptômes</li> <li>- <b>T</b>raitement</li> </ul> Histoire du blessé <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>S</b>ymptômes associés à la blessure</li> <li>- <b>A</b>llergies et vaccin</li> <li>- <b>M</b>édication</li> <li>- <b>P</b>assé médical (antécédents)</li> <li>- <b>L</b>ast meal (dernier repas)</li> <li>- <b>E</b>vénement et les facteurs environnementaux</li> </ul>	
<b>H</b>	<b>Head to toes</b> (Évaluation de la tête aux pieds)	Apparence générale Tête et Visage : Inspection/Palpation Yeux, Nez et Oreilles Cou et Colonne cervicale : Inspection/ Palpation Thorax : Inspection/Auscultation/Palpation Abdomen : Inspection/Auscultation/Palpation Bassin et Périnée : Inspection/Palpation Extrémités : Inspection/Palpation/CCMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Installer sonde urinaire au besoin</li> <li>- Installer attelle</li> <li>- Nettoyer les plaies, faire les pansements</li> <li>- ...</li> </ul>
<b>I</b>	<b>Inspecter la surface postérieure</b>	Tourner en bloc / Toucher rectal Inspection/Palpation	Prendre la température rectale si non fait

## PLAN

Problème	Objectif	Plan de traitement
----------	----------	--------------------

## RÉÉVALUATION ET SOINS POST-RÉANIMATION

## Glycémie capillaire

5<sup>e</sup> signe vital

< 1 mois = au talon

Faire un contrôle de la glycémie capillaire si altération de l'état de conscience



<https://www.pulmolab.com/images/8101.jpg>

# Glycémie capillaire chez l'enfant

**Hyperglycémie si  
glycémie >10mmol/L**

- Il faut traiter l'hyperglycémie en utilisant le protocole de votre établissement, s'il y a lieu
- Aviser le médecin

**Niveau de glycémie ciblé  
en pédiatrie entre 4 et 10  
mmol/L**

- Glycémie à jeun/préprandiale = 4,0 – 8,0 mmol/L
- Glycémie postprandiale (2 heures) = 5,0 – 10,0 mmol/L

**Hypoglycémie si résultat  
< à 3,9mmol/L**

- Il faut traiter l'hypoglycémie en utilisant le protocole de votre établissement s'il y a lieu
- Aviser le médecin.

## Pupilles

- Normalement, les pupilles doivent être rondes et avoir un contour régulier.
- Toute déformation d'une ou des deux pupilles doit être signalée et notée.

P	Pupilles
E	Égales
R	Rondes
R	Réactives
L	Lumière
A	Accommodation

# Observations

## Pression artérielle:

- La grosseur du brassard peut influencer la qualité de la lecture obtenue
- Couvrir au moins la moitié jusqu'au 2/3 du bras, de la cuisse, ou du mollet



# Observations

- La température:

- La voie rectale est privilégiée chez les enfants de moins de 5 ans

- Le poids:

- Donnée indispensable pour le calcul de la médication et des solutés à administrer

## Priorité pédiatrique au triage (red flag)

### A. Ouverture des voies respiratoires

Apnée, étouffement, hypersalivation, bruits respiratoires audibles, posture tripode.

### B. Respiration

Grognement, tirage, enfoncement du sternum, respiration irrégulière, rythme respiratoire  $>60/\text{min}$  ou  $<20/\text{min}$  chez les enfants de moins de 6 ans, absence de bruits respiratoires à l'auscultation, cyanose

### C. Circulation

Peau froide et humide, tachycardie, bradycardie, fréquence cardiaque  $>200$  batt/min. ou  $<60$  batt/min., hypotension, pouls périphérique diminué ou absent, absence de larmes, yeux creux.

### D. État neurologique

Niveau de conscience altéré, inconsolable, fontanelle bombée ou creuse.

### E. Exposition à l'environnement

Pétéchies, purpura, signes et symptômes d'abus

### F. Signes vitaux

Hypothermie vs hyperthermie chez les enfants de moins de 3 mois ( $>38^{\circ}\text{C}$ ), Rester alerte chez les enfants ayant une température de plus de  $40^{\circ}\text{C}$

### G. Confort

Douleur sévère, pleurs/cris inconsolables

### H. Histoire

Histoire de maladie chronique ou de crise familiale qui revienne visiter l'urgence pour une 2<sup>e</sup> fois en 24 heures.

## Évaluation de la déshydratation

**Légère** : légère ↓ des mictions, remplissage capillaire  $\geq 2$  sec.

**Modérée** : tachycardie et tachypnée légère, ↓ des mictions, irritabilité, muqueuses sèches, larmes moins abondantes, yeux enfoncés, remplissage capillaire 2-4 sec

**Sévère** : tachycardie, hyperpnée, hypoTA, ↓ marquée ou absence de miction, hyper irritabilité/léthargie, muqueuses desséchées, absence de larmes, fontanelles très enfoncées, remplissage capillaire  $> 4$  sec, présence d'un pli cutané, peau froide, peau marbrée, acrocyanose

# Évaluation du système gastro-intestinal

- Quantifier le nombre de V° et de diarrhées
- L'heure du dernier V°
- Évaluation du niveau de déshydratation
- V° en jet chez le nourrisson pour r/o sténose hypertrophique du pylore (SHP)
- V° bilieux ? Vert foncé = occlusion, appendicite
- Hématémèse?
- Sang dans les selles? r/o fissure anale vs hémorragie

Pas de T° rectale si saignement actif

## Mise en situation # 4

Ophélie 1an arrive, arrive dans les bras de maman, épisode tremblement incontrôlable, léthargique.

- PQRST:
- Interventions:
- Code de priorité:
- Orientation:
- Réorientation:
- Red flag:

## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- **Désordres Neurologiques**
- Triage ophtalmique
- Trauma oculaire
- Désordres respiratoires
- Désordres ORL
- Désordres cardiaque
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- Désordres tégumentaires et allergiques
- Musculo-squelettiques
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- Signes de chocs
- Prévention et contrôle des infections
- Santé mentale
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- Documentation
- Comité triage

# DÉSORDRES NEUROLOGIQUES

# Les différents désordres neurologiques

Céphalée

Traumatisme crânien

Douleur et traumatisme du rachis

Convulsions

Suspicion d'AVC <4,5 heures





## Mise en situation # 1

Homme 52 ans, céphalée sévère avec nausée

- PQRSTU:
- Interventions:
- Code de priorité:
- Orientation:
- Réorientation:
- Red flag:

## Mise en situation # 2

Garçons de 5 ans tombé en bas d'un module de jeux.

- PQRSTU:
- Interventions:
- Code de priorité:
- Orientation:
- Réorientation:
- Red flag:

## Mise en situation # 5

Maxime 36 ans, cincinnati 2/3

- PQRSTU:
- Interventions:
- Code de priorité:
- Orientation:
- Réorientation:
- Red flag:

# Accident vasculaire cérébral (AVC)

## Questionnaire:

- Description détaillée des symptômes
- Délais:
  - Apparition des symptômes  $\leq 4.5$  heures
  - AVC au réveil (urgence médicale)
  - Installer le patient **code 2** dans l'aire de choc :
    - **Thrombolyse** (délai recommandé\* 4.5 heures)
    - **Thrombectomie** (délai recommandé\* 6 heures)

Mettre **P2**  
**Cincinnati**  
**positif si délai**  
**de moins de**  
**6hres**

## Signes et symptômes associés (échelle de Cincinnati):

- Affaissement facial
- Affaissement d'un bras
- Parole et discours inadéquat

## Paramètres à évaluer:

- **Échelle Cincinnati**
- Glycémie capillaire
- État de conscience, pupilles, signes neurologiques

## Le TEMPS c'est du CERVEAU



Le temps écoulé correspond  
à une perte  
de fonction cérébrale



L'AVC aigu est une urgence médicale à chrono dépendance.

« C'est un **infarctus du cerveau** »

**En tant qu'urgence médicale**, l'utilisateur présentant des signes d'AVC, doit être pris en charge le plus tôt possible dans la phase hyper aiguë de sa maladie, afin de pouvoir lui offrir un traitement optimal: **thérapie thrombolytique**.

## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- Désordres Neurologiques
- **Triage ophtalmique**
- Trauma oculaire
- Désordres respiratoires
- Désordres ORL
- Désordres cardiaque
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- Désordres tégumentaires et allergiques
- Musculo-squelettiques
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- Signes de chocs
- Prévention et contrôle des infections
- Santé mentale
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- Documentation
- Comité triage

# TRIAGE OPHTALMIQUE

# Corps flottants

- Petites fibrilles qui flottent dans la vision.
- Particulièrement visibles lorsque l'on porte le regard sur un fond peu coloré comme un ciel clair ou un mur blanc.
- Apparaissent comme des **points**, des **lignes** ou des **fil d'araignées** et ils semblent se déplacer quand on regarde dans différentes directions.



## Cause?

- Corps flottants présents dans l'**humeur vitrée**
- Normalement transparent, l'humeur vitrée change d'état avec l'âge et subit des transformations dégénératives, ce qui conduit à la formation de fibrilles.



# Flashes lumineuses / éclairs lumineux

- Perceptions lumineuses
- Apparaissent autant comme de brillantes petites lumières comme des portions d'éclair zigzagant dans le ciel
- Perçus que par un œil à la fois
- Persistent même lorsque l'œil est fermé.

## Cause?

Le vitré, tire parfois sur la rétine, ce qui donne l'impression de voir des éclairs ou des lumières clignotantes, même si, en réalité, il n'y a rien du tout. Quand le vitré se sépare de la rétine, on peut avoir des flashes/éclairs pendant quelques semaines.

Processus normal du vieillissement

Ø alarmant



Source image: membres.aoqnet.qc.ca

# Corps flottants + Flashs lumineux

**Niveau 2**

## Quand faut-il s'en inquiéter?

Flashs/éclairs + l'apparition d'un grand nombre de nouveaux corps flottants + obscurcissement d'une partie du champ visuel = consultation à l'urgence et/ou en ophtalmologie.

## Problématiques en cause?

Déchirure ou décollement de la rétine suspectés.

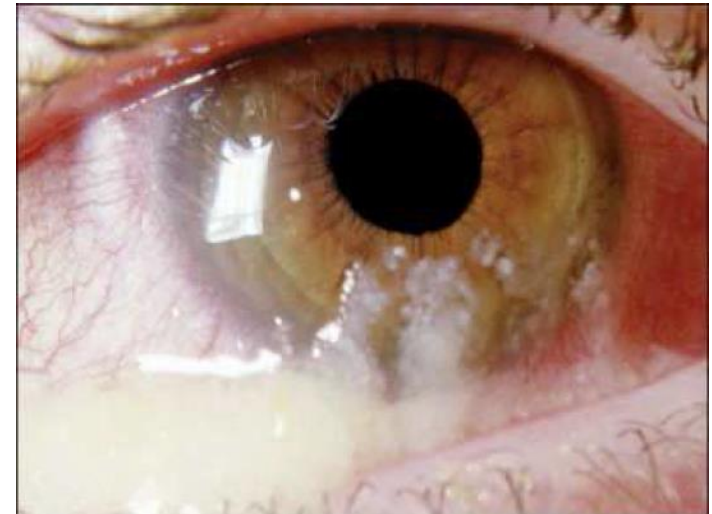
# Conjonctivite Bactérienne

Infection/ inflammation de la conjonctive causée par une **bactérie**.

- Écoulement (purulent) et hyperhémie (éclatement de petits vaisseaux)
- Brûlement ou irritation
- Œdème à la paupière
- Infection habituellement bilatérale

Traitements  $\Rightarrow$  antibiotique

PRIORITAIRE NON-PRIORITAIRE



# Conjonctivite Virale

Infection/ inflammation de la conjonctive causée par un **virus**.

- Larmoiement et écoulements clairs
- Irritation oculaire et hyperhémie (éclatement de petits vaisseaux)
- Œdème des paupières
- Photosensibilité



Hautement contagieux (enseignement)

Traitement  $\Rightarrow$  Symptomatique

PRIORITAIRE

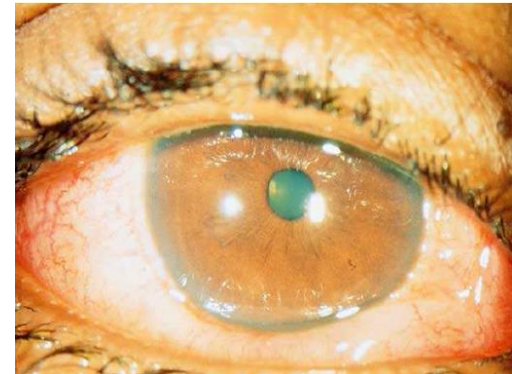
NON-PRIORITAIRE



# Conjonctivite allergique

Inflammation de la conjonctive causée par une **allergie**.

- Rougeur
- Larmoiement
- Sensation de corps étranger
- Démangeaison/irritation
- Bilatérale



Traitement  $\Rightarrow$  Symptomatique (antihistaminique)

PRIORITAIRE NON-PRIORITAIRE

# Triage oculaire



PRIORITAIRE : altération a/n de la vision = oui , alors  
urgence d'agir

- Faire échelle snellen

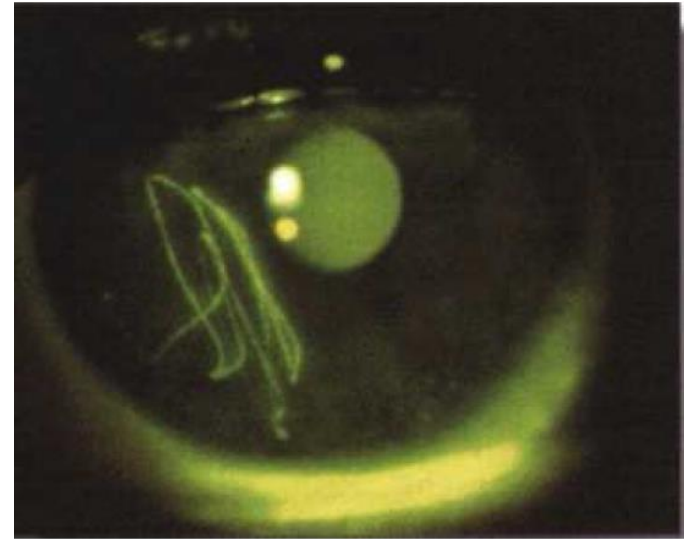




## Abrasion cornéenne

Lésion/coupure/abrasion de la cornée.

- Rougeur/irritation oculaire
- Sensation de corps étranger
- Douleur
- Photophobie



Traitement  $\Rightarrow$  Gouttes ou onguents ophtalmiques, retrait des lentilles cornéennes

PRIORITAIRE NON-PRIORITAIRE

# Zona ophtalmique

Niveau 2


Affections oculaire et tégumentaire liée à une réactivation du **virus herpès** dans le nerf ophtalmique ou frontal.

- Signes et symptômes pseudo grippaux
- Éruptions et démangeaisons cutanées (Zona) unilatérale
- Présentations oculaire variables
- Douleur

Traitements  $\Rightarrow$  Systémique: Antiviraux

Oculaire: Compresses fraîches, larmes artificielles



Hautement contagieux ( Couvrir les lésions si écoulement et enseignement) 

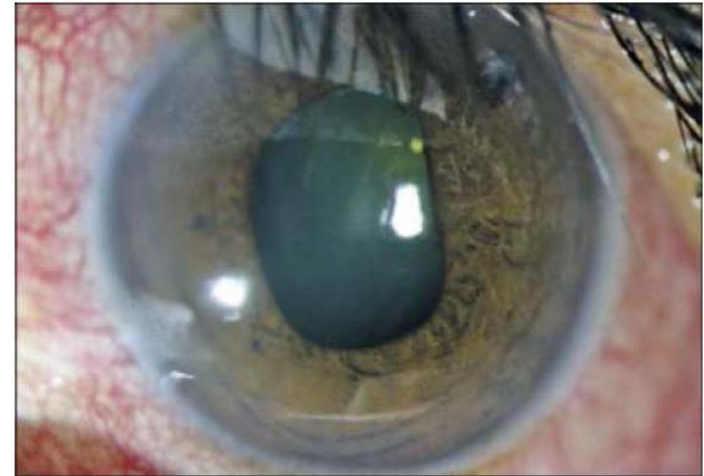
PRIORITAIRE NON-PRIORITAIRE



## Crise de glaucome aigu

Élévation brusque de la pression intra oculaire causée par un blocage pupillaire; mauvaise irrigation aqueuse oculaire.

- Douleur sévère et **subite** unilatérale pouvant être augmentée à la mobilisation
- Rougeur
- Vision brouillée et halo
- **Céphalée**
- **Nausée/vomissement**



Traitements  $\Rightarrow$  Mannitol IV, Tx chirurgical

PRIORITAIRE NON-PRIORITAIRE

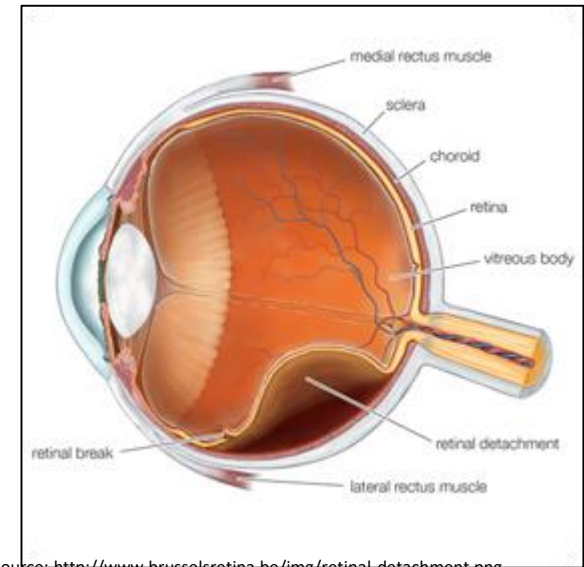
## Décollement/déchirure de la rétine

**Lésion** de la rétine sous forme de **déchirure** et/ou d'un décollement partiel/total causée par un trauma ou le vieillissement.

- Corps flottant
- Flash lumineux (photopsie)
- Baisse de la vision et/ou perte d'un champ visuel

Traitements  $\Rightarrow$  Selon l'étendue de la déchirure/décollement

PRIORITAIRE NON-PRIORITAIRE



Source: <http://www.brusselsretina.be/img/retinal-detachment.png>

Le vitré se décolle de la rétine  $\Rightarrow$  glissement de la rétine vers le nerf optique  $\Rightarrow$  CÉCITÉ.

# Paralysie oculomotrice

Baisse ou perte de la capacité oculomotrice pouvant être causée par une paralysie nerveuse (III<sup>e</sup> et IV<sup>e</sup> nerf), un problème vasculaire, un spasme ou relâchement musculo-oculaire et un trauma.

- Diplopie
- Mouvement oculaire asymétrique
- Ptose
- Torticolis/douleur au cou

Traitements ⇒ Selon l'étiologie

Examen neurologique requis (attention AVC)\*\*

PRIORITAIRE NON-PRIORITAIRE



# Corps étranger extra oculaire

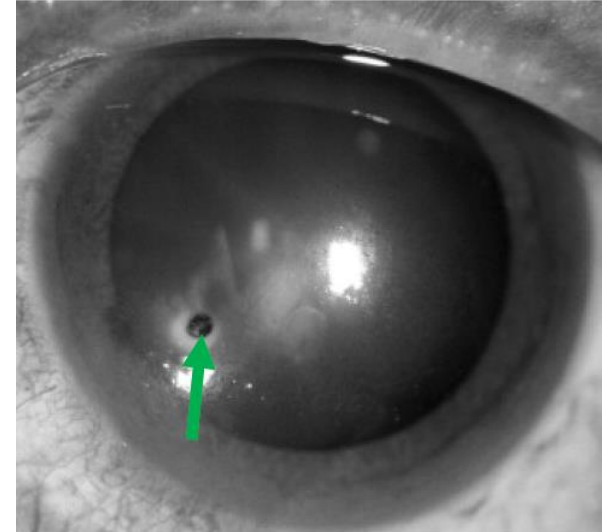
Présence d'un corps étranger partiellement ou non incrusté dans l'œil.

- Rougeur/Irritation
- Sensation de corps étranger
- Douleur
- Larmoiement
- Possible visualisation du corps étranger

Traitements  $\Rightarrow$  Intervention, extraction

PRIORITAIRE

NON-PRIORITAIRE



**Le niveau de priorité dépend de la cinétique et/ou de la  
vélocité du traumatisme et des signes et symptômes  
associés.**

## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- Désordres Neurologiques
- Triage ophtalmique
- **Trauma oculaire**
- Désordres respiratoires
- Désordres ORL
- Désordres cardiaque
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- Désordres tégumentaires et allergiques
- Musculo-squelettiques
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- Signes de chocs
- Prévention et contrôle des infections
- Santé mentale
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- Documentation
- Comité triage

# TRAUMA OCULAIRE

# Trauma non-pénétrant

Trauma aux tissus péri-orbitaux et aux globes oculaires.

- Œdème et douleur
- Hémorragie oculaire
- Larmolement, saignement (lacération paupière)
- Signes et symptômes de fracture périorbitaire:  
Déformation (enfoucement), ecchymose

Traitements  $\Rightarrow$  Symptomatique



N.B. Le trauma non-pénétrant est souvent associé à un TCC.  
D'où l'importance de faire l'évaluation neurologique complète.

PRIORITAIRE NON-PRIORITAIRE



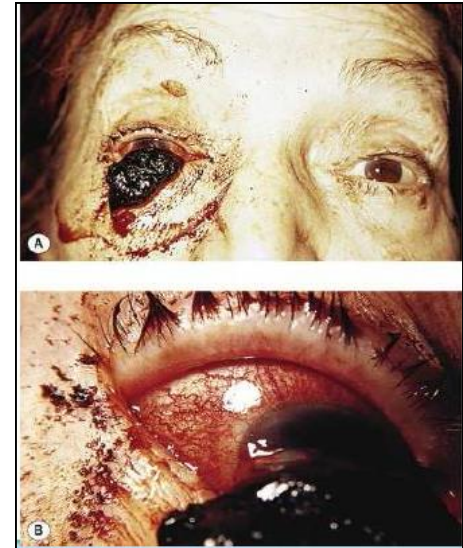
Le niveau de priorité dépend de la cinétique du traumatisme et des signes et symptômes associés.



# Trauma pénétrant/perforation

Perforation du globe oculaire avec fuite des matières/structures internes.

- Écoulement aqueux visible
- Hémorragie
- Douleur intense



Traitements  $\Rightarrow$  Chirurgical, soulagement de la douleur  
**Protection oculaire absolue, aucune pression.**

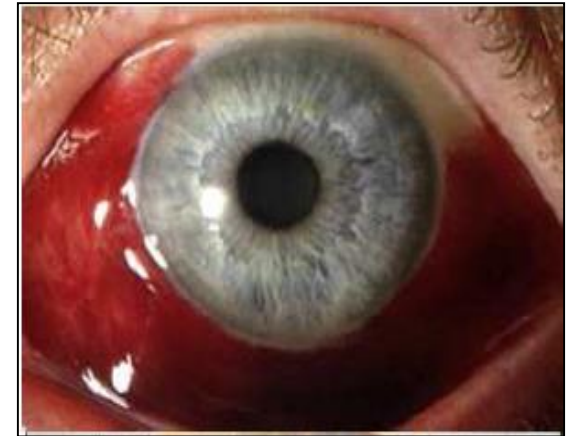
PRIORITAIRE NON-PRIORITAIRE



## Hémorragie

Saignement oculaire sous-conjonctival pouvant être causé par un traumatisme, un éternuement, une friction oculaire intense ou même spontanément sans raison apparente.

- Coloration rouge clair
- Écoulement séro-sanguin



Traitement  $\Rightarrow$  Selon étiologie  
Résolution autonome du saignement.

$\Rightarrow$  **clientèle anticoagulée** 

PRIORITAIRE      NON-PRIORITAIRE

## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- Désordres Neurologiques
- Triage ophtalmique
- Trauma oculaire
- **Désordres respiratoires**
- Désordres ORL
- Désordres cardiaque
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- Désordres tégumentaires et allergiques
- Musculo-squelettiques
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- Signes de chocs
- Prévention et contrôle des infections
- Santé mentale
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- Documentation
- Comité triage

# DÉSORDRES RESPIRATOIRES

## Questionnaire

- Cause
- Mécanisme de l'évènement si trauma
- Aigu vs chronique
- Altération état de conscience
- ATCD

**Important:** la capacité à répondre aux questions sera un indice du degré de gravité du désordre respiratoire.

## Signes et symptômes associés

- Douleur thoracique (localiser la douleur)
- Expectoration et toux
- T°
- Rhinorrhée, congestion, IVRS
- OMI
- Hémoptysie





## Paramètres à évaluer

- Signes vitaux incluant T° et saturation
- PQRSTU
- Inspection thoracique:
  - Respiration
  - Symétrie
  - Peau (présence de cicatrice, plaie, etc.)
  - Position trachée, turgescence jugulaire
- Auscultation pulmonaire
- Palpation

## Attention

- Le tirage = meilleur indice de gravité
- Faire la différenciation entre difficulté respiratoire (P3) et détresse respiratoire (P1 et P2).
- Chez l'enfant, le refus de boire peut être un signe de détresse respiratoire. Toilette nasale/enseignement/feuillet

## L'auscultation

Réalisée de façon symétrique : comparer le site auscultatoire droit et gauche

Durant une respiration complète à chaque site auscultatoire



## Mise en situation #11

- M. Pilon 81 ans depuis hier soir dyspnée. À l'arrivée des SPU sature a 84% AA. Léger tirage intercostale. Recu 1 tx salbu, légère amélioration, auscultation sibilances 4 plages. Diaphorèse, tachypnée, peau chaude au touché.
- PQRST:
- Interventions:
- Code de priorité:
- Orientation:
- Réorientation:
- Red flag:

## Mise en situation #12

- Samuel 19 ans dyspnée
- PQRST:
- Interventions:
- Code de priorité:
- Orientation:
- Réorientation:
- Red flag:

## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- Désordres Neurologiques
- Triage ophtalmique
- Trauma oculaire
- Désordres respiratoires
- **Désordres ORL**
- Désordres cardiaque
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- Désordres tégumentaires et allergiques
- Musculo-squelettiques
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- Signes de chocs
- Prévention et contrôle des infections
- Santé mentale
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- Documentation
- Comité triage

# DÉSORDRES ORL

## Pathologies

- Aspiration corps étranger
- Douleur gorge
- Otalgie
- Problème dentaire
- Épistaxis
- Traumatisme visage



## Aspiration CE

### ▪ Questionnaire:

- Nature du CE
- Localisation du CE

### ▪ Signes et symptômes associés:

- détresse respiratoire, dyspnée, toux
- Hypersalivation

### ▪ Paramètres à évaluer:

- Signes vitaux incluant saturation
- CE visible à l'œil
- Auscultation



Toujours suspecter un CE chez un enfant avec une dyspnée de cause inconnue

# Douleur à la gorge

## ▪ Signes et symptômes associés:

- Dysphagie, œdème niveau gorge
- Hypersalivation
- Fièvre
- Dyspnée associée (stridor)
- Exsudat



## ▪ Paramètres à évaluer:

- Signes vitaux incluant T° et saturation
- PQRSTU
- Position « de la tortue »

= suspicion d'épiglotite

Pas touche ad  
visite ORL !



	Laryngite	Épiglottite
T° rectale	Pas ou peu 38 - 38,5	Élevée 39 – 40
Agent pathogène	Virus	Bactérie
Début	Progressif vs IVRS (toux, nez qui coule)	Subit
Position de l'usager	Aucune	Renflement (mâchoire vers l'avant et cou légèrement en extension)
Âge	0-5 ans	2-8 ans
Hypersalivation	Non	Oui
Moment	Soir/nuit	-----
Besoin d'humidité	Oui	Non
Stridor	Très fort	Fin d'expiration (obstruction importante)
État de l'enfant	En forme	Amorphe



## Otalgie

### ▪ Questionnaire:

- PQRSTU

### ▪ Signes et symptômes associés:

- Signes IVRS
- Fièvre
- Écoulement
- Œdème
- Rougeur
- Décollement du pavillon de l'oreille

### ▪ Paramètres à évaluer:

- SV incluant T°



Ne **pas** objectiver le tympan si enfant difficile ou peu collaborant

# Épistaxis

## ▪ Questionnaire:

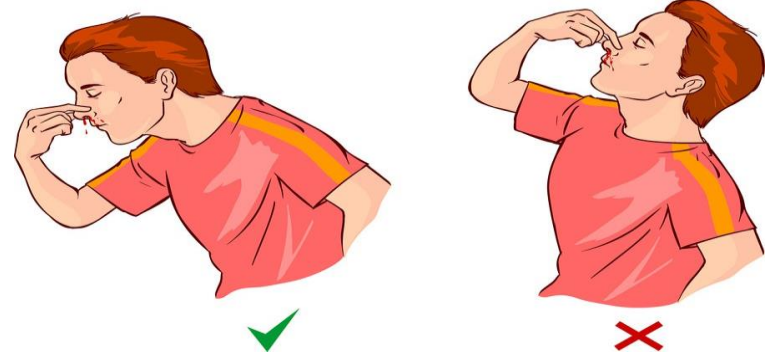
- Délai
- Quantité sang perdu
- ATCD et médicaments (ACO)
- PQRSTU

## ▪ Signes et symptômes associés:

- Saignement actif ou pas

## ▪ Paramètres à évaluer:

- SV incluant T°
- Remplissage capillaire, peau, pouls
- Contrôler le saignement



<https://i2.wp.com/stoprunnynose.com/wp-content/uploads/2016/11/bigstock-bleeding-of-the-nose-114502097.jpg?resize=900,568>

# Traumatisme du visage

## ▪ Questionnaire:

- Mécanisme de l'évènement

## ▪ Signes et symptômes associés:

- Asymétrie de visage ou déformation
- Écoulement
- Trismus

## ▪ Paramètres à évaluer:

- État de conscience, pupilles, signes neurologiques
- Contrôler le saignement si possible
- Application glace



Un trauma crânien et/ou une instabilité cervicale peuvent être sous-jacentes à un trauma maxillo-facial

## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- Désordres Neurologiques
- Triage ophtalmique
- Trauma oculaire
- Désordres respiratoires
- Désordres ORL
- **Désordres cardiaque**
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- Désordres tégumentaires et allergiques
- Musculo-squelettiques
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- Signes de chocs
- Prévention et contrôle des infections
- Santé mentale
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- Documentation
- Comité triage

# DÉSORDRES CARDIAQUES

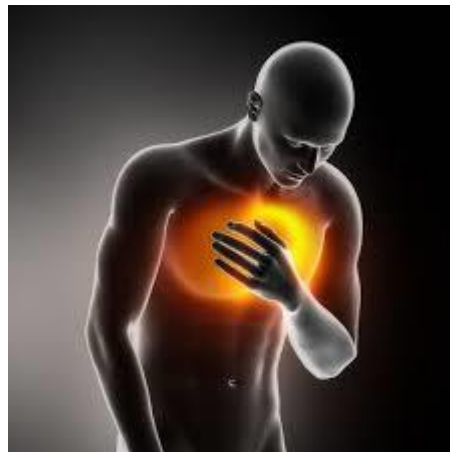
## Pathologies

- Douleur thoracique
- Palpitation
- Électrisation
- Traumatisme thoracique
- Maladies athéroscléreuses de l'aorte



## Douleur thoracique

- Raison de consultation difficile à évaluer
- Prendre son temps lors de ce type d'évaluation
- Aller chercher toutes les informations : ATCD, facteurs de risque, histoire
- Analyser toutes les informations recueillies pour déterminer la codification.



# Douleur thoracique

## Questionnaire:

- Provoqué par ?
- Localisation
- Région - Irradiation
- Intensité sur 10
- Signes et symptômes (coup de poignard, brûlure, pesanteur)
- Durée: depuis combien de temps? Intermittente ou constante
- Variation
- Idem à un infarctus antérieur vs crise d'angine?

## Facteurs de risques:

- Age, ATCD personnels et familiaux
- HTA
- Diabète
- Hypercholestérolémie
- Tabac
- Obésité
- Femme post ménopausée
- Homme
- Utilisation cocaïne



# Douleur thoracique

## Signes et symptômes associés:

- Peau
- Dyspnée, tachypnée
- N°, V°
- Perte conscience, lipothymie
- Anxiété, agitation, appréhension

## Paramètres à évaluer:

- Signes vitaux incluant T°
- Auscultation pulmonaire et cardiaque
- Examen physique primaire
- Utilisation PQRSTU
- **ECG**

# Douleur thoracique classique

## ■ Localisation

- Retro sternale
- Thorax antérieure gauche
- Épigastre

## ■ Type

- Sous forme de serrement
- Pression
- Poids

## ■ Irradiation

- Mâchoire
- Membres supérieurs
- Entre les omoplates

## ■ Symptômes associés

Diaphorèse  
Dyspnée  
No/Vo

## ■ Durée

Angine 2 à 20 min  
SCA ad 2h

# Douleur thoracique

**Un ECG doit être effectué suivant le triage si l'on suspecte un problème cardiaque.**

## Critères de triage

- DRS classique + ECG normal ou anormal
- DRS atypique + ECG anormal non comparable

L'ECG doit être réalisé et interprété par le médecin en moins de 10 minutes.

## Douleur thoracique (autres diagnostics mortels)

- Dissection aortique
- Embolie pulmonaire
- Pneumothorax
- Tamponnade
- Rupture œsophagienne
- Ulcère perforé



# Palpitations

La codification à l'ÉTG dépendra de la sévérité des symptômes. Un ECG doit être fait pour documenter les palpitations.

## Questionnaire:

- Description de la sensation des battements
- PQRSTU
- ATCD médicaux
- Identification des facteurs prédisposants (drogue, décongestionnants, boisson énergisante, café, stress...)

## Signes et symptômes associés:

- Signes instabilité hémodynamique (diaphorèse, teint pale )
- Lipothymie, perte de conscience
- Faiblesse, fatigue

## Paramètres à évaluer:?

# Électrisation

## Questionnaire:

- Type de courant (continu ou alternatif)
- Voltage et ampérage
- Durée du contact avec le courant ou la source électrique
- Projection?

## Signes et symptômes associés:

- Palpitation
- Fréquence du pouls régulier ou irrégulier

## Paramètres à évaluer:?



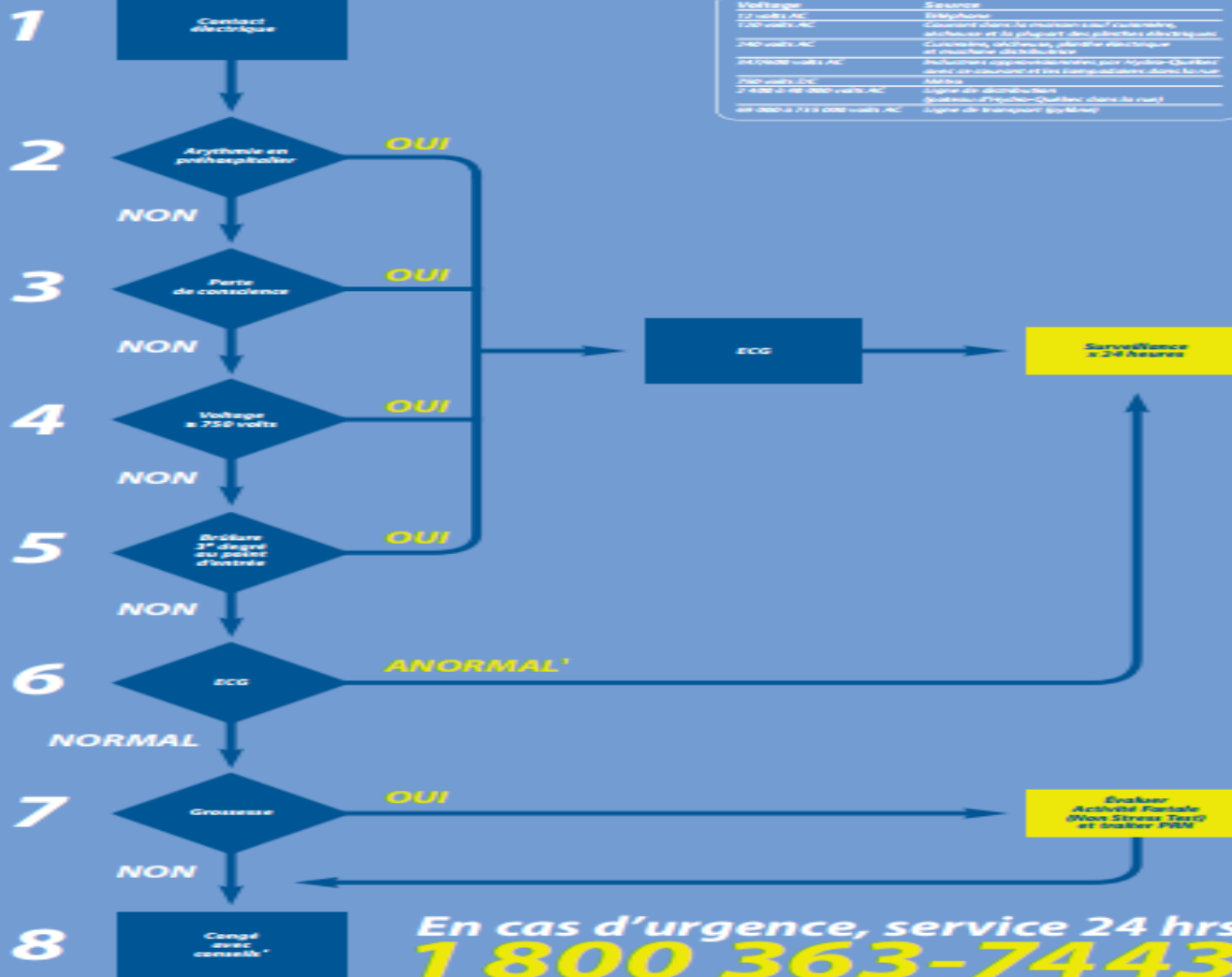
<http://clg-andre-bauchantchateau-renault.tice.ac-orleans>

Une brûlure électrique signifie qu'il y a eu des dommages internes pouvant entraîner des arythmies ventriculaires. Un monitoring cardiaque est essentiel x 24h si l'ECG décèle une anomalie.

Surveillance médicale après une électrisation

# Choc électrique URGENCE!

La victime :



Voltage	Source
12 volts AC	Batterie
120 volts AC	Circuit dans le logement ou bâtiment résidentiel et la plupart des circuits électriques industriels et agricoles, énergie électrique et centrale de distribution
240 volts AC	Circuit dans le logement ou bâtiment résidentiel et centrale de distribution
345000 volts AC	Industriel généralement par Hydro-Québec dans les usines et les centrales dans le sud-est
750 volts DC	Tramway
7 450 et 25 000 volts AC	Station d'hydro-Québec dans le sud
24 500 à 715 000 volts AC	Ligne de transport aérien

## Protocole

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides



En cas d'urgence, service 24 hrs  
**1 800 363-7443**  
1 800-ÉNERGIE

## Effets du courant alternatif

Pour le courant continu, les seuils sont quatre fois plus élevés

Courant (mA)*	Seuil
0,24 à 0,36	Sensation
4,0 à 16,0	Lâcher prise
15,0 à 23,0	Asphyxie par tétanisation des muscles respiratoires (si temps de passage > 3 minutes)
80 à 100	Fibrillation ventriculaire
100	Marques électriques probables
2 000 à 3 000 (2 A-3 A)	Inhibition des centres nerveux
3 000 à 5 000 (3 A-5 A)	Défibrillation
10 000 à 15 000 (10 A-15 A)	Brûlures très importantes

\* mA : milliampère (1/1 000<sup>e</sup> d'ampère)

## Résistance du corps humain

Tension de contact (en volts)	Résistance minimale du corps pour 95 % de la population (en ohms)
50	1 450
100	1 200
220	1 000
1 000	700

Les dommages corporels sont directement reliés au courant (mesuré en ampères). À partir de l'estimation de la tension (en volts) reçue par la victime et en utilisant les valeurs du tableau *Résistance du corps humain*, calculez le courant en utilisant la formule suivante (loi d'Ohm):

$$I \text{ courant (ampères)} = \frac{V \text{ tension (volts)}}{R \text{ résistance (ohms)}}$$

Après avoir calculé le courant, comparez la valeur obtenue aux valeurs du tableau *Effets du courant alternatif*.

Notez que la résistance du corps varie en fonction de facteurs individuels et de la tension et que plus la résistance est faible, plus le courant est élevé.

## Effets physiologiques de l'électrisation

Site	Mode d'action	Conséquences
<b>Muscles</b> • fléchisseurs • extenseurs	Tétanisation	→ Fractures Luxations
<b>Appareil respiratoire</b>	Tétanisation	→ Augmentation de la pression dans l'arbre respiratoire Ruptures alvéolaires → Asphyxie (œdème aigu du poumon)
		→ Blocage épiglotte Laryngospasme → <b>MORT APPARENTE</b>
<b>Vaisseaux sanguins</b>	Vasoconstriction Destruction de parois HTA	→ Angor Hémorragies → <b>Infarctus du myocarde</b>
<b>Cœur</b>	Troubles de rythme Troubles de conduction Aggravation de la cardiopathie Augmentation de la température du myocarde	→ Fibrillation ventriculaire → <b>MORT APPARENTE</b>
	Arrêt cardiaque	→ <b>MORT APPARENTE</b>
<b>Sinus carotidien</b>	Chute de la tension artérielle cérébrale	→ Syncope → <b>MORT APPARENTE</b>
<b>Cerveau</b>	Inhibition des centres corticaux Désynchronisation Œdème cérébral	→ <b>Commotion Obnubilation Perte de conscience Crise épileptiforme</b>
<b>Bulbe</b>	Augmentation de la température Perte d'excitabilité Perte de conductibilité	→ <b>MORT APPARENTE</b>
<b>Nerfs</b>	Lésions des neurones	→ Syncope cardiorespiratoire → <b>MORT APPARENTE</b>
<b>Cellules</b> • nerveuses • musculaires	Curarisation électrique	→ Arrêt du métabolisme → <b>MORT APPARENTE</b>



# Syncope

## ■ Questionnaire:

- Histoire ( avec ou sans prodrome)
- Antécédents médicaux
- Durée ?
- État conscience
- PQRSTU

## ■ Signes et symptômes associés:

- Douleur (vagale, arythmie, DRS)
- Diaphorèse
- Signes neurologiques

## ■ Paramètres à évaluer: ?



# Traumatismes thoraciques

## Questionnaire:

- Mécanisme de l'évènement (pénétrant, non pénétrant)
- Localisation de la douleur
- PQRSTU

## Signes et symptômes associés:

- Signes instabilité hémodynamique
- Emphysème s.cut.
- Coloration de la peau
- Position de la trachée, turgescence des jugulaires
- Bruits respiratoires audibles
- Pouls et temps de remplissage capillaire

## Paramètre à évaluer:

- Signes vitaux incluant saturation en O2
- Auscultation pulmonaire
- Examen physique primaire
  - Inspection thoracique / respiratoire
  - Circulation

Il faut toujours prendre en considération qu'un traumatisme peut toucher plus d'un système. Vous devez demeurer vigilant.

## Anévrisme de l'aorte

Surtout diagnostiquées chez les personnes âgées

Anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) est **4 x plus élevée** que celle de l'anévrisme de l'aorte thoracique (AAT)

## Manifestations cliniques et examens paracliniques

Anévrisme de **l'aorte abdominale** : pas symptomatique dans tous les cas.

- Masse palpable, pulsatile, située dans la région ombilicale à gauche de la ligne médiane

Anévrisme de **l'aorte thoracique** : souvent mis en évidence lors d'une radiographie thoracique de routine.

La dissection aortique est généralement diagnostiquée en situation d'urgence à la suite de l'apparition d'une douleur aiguë

## Tableau clinique de la dissection aortique

Apparition **soudaine** d'une **douleur vive** et intense associée à une **sensation de déchirure**, qui siège au début dans la poitrine, l'abdomen ou le dos, puis qui irradie dans le dos ou vers les MI à mesure que s'étend la déchirure.

L'**HTA** est le symptôme avant-coureur dans de nombreux cas

Autres signes avant-coureur:

- Pouls périphériques filants
- Ischémie des membres
- Apparition d'un souffle évocateur d'une régurgitation aortique
- Altération de l'état mental
- Coma

P2  
AIRE  
DE  
CHOC

## Tableau clinique de la dissection aortique

La douleur engendrée par la **dissection de l'aorte ascendante** siège au centre de la poitrine ou dans le dos, dans la région interscapulaire.

Celle engendrée par la **dissection de l'aorte descendante** se manifeste habituellement par une douleur qui irradie vers le bas du dos, dans l'abdomen ou dans les jambes.

## Pression artérielle aux 2 bras

→ Une différence de pression artérielle entre les 2 bras (anisotension) de **plus de 20mmHg** peut être observée.

→ Une inégalité de l'amplitude des pulsations artérielles (anisosphymie) entre le côté gauche et le côté droit peut être présente voire même une absence de pouls d'un côté.

# L'auscultation cardiaque

→ Procéder à l'auscultation cardiaque (2<sup>e</sup> espace intercostal droit) :

un **souffle diastolique au foyer aortique** est évocateur d'une insuffisance de la valve aortique d'où l'apparition probable de signes et symptômes tels que :

- Dyspnée
- Tachypnée
- Orthopnée
- Râles crépitants



## Mise en situation #9

- Monsieur Forget, 62 ans, se présente au triage avec Dyspnée augmenté et douleur au thorax.
- PQRSTU:
- Interventions:
- Code de priorité:
- Orientation:
- Réorientation:
- Red flag:

## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- Désordres Neurologiques
- Triage ophtalmique
- Trauma oculaire
- Désordres respiratoires
- Désordres ORL
- Désordres cardiaque
- **Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires**
- Désordres tégumentaires et allergiques
- Musculo-squelettiques
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- Signes de chocs
- Prévention et contrôle des infections
- Santé mentale
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- Documentation
- Comité triage

# DÉSORDRES ABDOMINAUX, GYNÉCOLOGIQUES ET URINAIRES

# Généralités

- Douleur abdominale: digestive
- Douleur abdominale: urinaire
- Douleur abdominale: gynécologique
- Douleur abdominale: organes génitaux mâle
- Agression sexuelle
- Traumatisme abdominaux

# Généralités

## ▪ Questionnaire général

- Localisation de la douleur
- PQRSTU
- Type : crampiforme, point, coup poignard, une «barre», intermittent, crescendo, decrescendo

## ▪ Paramètres à évaluer pour tous les types de douleurs abdominales:

- Signes vitaux incluant T°
- Auscultation
- Palpation abdomen:
  - Qualité
  - Défense (volontaire ou non)
  - Ressaut
  - Punch rénal \* **Contre-indiqué chez les patients sous ACO \***
  - Masse pulsatile
  - Abdomen rigide, « ventre de bois »

# Douleur abdominale : digestive

## ▪ Questionnaire:

- Facteurs aggravants la douleur (ex. : capacité de manger, heure du dernier repas)
- ATCD (alcoolisme, ulcère d'estomac, hernie)
- Médication (prise d'anti-inflammatoire)

## ▪ Signes et symptômes associés:

- N°, V°, hématurie, v° de type grain de café
- Diarrhée, rectorragie, méléna, constipation
- Coloration peau, diaphorèse
- Fièvre associée
- Présence d'une masse

## ▪ Signes de déshydratation:

- $\geq 10$  V° / 24h
- $\geq 5$  diarrhée/jour/48h
- Diminution d'urine
- Tachycardie et/ou hypotension inhabituelle
- Sécheresse des muqueuses, absence de larmes

## ▪ Paramètres et interventions spécifiques : ?

[Conseils gastro-entérite](#)

O.C.  
[Réhydratation  
orale](#)

# Douleur abdominale : urinaire

## ▪ Questionnaire:

- Début : soudain vs progressif
- Antécédents
- Chirurgie récente
- Sonde urinaire en place (bloquée ou pas)

## ▪ Signes et symptômes associés:

- Anurie, présence d'un globe vésical
- Dysurie, pollakiurie, oligurie, incontinence
- Hématurie
- Brûlement mictionnel
- Couleur trouble et/ou odeur nauséabonde de l'urine
- N°, V°
- Couleur de la peau, diaphorèse
- Fièvre associée

## ▪ Paramètres et interventions spécifiques : ?

# Douleur abdominale : gynécologique

## • Questionnaire:

- Nombre de semaines de grossesse si enceinte
- Relation sexuelle à risque
- Date dernière menstruation

## • Signes et symptômes associés:

- Saignement, caillots et/ou perte vaginale
- Odeur nauséabonde des pertes
- Fièvre associée
- Couleur de la peau, diaphorèse
- Ménorragie, métrorragie
- Dysménorrhée
- N°, V°, fatigue
- Œdème vulvaire

## • Paramètre spécifique à évaluer: ?

Début brusque ou progressif, douleur latéralisée, crampiforme (trompe, ovaire). Durant le 1<sup>er</sup> trimestre. Causant une instabilité hémodynamique = **Grossesse ectopique versus torsion ovarienne**



# Douleur abdominale : organes génitaux mâle

## ▪ Questionnaire:

- Délai depuis apparition douleur, soudain ou progressif
- Relation sexuelle à risque

## ▪ Signes et symptômes associés:

- Étranglement du gland
- Œdème (phimosi)
- Rougeur
- Éruption cutanée
- Prurit
- Écoulement

## ▪ Paramètres et interventions spécifique :

- Inspection
- Observer (rougeur, œdème, hernie réductible)
- Évaluer le réflexe crémasterien

## Douleur abdominale : organes génitaux mâle

**\*\*Torsion testiculaire = urgence chirurgicale.** Nécessite une chirurgie < 6 heures suivant le début d'apparition des symptômes.

Autres diagnostics possibles :

- Priapisme
- Balanite
- Épididymite
- Paraphimosis

## Agressions sexuelles

- **Questionnaire:** (poser peu de questions et aviser l'AIC)

- Date de l'évènement
- Est-ce que la personne est accompagnée
- Vaccination?

- **Délais:**

- $\leq 5$  jours ou mineur: URGENCE (trousse médico-légale)
- $\geq 6$  jours: sur RDV, sauf si urgence médicale ou psychologique (trousse médico-sociale)

**Si un parent /adulte se présente avec un mineur pour possibilité d'abus, ne poser aucune question directement à l'enfant. Si possible, demander à ce qu'un deuxième adulte soit présent.**

## Agressions sexuelles

### Paramètres et interventions spécifiques à évaluer:

- Si besoin d'uriner, donner un pot de culture d'urine et demander à la patiente de le garder avec elle. **Important: Ne pas donner de tampon d'alcool pour nettoyage et ne pas faire de mi-jet**
- **Vêtements ou tout autre effets: les mettre dans un SAC DE PAPIER BRUN. Les sacs de plastique modifient l'ADN**
- **Garder NPO si possible**

# Traumatismes abdominaux

## ▪ Questionnaire:

- Mécanisme de l'évènement
- Pertes sanguines

## ▪ Signes et symptômes associés:

- Ecchymose et/ou hématome
- Sensibilité et rigidité abdominale
- hématurie

## ▪ Paramètres spécifiques à évaluer:

- Saignement externe non contrôlé
- Intégrité abdominale
- Emphysème sous-cutané

**Important: un traumatisme peut toucher plus d'un système.**

## Pathologies possibles associés à un traumatisme

Douleur a/n QSG avec irradiation possible à l'épaule G (signe de Kehr), fracture de côtes 9 à 11 associées, irritation péritonéale, instabilité hémodynamique, ecchymose QSG	<b>Rupture Lacération et hématome splénique</b>
Douleur a/n QSD avec irradiation possible à l'épaule D, fracture de côtes 5 à 10 associées, ecchymose QSD, instabilité hémodynamique	<b>Lacération et hématome hépatique</b>
Douleur et sensibilité au flanc irradiant au dos et région inguinale, hématome et/ou ecchymose a/n du flanc, hématurie, instabilité hémodynamique, punch rénal +	<b>Contusion et lacérations rénales</b>

## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- Désordres Neurologiques
- Triage ophtalmique
- Trauma oculaire
- Désordres respiratoires
- Désordres ORL
- Désordres cardiaque
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- **Désordres tégumentaires et allergiques**
- Musculo-squelettiques
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- Signes de chocs
- Prévention et contrôle des infections
- Santé mentale
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- Documentation
- Comité triage

# DÉSORDRES TÉGUMENTAIRES ET ALLERGIES



Brûlures

Hypothermie et engelures

Lacérations, plaies et possibilité de  
cellulite

Éruptions cutanées

Réaction allergique



# Brûlures

## Questionnaire:

Histoire (mécanisme de production de la lésion)

Source

- **Chimique:** Identification du produit (fiche simdut-CAP)
- **Électrique**
  - Type de courant (alternatif vs continu)
  - Durée du contact avec la source
  - Trajet du courant parcouru
  - Voltage et ampérage
- **Thermique:**
  - Chaleur (vapeur, liquide chaud)
  - Agent sec (flammes)
  - Rayon (U.V.)

Âge de l'utilisateur

ATCD, allergies

Notion espace clos, explosion

Durée de l'exposition (temps de brûlure)

## Brûlures

On doit suspecter une **intoxication au monoxyde de carbone** chez les usagers victimes de brûlures causées par un incendie et/ou explosion.

**Traitement ?**

S'il s'agit d'une explosion ou d'une possibilité de trauma: **immobiliser la colonne cervicale** si ce n'est pas déjà fait

**Zones critiques** qui sont considérées plus sévères si touchées: **visage, mains, pieds, périnée et articulations majeures.**

# Brûlures






## Signes et symptômes associés:

- Altération de l'état de conscience
- Respiratoires
- État de la peau
- Intensité douleur

## Interventions infirmières:

- Soulager la douleur
- Refroidir la brûlure
- Couvrir la brûlure avec pansement humide
- Éviter tout contact avec l'air extérieur

## Paramètres à évaluer:?

<p>Superficielle (1<sup>er</sup> degré)</p>	<p>Atteinte des couches superficielles de la peau Rouge avec chaleur, blanchit à la pression, douloureux Absence de bris de peau ou de phlyctène</p>	
<p>Partielle superficielle (2<sup>e</sup> degré superficielle)</p>	<p>Atteinte de l'épiderme Phlyctènes sensibles sur fond rouge Exsudat séreux Très douloureux lorsqu'exposé à l'air ou aux changements de T°</p>	
<p>Partielle profonde (2<sup>e</sup> degré profond)</p>	<p>Atteinte jusqu'au derme Blanc mat, peu d'exsudat Possible phlyctène pâle (mal vascularisée) Insensible</p>	
<p>Profond (3<sup>e</sup> degré)</p>	<p>Atteinte jusqu'à l'hypoderme Sec, ferme, d'aspect de cuir Noir ou brun avec du blanc cireux Nécrose adhérente, insensible</p>	
<p>Sous-dermique (4<sup>e</sup> degré)</p>	<p>Atteinte jusqu'aux muscles, tendons ou os Sec, carbonisé, blanc ou brun, insensible Réduction ou perte de mobilité Risque d'amputation</p>	

# Hypothermie et engelures

L'hypothermie = diminution T° centrale < 36°C

## Questionnaire:

- Durée exposition
- Mécanisme: exposition froid vs immersion dans l'eau

## Signes et symptômes associés:

- Altération de l'état de conscience
- État de la peau (CCMSPROC)
- Partie atteinte
- Instabilité hémodynamique

## Paramètres à évaluer:

- Signes vitaux incluant T°, SaO2 si possible
- État de conscience, pupilles, signes neurologiques
- Signes neurovasculaires
- Intoxication
- Âge

# Hypothermie et engelures

## Traitement initial:

- Retirer les vêtements mouillés, assécher la peau
- Éviter de masser et/ou froter
- Réchauffer avec de l'eau chaude à 40 °C ad signes neurovasculaires normaux.

**Important: hypothermie = souvent intoxication**

Degré	Apparence de la peau
1 <sup>er</sup>	Inflammation et œdème sans nécrose de la peau
2 <sup>e</sup>	Nécrose partielle de la peau avec inflammation et phlyctène
3 <sup>e</sup>	Nécrose totale de la peau et tissu sous-cutané et formation de vésicules hémorragiques (phlyctène avec sang)
4 <sup>e</sup>	Nécrose de la peau incluant muscles et os. Gangrène

# Lacérations, plaies et possibilité de cellulite

## Questionnaire:

- Agent causal
- Amputation
- Localisation, étendue, profondeur
- Délai depuis évènement
- Vaccination antitétanique ( $\leq 10$  ans)
- Histoire de morsure, piqûres d'insectes contaminés

Conseils plaies  
Administration vaccin  
anti-tétanique

## Signes et symptômes associés:

- Saignement actif ou non, pulsatile
- Signes infections
- Description (longueur, forme...)



## Paramètres à évaluer: ?



# Traitement des plaies et lacérations

1. **Retirer le pansement**
2. Nettoyer la plaie
3. Objectiver la plaie et détailler dans votre triage (dimensions, apparence, écoulement, saignement pulsatile ou non...)
4. Application d'un pansement adéquat (telfa, humide, alginate de calcium)
5. Délimiter l'étendue de la rougeur
6. Documenté la plaie



# Éruptions cutanées

## ■ Questionnaire:

- Étendue
- Histoire de contact infectieux

## ■ Signes et symptômes associés:

- Aspect et écoulement
- Fièvre (historique)
- Prurit
- Signes infections cutanées
- État général
- Localisation du rash + chronologie

## ■ Paramètres à évaluer:

- Signes vitaux incluant T°
- S'assurer que ce ne sont pas des pétéchiies
- Évaluer la possibilité de réaction allergique



# MALADIES ÉRUPTIVES DE L'ENFANT (1).

## CONTACTS RÉCEPTIFS. TRAITEMENT PRÉVENTIF.



SUJETS / FACTEURS DE RISQUE.



RISQUE EMBRYO-FŒTAL.



PARENTS, FRATRIE

ENTOURAGE DU MILIEU DE TRAVAIL

### CINQUIÈME MALADIE

*Parvovirus B19*



réticulé

Âges: préscolaires et scolaires.

Incubation: ± 14 jours.

Contagiosité: 1 à 5 jours avant l'éruption.

*Peu ou pas de fièvre, bon état général, parfois prurit, arthralgies (adolescents, adultes).*

Hémoglobinopathies (anémie falciforme, thalassémie, etc), anémie chronique.

Surveillance: signes indicateurs d'anémie.



Faible risque d'anasarque foeto-placentaire.

Surveillance: dosages sériques (IgG, IgM, α-foetoprotéine), échographies.

Prévention: γglobulines IM (?).

Surveillance.

Femmes enceintes: retrait préventif(?).

Enfants et adultes: surveillance.



### MALADIE MAINS-PIEDS-BOUCHE

*Coxsackievirus*



vésiculaire

Âges: préscolaires et scolaires.

Incubation: 3 à 6 jours.

Contagiosité: 1 à 5 jours avant l'éruption.

*Peu ou pas de fièvre, bon état général, dysphagie.*



Risque embryo-foetal négligeable.

Surveillance.

Femmes enceintes: Pas d'indication de retrait préventif.

Enfants et adultes: surveillance.



### ROSÉOLE

*Herpesvirus 6*



maculo-papuleux

Âges: 6 mois à 18 mois.

Incubation: 9 à 10 jours.

Contagiosité: pendant le stade fébrile.

*Fortes fièvres, bon état général, parfois convulsion, diarrhée.*



Risque embryo-foetal négligeable.

Surveillance.

Femmes enceintes: Pas d'indication de retrait préventif.

Enfants et adultes: surveillance.



4 à 5 jours

### ROUGEOLE

*Virus rougeoleux*



maculo-papuleux

Âges: nourrissons et adolescents.

Incubation: 8 à 12 jours avant les premiers symptômes (± 14 jours avant l'éruption).

Contagiosité: 5 jours avant et 5 jours après le début de l'éruption.

*Fièvre élevée, état général ± altéré, yeux rouges, rhinorrhée, toux, signe de Koplik.*

Femmes enceintes, nourrissons < 1 an, "HIV" asymptomatiques: γglobulines IM (0,25 ml/kg; max. 15 ml).

Déficits immunitaires, "HIV" symptomatiques (vaccinés ou non): γglobulines IM (0,5 ml/kg; max. 15 ml).



Faible risque embryo-foetal.

Risque de rougeole grave chez la mère

γglobulines IM dans les 144 heures (6 jours) qui suivent le contact (0,25 ml/kg; max. 15 ml).

Adultes et enfants:

γglobulines IM dans les 144 heures (6 jours) qui suivent le contact (0,25 ml/kg; max. 15 ml)

Femmes enceintes: γglobulines IM, retrait préventif (retour au travail 7 à 14 jours après le dernier cas de rougeole). Adultes nés après 1956 et enfants réceptifs ou vaccinés mais sans rappel vaccinal: γglobulines IM: (0,25 ml/kg max. 15 ml).



5 à 7 jours



# MALADIES ÉRUPTIVES DE L'ENFANT (2).

## CONTACTS RÉCEPTIFS. TRAITEMENT PRÉVENTIF.



SUJETS / FACTEURS DE RISQUE.



RISQUE EMBRYO-FŒTAL.



PARENTS, FRATRIE

ENTOURAGE DU MILIEU DE TRAVAIL

### RUBÉOLE *Virus rubéoleux*

Âges: nourrissons et adolescents.  
Incubation: 14 à 21 jours ( $\pm$  17 jours).  
Contagiosité: rubéole post-natale, 7 jours avant et après le début de l'éruption; rubéole congénitale, plusieurs mois.

*Peu ou pas de fièvre, bon état général, adénopathies cervicales, arthralgies (adolescents, adultes).*



maculo-papuleux

Grossesse.



Risque embryo-fœtal élevé.

Surveillance: dosages sériques (IgG, IgM); au besoin, répéter 3-4 semaines et 6 semaines après le contact.

$\gamma$ globulines IM (0,55 ml/kg) [efficacité incertaine].

Surveillance.

Femmes enceintes:  
Au besoin, vérification sérologique du statut immunologique et retrait préventif en attendant le résultat.

Enfants et adultes:  
surveillance.



1 semaine

### SCARLATINE *Streptocoque $\beta$ -hémolytique groupe A*

Âges: scolaires.  
Incubation: 2 à 5 jours.  
Contagiosité: dès les premiers symptômes et pendant plusieurs jours ou semaines ou jusqu'à la fin du premier jour d'antibiothérapie.

*Fièvre  $\pm$ , état général  $\pm$  altéré, mal de gorge, dysphagie, adénopathies cervicales, douleurs abdominales, nausées, vomissements.*



érythémateux "papier sablé"

Adultes et enfants avec antécédents de rhumatisme articulaire aigu (R.A.A.) ou de glomérulonéphrite aiguë (G.N.A.).



Risque embryo-fœtal négligeable.

Enfants et adultes:  
si symptomatiques et si culture de gorge positive, antibiothérapie.

Antécédents familiaux de R.A.A. ou de G.N.A.: culture de gorge des contacts symptomatiques et asymptomatiques.

Enfants et adultes:  
si symptomatiques et culture de gorge positive, antibiothérapie.



3 à 5 jours

### VARICELLE *Virus varicelle-zoster*

Âges: scolaires.  
Incubation: 10 à 20 jours ( $\pm$  15 jours); jusqu'à 26 jours après injection de  $\gamma$ globulines.  
Contagiosité: 5 jours avant le début de l'éruption et pendant toute la durée du stade vésiculaire (5 à 6 jours chez l'enfant normal; contagiosité prolongée si déficit immunitaire ou HIV positif).

*Fièvre  $\pm$  élevée, état général plutôt bon, prurit.*



vésiculaire

Nouveau-nés si éruption maternelle dans les 5 jours avant et les 2 jours après la naissance.

Prématurés hospitalisés:  
- < 28 semaines ou  $\leq$  1000g,  
-  $\geq$  28 semaines et mère sans antécédent de varicelle.

Déficits immunitaires:  
 $\gamma$ globulines hyperimmunes (VariZIG\*) IM dans les 96 heures qui suivent le contact: 125U par 10kg (min. 125U, max. 635U).

\*VariZIG: Varicella Zoster Immune Globulin.



Faible risque embryo-fœtal.

Risque de varicelle grave chez la mère

Surveillance: dosages sériques (IgG, IgM), échographies.  
Prévention:  $\gamma$ globulines (VariZIG) IM dans les 96 heures (4 jours) qui suivent le contact: 125U par 10kg (min. 125U, max. 635U).

*Au besoin, retarder l'accouchement si varicelle maternelle en fin de grossesse.*

Enfants, adolescents et adultes immunodéprimés sans antécédent de varicelle:  $\gamma$ globulines (VariZIG) IM dans les 96 heures (4 jours) qui suivent le contact.

Femmes enceintes: au besoin, vérification sérologique du statut immunologique,  $\gamma$ globulines (VariZIG) IM, retrait préventif(?).



5 à 7 jours



Oui, si forme atténuée et absence de facteurs de risque



# Réactions allergiques

## ■ Questionnaire:

- Agent causal
- Délai depuis début des symptômes

## ■ Signes et symptômes associés:

- Difficulté ou détresse respiratoire, tirage
- Dysphagie, hypersalivation, stridor
- Œdème, prurit



## ■ Paramètres à évaluer:?

**Important : le potentiel de dangerosité est à son maximum pendant les 12 premières heures suivant avec le contact allergène.**

# Hypoglycémie et hyperglycémie

## Questionnaire:

- Début ?
- ATCD, insuline vs hypoglycémiant oraux

## Signes et symptômes associés:

- Les 4 «P» du diabète (Polyphagie, Polyurie, Polydipsie, Perte de poids)
- N°, V°
- Altération état de conscience
- Diaphorèse
- Tachypnée/tachycardie
- Haleine cétonique

## Paramètres à évaluer: ?

## Attention

**Procéder à une glycémie capillaire chez tout usager ayant une altération de l'état de conscience, faiblesse, chez l'usager ROH (risque d'hypoglycémie) ou enfant avec V° et diarrhées.**

**Ne pas oublier de faire manger collation protéinée à tout patient ayant une hypoglycémie traitée avec Insta-glucose.**

# R/O Thrombophlébite

## Questionnaire:

- Facteurs de risques:
  - Chirurgie récente
  - Immobilisation
  - Voyages
  - Pilule contraceptive
  - Tabagisme

## Signes et symptômes associés:

- Œdème, rougeur, chaleur
- Signe de Homans
- Signes et symptômes progressifs



## Paramètres à évaluer:?

**Important: les manifestations cliniques d'une TPP varient selon l'importance et la localisation du thrombus.**



## R/O Insuffisance artérielle

### ▪ Questionnaire:

- Caractère subit de la douleur
- Début de l'évènement

### ▪ Signes et symptômes associés:

- Pouls absent ou faible et filant
- Membre froid
- Pâleur du membre
- Intensité douleur
- Paresthésie

### ▪ Paramètres à évaluer: ?



**Important: Utiliser le «doptone» pour évaluer le pouls distal.**

## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- Désordres Neurologiques
- Triage ophtalmique
- Trauma oculaire
- Désordres respiratoires
- Désordres ORL
- Désordres cardiaque
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- Désordres tégumentaires et allergiques
- **Musculo-squelettiques**
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- Signes de chocs
- Prévention et contrôle des infections
- Santé mentale
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- Documentation
- Comité triage



## DÉSORDRES MUSCULO- SQUELETTIQUES

# Désordres musculo-squelettiques

## -Questionnaire:

- Description de l'évènement
- Mécanisme:
  - Accident de la route
  - Chute
  - Sport
  - Travail
  - violence
- Localisation
- Intensité de la douleur



**Attention: si l'énergie du traumatisme est assez puissante pour fracturer un os, elle peut avoir causé d'autres lésions**



# Désordres musculo-squelettiques

## Signes et symptômes associés:

- Déformation
- Présence d'une plaie
- Perte ou diminution de la fonction
- Œdème, hématome, ecchymose
- Hypoesthésie

## Paramètres à évaluer:

- SV, signes neurovasculaires, CCMSPROC
- Évaluation du bassin:
  1. Rotation externe crêtes iliaques
  2. Appuyer sur la symphyse pubienne en ramenant vers l'avant

**Éviter d'appuyer sur les crêtes iliaques pour ne pas causer de lésions supplémentaires.**



# Désordres musculo-squelettiques

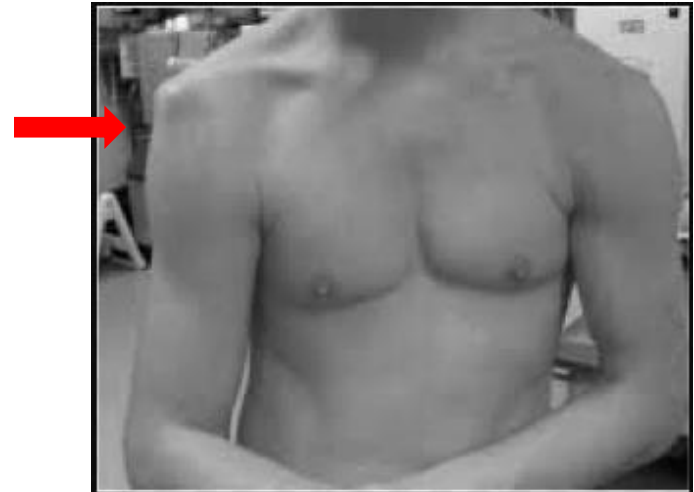
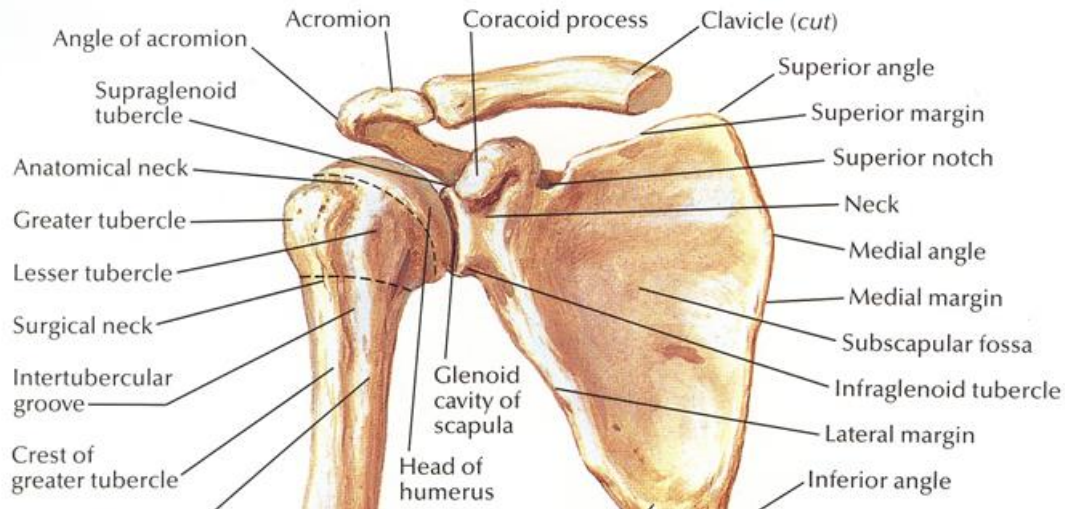
## • Traitement initial:

- Contrôler les saignements
- Immobiliser le membre traumatisé:
  - Écharpe
  - Attelle temporaire (métal, carton)
  - Bandage élastique
- Glace 20 min/h
- Élever le membre
- Analgésie (Tyléno, Advil)
- Retirer les bijoux si la blessure est aux doigts.

## **Important:**

- ✓ un syndrome du compartiment peut se développer durant l'attente: **5 P (Pain, Paresthésie, Paralyse, Pâleur, absence de Pouls)**
- ✓ Toujours considérer la personne dans son ensemble. Évaluer le patient selon l'ABCDE, même si les blessures musculo-squelettiques peuvent être impressionnantes.

## Vue antérieure de l'épaule et de l'omoplate



## Mise en situation # 3

Donjuan de 28 ans, intox, saute en bas d'un balcon, accuse douleur cheville, arrive avec ses amis

- PQRSTU:
- Interventions:
- Code de priorité:
- Orientation:
- Réorientation:
- Red flag:



## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- Désordres Neurologiques
- Triage ophtalmique
- Trauma oculaire
- Désordres respiratoires
- Désordres ORL
- Désordres cardiaque
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- Désordres tégumentaires et allergiques
- Musculo-squelettiques
- **EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie**
- Signes de chocs
- Prévention et contrôle des infections
- Santé mentale
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- Documentation
- Comité triage

# EQTPT : ÉCHELLE QUÉBÉCOISE DE TRIAGE PRÉHOSPITALIER EN TRAUMATOLOGIE

# L'ÉQTPT

→ Changement majeur : prise en charge d'un usager traumatisé en pré-hospitalier.

→ Disparition de L'IPT (indice pré-hospitalier) : remplacer par l'échelle québécoise de triage en préhospitalier en traumatologie (EQTPT).

★ Permet de mieux identifier la clientèle qui doit être transportée dans un centre de traumatologie de haut niveau.

## Centres trauma de notre secteur

- Tertiaire : HSCM
- Secondaire : HSE, HDSJ
- Primaire: M-L, Des Sommets



## Sévérité de traumatisé selon l'EQTPT

EQTPT 1  
et 2

- Traumatisés majeurs

EQTPT 3  
et 4

- Traumatisés à haut risque

EQTPT 5

- Traumatisés à faible risque

Non  
identifiés par  
l'EQTPT

- Traumatisés mineurs

## TRAU. 0

Indications d'immobilisation de la colonne vertébrale modifiés en 2017

### Pourquoi ces changements ?

- Contrôle des voies respiratoires plus difficile
- Collet cervical restreint parfois le retour veineux
- Douleur secondaire à l'immobilisation sur planche
- Lésions cutanées et neurologiques par compression des tissus

L'incidence réelle de fracture ou de traumatisme à la moelle épinière est <3%

## TRAU. 0 : Quand immobiliser?

- Si présence de facteur pouvant altérer l'appréciation clinique de l'usager : altération de l'état de conscience « V, P, U », Glasgow < 15, patient agité, non coopératif, intoxication confirmée ou présumée, TCC symptomatique, trouble de la communication, trouble cognitif apparent ou changement a/n de base selon témoins
- Si présence d'une douleur significative pouvant limiter l'appréciation clinique de l'usager : suspicion de fracture d'un os long avec douleur significative, brûlure importante, douleur significative à proximité de la colonne ( ex: occiput ), traumatisme thoracique
- Douleur à la colonne spontanée ou à la palpation
- Déficit neurologique focal présent ou disparu (engourdissement ou paresthésie de novo d'un membre, paralysie de novo)

## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- Désordres Neurologiques
- Triage ophtalmique
- Trauma oculaire
- Désordres respiratoires
- Désordres ORL
- Désordres cardiaque
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- Désordres tégumentaires et allergiques
- Musculo-squelettiques
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- **Signes de chocs**
- Prévention et contrôle des infections
- Santé mentale
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- Documentation
- Comité triage



# SIGNES DE CHOCS

Examen des systèmes	Signes cliniques
SNC	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Délirium, agitation, confusion, coma</li> <li>○ Patient HTA peut être symptomatique d'hypertension intracrânienne avec TA normale</li> </ul>
Peau	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Remplissage capillaire surtout fiable chez les enfants (&gt; 2sec) ; pas fiable chez adulte pour déterminer qui a besoin de volume</li> <li>○ Pâle, froide, cyanosé, moite, ↓ remplissage capillaire</li> </ul>
Température	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hypo (hypométabolisme ou environnemental) ou hyperthermie</li> </ul>
Rythme cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ RC : sensibilité de 30-60%, donc pas fiable comme signe précoce d'hypovolémie</li> <li>○ Brady possible (hypoglycémie, Béta bloqueur)</li> <li>○ Tachycardie souvent absente dans choc hypovolémique (hémorragique)</li> </ul>
TAS / TAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ TAS : ↑ au début puis chute; ASO peut être normotendu avant d'être hypotendu</li> <li>○ TAD : ↑ au début puis chute avec décompensation</li> </ul>

Examen des systèmes	Signes cliniques
Tension artérielle	<ul style="list-style-type: none"><li>○ TAS – TAD</li><li>○ Écart diminue avant la chute de la systolique</li><li>○ Écart + pincé, à réévaluer rapidement</li></ul>
Index de choc	<ul style="list-style-type: none"><li>○ RC / TAS</li><li>○ Normal 0,5-0,7</li><li>○ Si &gt; 1 = à réévaluer rapidement</li></ul>
Respiratoire	<ul style="list-style-type: none"><li>○ RR↑, bronchospasme</li></ul>
Rénal	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Oligurie, polyurie paradoxal dans sepsis</li></ul>
Métabolique	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Alcalose respiratoire puis acidose métabolique, hyper/hypoglycémie, hyperkaliémie</li></ul>

# Cause d'un choc septique

→ Une infection

## Facteurs prédisposants :

- hospitalisation
- Âge avancé
- grands brûlés
- chirurgie abdominale
- instrumentation génito-urinaires infection urinaire = site le + fréquent
- diabète
- néoplasie maligne
- splénectomisé
- cirrhotique
- chimiothérapie
- usage chronique de corticostéroïdes

## Causes d'un choc anaphylactique

→ Allergènes (Rx, insectes, aliments, produits...)

### Clinique :

- Cutanée : urticaire, angioedème
- Cardio-respiratoire : bronchospasme, rhinorrhée, ↓TA, dyspnée, oppression thoracique
- Neuro : perte de conscience, lipothymie
- Gastro Intestinal: dlr abdo, No, Vo, diarrhée
- ORL : dysphagie, raucité de la voix, hypersialorrhée

## Mise en situation # 6

M. Ténébreux 40 ans, présente un rash cutanée et léger œdème des lèvres.

PQRSTU:

Interventions:

Code de priorité:

Orientation:

Réorientation:

Red flag:

## Mise en situation # 7

Annette 45 ans, se présente avec des symptômes d'infection urinaire.

PQRSTU:

Interventions:

Code de priorité:

Orientation:

Réorientation:

Red flag:

## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- Désordres Neurologiques
- Triage ophtalmique
- Trauma oculaire
- Désordres respiratoires
- Désordres ORL
- Désordres cardiaque
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- Désordres tégumentaires et allergiques
- Musculo-squelettiques
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- Signes de chocs
- **Prévention et contrôle des infections**
- Santé mentale
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- Documentation
- Comité triage



# PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

## Hospitalisation antérieure dans un centre à risque d'EPC

1. Avez-vous été hospitalisé dans la dernière année >24hrs ?



Oui

Non



Pas de mesure à prendre

2. Était-ce dans une centre à risque EPC ou hors Québec?



Oui

Non



Pas de mesure à prendre

3. Faire dépistage EPC + suivre procédure locale.

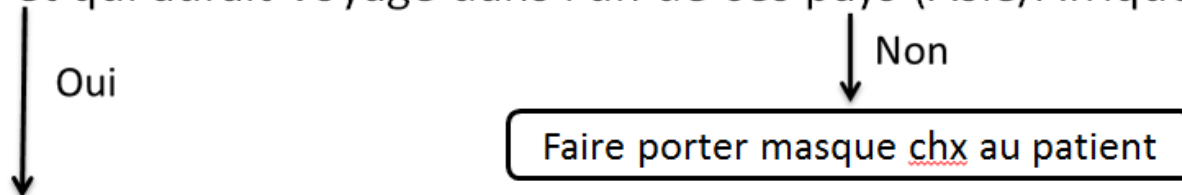
\*\*\* La liste des centres à risque EPC est disponible dans le portail clinique PCI \*\*\*

# Maladie respiratoire sévère infectieuse (MRSI)

1. Avez-vous de la toux ou des essoufflements ou présence de fièvre ( $>38^{\circ}\text{C}$ ) ou de frissons?



2. Dans les 14 jours précédents vos Sx, avez-vous voyagé dans un pays à risque de MRSI ou été en contact avec une personne ayant des Sx respiratoires et qui aurait voyagé dans l'un de ces pays (Asie/Afrique)?



3. Mettre patient en chambre pression négative (iso aérienne/contact).  
Mettre gants, blouse, masque N-95 et protection oculaire.  
Aviser le médecin pour évaluation rapide.

## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- Désordres Neurologiques
- Triage ophtalmique
- Trauma oculaire
- Désordres respiratoires
- Désordres ORL
- Désordres cardiaque
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- Désordres tégumentaires et allergiques
- Musculo-squelettiques
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- Signes de chocs
- Prévention et contrôle des infections
- **Santé mentale**
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- Documentation
- Comité triage

# SANTÉ MENTALE

## Clientèle à l'urgence

- Nombreuse et variée en santé mentale
- Connaissances de base en santé mentale nécessaires pour des soins de qualité (voire annexe)
- Préjugés trop souvent erronés favorisant la stigmatisation
- Les usagers avec une détresse mentale doivent être considérés au même titre que tous les usagers ayant un problème de santé physique

**Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de plaie visible, que la blessure intérieure n'en est pas moins importante**

## Comment aborder l'utilisateur ayant une problématique de santé mentale?

- ✓ Être à angle avec l'utilisateur lorsque vous lui parlez, ceci est moins agressant
- ✓ Garder les mains toujours devant soi
- ✓ Garder la distance minimale d'un bras entre vous et l'utilisateur
- ✓ Être toujours **vigilant et alerte** avec la clientèle psychiatrique, elle est parfois imprévisible

## La Loi P-38

La **Loi P-38.001** a pour but de protéger l'utilisateur et/ou son entourage lorsqu'il y a un **danger immédiat pour l'utilisateur ou autrui**.

- Mise en application par des intervenants extérieurs au centre hospitalier (centre de crise, policiers, intervenants)
- Les mesures d'isolement et de contentions sont laissées au jugement de l'infirmière qui évalue l'utilisateur.



## La Loi P-38

- La Loi P-38 : **Loi d'exception** pouvant être utilisée si aucun autre recours n'est possible.
- La dangerosité demeure le seul critère d'application de la Loi.

S'applique lorsque la personne dont l'état mental présente un **danger grave et imminent pour elle-même ou pour autrui**.

- Protection de la personne et de la population.
- Amène une personne à l'hôpital contre son gré.
- Détention temporaire dans un établissement de santé.
- Va à l'encontre du droit fondamental de la liberté, se doit d'être très stricte dans son utilisation.

# Guide d'évaluation de la conduite suicidaire

- Permet d'évaluer différents aspects reliés à la suicidalité afin de prendre les mesures de protection adéquates.
- **Poser 4 questions sur la condition mentale** (bien détaillées dans les notes au dossier, questions à poser au triage)
  1. **Au cours des semaines passées, avez-vous éprouvé de la difficulté à vous concentrer, à réfléchir ou à prendre des décisions? Vous sentez-vous triste tous les jours?**
  2. **Vous êtes-vous déjà senti découragé au point de souhaiter la mort?**
  3. **Avez-vous déjà pensé à vous suicider?**
  4. **Avez-vous déjà tenté de vous enlever la vie? (comment, où et quand (COQ))**



**DÉPISTAGE DU RISQUE SUICIDAIRE**  
 FP-CISS-6065

Risque suicidaire	Aucun (vert)	Léger (jaune)	Modéré (orange)	Élevé (rouge)
Vous êtes-vous déjà senti découragé au point de vouloir mourir?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
Pensez-vous au suicide? <input type="checkbox"/> Quelques fois/semaine/mois (léger) <input type="checkbox"/> À tous les jours (modéré)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	
Avez-vous des idées suicidaires actuellement? <input type="checkbox"/> Hésitant, ne sait pas ou ne veut pas préciser	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	
Avez-vous un plan de suicide? (COQ : comment, où et quand) Si oui, comment vous y prendrez-vous? _____ _____ Avez-vous accès à une arme à feu? _____ Où pensez-vous mettre votre plan à exécution? _____ _____ Quand comptez-vous mettre votre plan à exécution? _____ _____ Avec qui? _____ <input type="checkbox"/> Idées suicidaires passagères, flash suicidaire <input type="checkbox"/> Plan incomplet et dans plus de 48 heures <input type="checkbox"/> Plan complet et dans moins de 48 heures	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que le moyen prévu est accessible et réalisable? <input type="checkbox"/> Moyen non accessible, mais réalisable <input type="checkbox"/> Moyen accessible et réalisable	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
Pouvez-vous nous préciser s'il y a quelqu'un ou quelque chose qui pourrait vous empêcher de vous suicider? Si oui, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas, ambivalent		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà tenté de vous enlever la vie? Si oui, combien de fois? _____ À quand remonte votre dernière tentative? _____ Comment (moyen utilisé)? _____ <input type="checkbox"/> Moyen utilisé très léthal : _____	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
Y a-t-il quelqu'un dans votre entourage qui a fait une tentative de suicide dernièrement? Si oui, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
Y a-t-il un proche qui est décédé par suicide? Si oui, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui	
Est-ce que la personne présente des hallucinations mandatoires (entend des voix qui lui dictent de mettre sa vie en danger) qui pourraient lui suggérer de faire un passage à l'acte suicidaire? Si oui, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui	
<b>RÉSULTAT</b>				

Nom de l'utilisateur \_\_\_\_\_ # dossier : \_\_\_\_\_

**Tentatives antérieures ou proche décédé par suicide = risque 100 fois plus élevé**

Quels sont les facteurs de risque (prédisposants/précipitants/contribuants)?

Antécédents suicidaires personnels  Rupture amoureuse  
 Mauvaise estime de soi  Abus de substances/alcool  
 Présence de problèmes de santé mentale (TPL, dépression, schizophrénie ...)  
 Irritabilité voire comportement agressif (impulsivité, rigidité de la pensée, colérique ...)  
 Présence de troubles de santé physique (maladie chronique, cancer, handicap ...)  
 Violence, abus physique, psychologique ou sexuel ...  
 Conflits récents (couple, travail ...)  
 Autres : \_\_\_\_\_

Quels sont les facteurs de protection?

Capacité de demander de l'aide  Soutien du réseau social  
 Habileté de résolution de problème  Autonomie  
 Maîtrise de soi  Respect de ses limites  
 Bonne estime de soi  Sens de l'humour  
 Spiritualité et croyances  Autres : \_\_\_\_\_

**NIVEAUX D'URGENCE SUICIDAIRE**

<b>Vert</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>État de vulnérabilité</li> <li>Anxieux</li> </ul>	<b>1</b>	Pas d'idées suicidaires
<b>Léger (jaune)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>État de vulnérabilité</li> <li>Anxieux, mais en contrôle</li> <li>Idées suicidaires passagères (flash)</li> </ul>	<b>2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Déséquilibre partiel</li> <li>Idées suicidaires quelques fois par semaine</li> <li>Espoir en l'avenir</li> <li>Accepte l'aide</li> </ul>
<b>Modéré (orange)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>COQ prend de plus en plus forme</li> <li>État de déséquilibre</li> <li>Idées suicidaires quotidiennes</li> <li>Planification incomplète</li> <li>Ambivalence</li> </ul>	<b>4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>COQ dans plus de 48 heures</li> <li>État de déséquilibre</li> <li>Obnubilé par le suicide</li> <li>Tous les éléments du plan sont fixés</li> <li>Ambivalence diminuée</li> </ul>
<b>Élevé (rouge)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>COQ dans moins de 48 h</li> <li>Agité ou coupé de ses affects</li> <li>Planification complète</li> <li>Moyen disponible</li> </ul>	<b>6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>COQ dans l'immédiat</li> <li>Agité ou coupé de ses affects</li> <li>Moyen disponible</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Tentative en cours</li> <li>Intervention médicale requise</li> </ul>

**LE PLAN SUICIDAIRE EST DE PLUS EN PLUS PRÉCIS (COQ : COMMENT, OÙ, QUAND)**

**LE TEMPS EST DE PLUS EN PLUS COURT**

**CONSIGNES**

- Niveau élevé (rouge) ➤ Réévaluer à chaque début de quart et au besoin
- Niveau modéré (orange) ➤ Réévaluer à chaque 24 heures et au besoin
- Niveau léger (jaune) ➤ Au besoin

**Pour déterminer le niveau d'urgence suicidaire, vous devez tenir compte du niveau le plus élevé lors de votre évaluation et inscrire le niveau comme constat au PTI.**

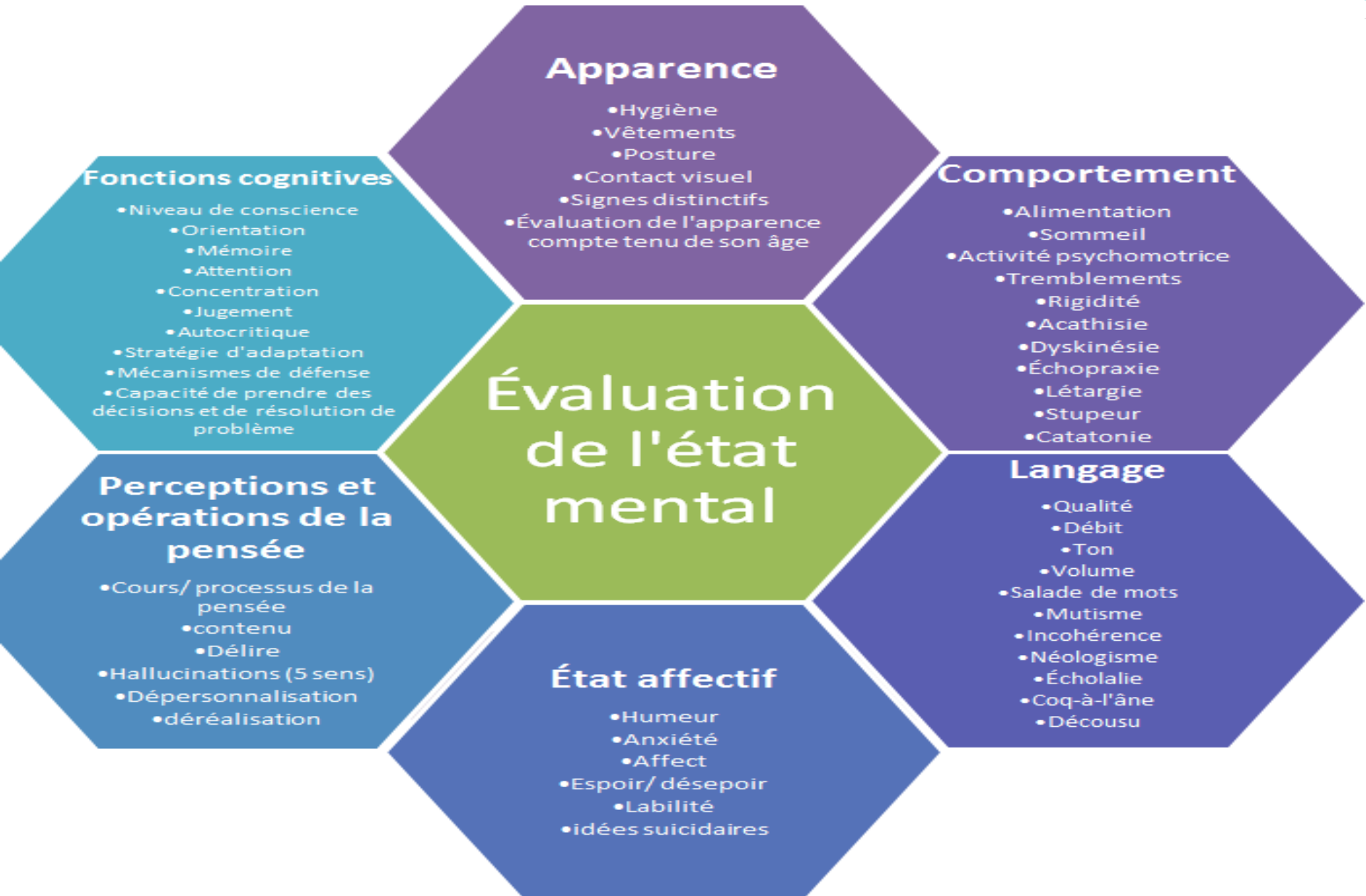
Pas d'idée suicidaire :  1 Niveau léger :  2  3 Niveau modéré :  4  5 Niveau élevé :  6  7  8

**Surveillance à mettre en place à l'unité ou à l'urgence selon le jugement clinique de l'infirmière :**

Niveau léger : surveillance q 30 ou 60 minutes Niveau modéré : surveillance q 15 ou 30 minutes  
 Niveau élevé : surveillance q 15 minutes ou mise en place d'une surveillance constante

Signature de l'infirmière : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

# ÉVALUATION DE L'ÉTAT MENTAL



# Apparence

<b>Apparence physique</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Poids proportionnel</li><li>• Maigreur</li><li>• Obésité</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Malformations physiques</li><li>• Signes distinctifs</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tatouages</li><li>• Cicatrices</li></ul>
<b>Présentation générale (habillement, tenue, hygiène, maquillage, état des cheveux et des ongles)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Propre</li><li>• Meticulosité excessive</li><li>• Extravagante</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Négligée</li><li>• Maniérée</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inappropriée</li><li>• Désordonnée#</li></ul>
<b>Expression faciale</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Calme</li><li>• Souriante</li><li>• Confuse</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perplexe</li><li>• En alerte</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Figée</li><li>• Tendue</li></ul>
<b>Contact visuel</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bon</li><li>• Fuyant</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Absent</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fixe</li></ul>
<b>Attitude</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Coopérative</li><li>• Hostile</li><li>• Perplexe</li><li>• Dramatique</li><li>• Méfiante</li><li>• Familiale</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Séductrice</li><li>• Irritable</li><li>• Tonique</li><li>• Mutisme</li><li>• Puérile</li><li>• Fermée</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Évasive</li><li>• Arrogante</li><li>• Théâtrale</li><li>• Ambivalente</li><li>• Désinhibée</li></ul>

## Comportement moteur

<b>Activité motrice</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal</li> <li>• Agitation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ralentissement</li> <li>• Rigidité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Catatonie</li> </ul>
<b>Mouvements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normaux</li> <li>• Excessifs</li> <li>• Rapides</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compulsifs</li> <li>• Tics</li> <li>• Maniérisme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tremblements</li> <li>• Brusque</li> </ul>

## Langage

<b>Qualité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articulé</li> <li>• Spontané</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monotone</li> <li>• Répétitif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stéréotypé</li> <li>• Pauvre</li> </ul>
<b>Débit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régulier</li> <li>• Lent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapide</li> <li>• Volubile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hésitant</li> </ul>
<b>Particularités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ton faible</li> <li>• Ton élevé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soliloque</li> <li>• Aphasie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu loquace</li> <li>• Bégaiement</li> </ul>



## État émotionnel

<b>Humeur</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Euthymique</li><li>• Euphorique</li><li>• Labile</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Triste</li><li>• Irritable</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Colérique</li><li>• Anxieuse</li></ul>
<b>Affect</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Concordant</li><li>• Inapproprié</li><li>• Émoussé</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Plat</li><li>• Labile</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mobilisable</li><li>• Non mobilisable</li></ul>

## Opération de la pensée

<b>Cours/processus</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cohérent</li><li>• Bradypsychie</li><li>• Tachypsychie</li><li>• Blocage</li><li>• Relâchement des associations</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Désorganisé</li><li>• Circonstancié</li><li>• Tangentiel</li><li>• Logorrhée</li><li>• Persévération</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fuite des idées</li><li>• Écholalie</li><li>• Néologisme</li><li>• Salade de mots</li></ul>
<b>Contenu</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Préoccupations</li><li>• Ruminations</li><li>• Découragement</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Désespoir</li><li>• Dévalorisation</li><li>• Obsessions</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compulsions</li><li>• Phobies</li><li>• Méfiance</li></ul>
<b>Délire</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aucun</li><li>• De persécution</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• De grandeur</li><li>• De référence</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• De contrôle</li><li>• Mystique</li></ul>

## Perceptions

<b>Hallucinations</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aucune</li><li>• Auditives</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Visuelles</li><li>• Tactiles</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Olfactives</li><li>• Gustatives</li></ul>
<b>Autres troubles perceptuels</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aucun</li><li>• Illusions</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dépersonnalisation</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Déréalisation</li></ul>





# Troubles dépressifs - Aînés

- Souvent masquée par d'autres problèmes de santé
- Camouflée par les aînés eux-mêmes → sous-diagnostiquée et sous-traitée.
- Pas diagnostiquée chez plus de 30% des personnes de plus de 65 ans.
- 40% des dépressions échappent à tout diagnostic.

**Chez un aîné, la dépression se caractérise plus souvent par de l'anxiété, de l'agitation et des plaintes au sujet de douleurs ou de pertes de mémoire. «La somatisation est un symptôme typique».**

Plaintes de maux de ventre, maux de tête, douleur aux jambes, ou encore allègue des troubles de mémoire.

Ressent vraiment ces symptômes, mais ils n'ont pas de cause physiologique.

**Ce sont, en fait, des symptômes « dépressifs.»**

## Mise en Situation # 8

Mlle Efexine, 25 ans arrive au triage, pleure, affecte plat, regard fuyant.

- PQRSTU:
- Interventions:
- Code de priorité:
- Orientation:
- Réorientation:
- Red flag:

## Mise en situation # 10

Alexandre 21 ans, séparation récente, a consommé environ 20 comprimé de morphine 5 mg et un 26 oz de vodka. Retrouvé inconscient, arrive en ambulance.

- PQRSTU:
- Interventions:
- Code de priorité:
- Orientation:
- Réorientation:
- Red flag:

## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- Désordres Neurologiques
- Triage ophtalmique
- Trauma oculaire
- Désordres respiratoires
- Désordres ORL
- Désordres cardiaque
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- Désordres tégumentaires et allergiques
- Musculo-squelettiques
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- Signes de chocs
- Prévention et contrôle des infections
- Santé mentale
- **Évaluation éthiques et pédiatriques**
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- Documentation
- Comité triage

# PARTICULARITÉS ÉTHIQUES ET PÉDIATRIQUES

## Statistiques

- Dans 30 à 50% des cas, l'agresseur est le père de l'enfant
- Dans 20% des cas, c'est son beau-père, ou le compagnon de sa mère
- Dans 13% des cas, les enfants sont secoués par leur mère
- Dans 10 à 20% des cas, l'agresseur est la gardienne ou le gardien de l'enfant.

# Consentement aux soins requis par l'état de santé

- Le mineur de 14 ans ou plus peut consentir seul aux soins requis par son état de santé.
- Avortement : généralement considéré comme un soins requis. Consentement des parents non nécessaire.
- **Exception:**
  - **Si le mineur séjourne plus de 12h, les parents ou tuteur doivent être avisés qu'il a été admis dans l'établissement**

## Consentement aux soins non requis par l'état de santé

- Le mineur de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins non requis par son état de santé.
- **Exception:**
  - Si les soins représentent un risque sérieux pour sa santé et peuvent causer des effets graves et permanents, le consentement des parents ou du tuteur est obligatoire.
- En bas de 14 ans, la présence de ses parents ou de son tuteur est obligatoire afin de recevoir des soins.



## Le droit de refuser des soins

- Le mineur de 14 ans ou plus a le droit de refuser tout type de soins
  - **Qu'ils soient requis ou non requis par son état de santé**
- Cependant, si les parents ou le tuteur du mineur veulent aller à l'encontre de son refus et procéder aux soins proposés, ils doivent **obtenir l'autorisation** du tribunal

## Situation d'urgence

Le personnel médical n'a pas besoin d'obtenir le consentement d'un usager avant de lui fournir des soins si :

Sa vie est en danger ou son intégrité est menacée

ET

Son consentement, ou celui de la personne qui doit consentir pour elle ne peut pas être obtenu en temps utile.

Dans ce cas, le personnel médical ne peut prodiguer que les soins qui sont nécessaires pour remédier au danger pour la vie ou l'intégrité de l'usager.

## Situation d'urgence

Enfant de plus de 14 ans

- Si refus des soins du mineur alors qu'il y a urgence : ce sont les parents ou le tuteur qui donnent leur consentement et peuvent aller à l'encontre du refus du mineur.
- Si refus des soins du mineur **ET** des parents/tuteur et qu'il y a urgence : le personnel médical peut s'adresser au tribunal afin qu'un juge tranche, **SAUF SI** l'autorisation du tribunal ne peut être obtenue rapidement, le personnel médical peut tout de même prodiguer les soins malgré les refus de tous.

## Pédopsychiatrie

Afin de permettre une meilleure évaluation par l'équipe de la pédopsychiatrie, la présence des parents est **fortement** suggérée.

Tenter d'obtenir l'autorisation du mineur de 14 ans et plus afin de pouvoir aviser de la présence de leur enfant dans notre centre et que leur présence est optimale pour l'évaluation.

## Pédopsychiatrie

- Un enfant de **moins de 14 ans** ne peut pas être mis en garde, car ce sont les parents qui décident les soins requis par l'état de santé de l'enfant.
- Si les parents décident de quitter malgré l'avis contraire du médecin traitant et que ce dernier croit que l'enfant peut courir un risque pour sa santé, il faut immédiatement faire un **signalement à la DPJ**: ils pourront mettre une mesure d'exception afin de garder l'enfant dans notre centre jusqu'à leur évaluation.

## Syndrome du bébé secoué

L'ensemble des symptômes reliés chez un nourrisson qui a été secoué de façon violente en étant tenu par le tronc, les bras ou les épaules.

Attention: ne pas secouer pour les rots ou pour réveiller, ne pas lancer l'enfant en l'air pour jouer, reconnaître l'escalade de sa colère/impatience.

### Impacts nombreux :

- Fracture des bras, jambes, côtes
- Tête: fractures ou lacérations, déchirure de vaisseaux sanguins alimentant le cerveau, hémorragies aux yeux
- Ecchymoses
- Paralysie
- Problèmes de motricité
- Troubles comportementaux et cognitifs

# Syndrome du bébé secoué

Indices :

- Irritabilité
- Hémorragies sous-conjonctivales
- Ecchymoses (visage, cuir chevelu, bras, dos, abdomen)
- Fractures (crâne, os longs, côtes, multiples...)
- Fontanelle bombée ou tendue
- Hypotension
- Léthargie
- Vomissements
- Convulsions
- Perte de conscience
- Coma

## Indicateurs d'abus et/ou négligence (par les parents)

- **Histoire incompatible avec les blessures**
- Explications qui laissent à désirer en rapport avec la blessure
- Essaient de dissimuler les blessures de l'enfant
- Perçoivent l'enfant comme un problème
- Centrés sur leurs propres besoins
- Indifférence - hostilité - inquiétude excessive - impatience
- Réticence à fournir des informations / refusent les consentements requis pour des examens plus précis ou des photos
- Retard excessif à avoir recours des services
- L'enfant sera porté à donner la même version que ses parents, à les défendre (le peu de sécurité ou d'amour qu'ils reçoivent sont précieux)



## Statistiques

Dans les **2/3 des cas**, les **situations d'abus** sont basées sur une intention éducative ou disciplinaire.

Dans **1/3 des cas**, il s'agit de **brutalité impulsive** reliée, chez l'adulte, à une perte de contrôle souvent due à la colère.

## Article 39 de la Loi 24 sur la protection de la jeunesse

« TOUTE PERSONNE, MÊME LIÉE PAR LE SECRET PROFESSIONNEL QUI A UN MOTIF RAISONNABLE DE CROIRE QUE LA SÉCURITÉ OU LE DÉVELOPPEMENT D'UN ENFANT EST COMPROMIS, EST TENUE DE SIGNALER SANS DÉLAI À LA D.P.J. » (Direction Protection de la jeunesse).

## Quand être en alerte?

### 1-Cas d'enfant battu

- Devant un enfant portant une BLESSURE « INEXPLIQUÉE » ou « DOUTEUSE », comme une lésion des muqueuses, cutanée, osseuse qui ne peut être attribuée avec certitude à un accident.
- Devant une « HISTOIRE CONTRADICTOIRE OU FLOUE » lorsque le parent ou la PERSONNE QUI ACCOMPAGNE L'ENFANT fournit des explications qui ne correspondent pas à l'examen physique.
- Devant des PARENTS qui ne présentent pas D'ÉMOTIONS.

## Quand être en alerte?

### 2-Cas d'enfant abusé sexuellement

- Lorsque l'enfant présente des TRAUMATISMES AUX ORGANES GÉNITAUX ou à la RÉGION PÉRI-ANALE.
- Lorsque l'enfant présente des LÉSIONS À LA BOUCHE ou au nombril, des MORSURES, des PÉTÉCHIES SUSPECTES.
- Devant un ENFANT qui a PEUR DE L'ADULTE.
- Devant une HISTOIRE DE DÉNONCIATION avec une demande d'examen spécifique

**VOTRE INTERVENTION PEUT  
MARQUER LA FIN D'UNE CRISE DE  
VIOLENCE FAMILIALE  
VOUS AIDEZ UN ENFANT, MAIS AUSSI  
SES PARENTS**



# Impact de la négligence et de la violence sur l'enfant et l'adolescent

## Définition

Mauvais traitement: négligence ou abus physique ou émotionnel intentionnel, abus sexuel d'un enfant.

## 5 catégories:

1. Abus physique
2. Négligence
3. Abus sexuel
4. Abus psychologique
5. Exploitation commerciale des enfants

# Catégories

- *Abus physique*
  - infliger délibérément une blessure
  - Morsures, brûlures, étranglements, noyades, donner des coups, bébé secoué, etc.
  - La plupart des abus physiques résultent davantage d'une perte de contrôle que d'un geste prémédité
- *Négligence*
  - Manquement du parent (ou tuteur) de fournir les besoins essentiels (physiques et émotionnels) de l'enfant ainsi qu'un niveau adéquat de soins
  - Forme la plus commune de mauvais traitement
- *Abus sexuel*
  - Inceste, exhibitionnisme, pornographie juvénile, prostitution juvénile, pédophilie
- *Abus psychologique*
  - Plus difficile à définir
  - Action délibérée afin de détruire ou déséquilibrer l'estime de soi ou les compétences de l'enfant
  - Rejet, isolation, terrorisé, ignoré, violence verbale, corruption, etc.
- *Exploitation commerciale des enfants*

## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- Désordres Neurologiques
- Triage ophtalmique
- Trauma oculaire
- Désordres respiratoires
- Désordres ORL
- Désordres cardiaque
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- Désordres tégumentaires et allergiques
- Musculo-squelettiques
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- Signes de chocs
- Prévention et contrôle des infections
- Santé mentale
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- **Orientation, réorientation et départ avant prise en charge**
- Documentation
- Comité triage



# ORIENTATION, RÉORIENTATION ET DÉPART AVANT PRISE EN CHARGE

## Mythe # 1 : Il est requis d'avoir une ordonnance collective pour faire une réorientation

Depuis la modification de la Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec (2003), par l'entrée en vigueur du Projet de loi 90 (art.12), les infirmières peuvent **procéder à l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.**

C'est sur cette base que l'infirmière peut procéder à la réorientation des personnes dont l'état de santé ne nécessite pas les soins offerts dans une urgence et qu'il est plus opportun qu'elles les reçoivent dans une infrastructure différente.

La réorientation n'est pas considérée  
comme un traitement médical

## Mythe # 2 : L'infirmière au triage ne peut réorienter un patient à la maison, sans qu'il soit vu par un médecin

- La réorientation signifie que, à la suite de l'évaluation réalisée au triage, l'infirmière peut orienter le patient vers une autre ressource jugée plus optimale ou tout simplement l'inviter à retourner chez lui.
- Elle pourrait donc émettre le constat que la situation est non urgente et ne justifie pas une consultation médicale immédiate.

Avec les divers groupes professionnels concernés, dont le personnel infirmier et médical, l'établissement devra à cet effet élaborer et adopter une procédure de réorientation, afin de permettre la réorientation sécuritaire des patients vers des ressources mieux adaptées à leur situation.

## Orientation

- L'orientation appropriée ne doit pas être influencée par son âge ou son mode d'arrivée
- Il peut être indiqué pour l'infirmière d'accompagner l'utilisateur jusqu'à l'aire de traitement

## Réorientation

L'infirmière peut réorienter l'utilisateur vers une autre ressource jugée plus optimale

Elle peut offrir :

- De regagner son domicile
- Consulter ultérieurement une ressource de 1<sup>ère</sup> ligne
- De le diriger vers une ressource avec entente de service

## Réorientation

N'OUBLIEZ PAS D'OBTENIR UN  
CONSENTEMENT LIBRE ET  
ÉCLAIRÉ DE L'USAGER ET DE  
VALIDER QU'IL A LA CAPACITÉ  
PHYSIQUE ET MENTALE DE S'Y  
RENDRE

## Mise en situation

Monsieur Tremblay, 59 ans admis il y a 15 heures, en attente d'une prise en charge médicale. Il est venu, car il avait une douleur au QID droite depuis hier soir. Il vous dit que sa douleur est résolue et veut s'en aller chez lui.

Que faites-vous ?

## Refus de traitement/médication/intervention

Si l'usager refuse tout acte médico-nursing, **notez**:

- Date et heure
- Nature
- Raison ou motif du refus
- Moyens tentés avant d'en arriver au refus définitif (renforcement, enseignement)
- Réévaluation obligatoire de l'infirmière
- Explication des risques et conséquences
  - Également en contexte d'initiation d'O.C.
- Appel sans réponse selon les modalités de l'établissement



## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- Désordres Neurologiques
- Triage ophtalmique
- Trauma oculaire
- Désordres respiratoires
- Désordres ORL
- Désordres cardiaque
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- Désordres tégumentaires et allergiques
- Musculo-squelettiques
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- Signes de chocs
- Prévention et contrôle des infections
- Santé mentale
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- **Documentation**
- Comité triage

# DOCUMENTATION

## Notes au triage

- Indiquez l'heure et le nom du professionnel à qui vous donnez le rapport
- Pertinentes
- Exactes
- Complètes
- Organisées

## Oublis fréquents

- Éléments de prévention et contrôle des infections
- Interventions infirmières réalisées au triage
- Mesures thérapeutiques et diagnostiques initiées au triage
- Rapport au MD ou à l'infirmière responsable de la PEC et le nom de l'intervenant

## Table des matières

- L'infirmière au Triage
- Le triage
- Niveaux de priorité de l'ÉTG
- Les modificateurs de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> ordre
- Orientation post triage de la clientèle
- Mythes
- Triage pédiatrique
- Évaluation primaire pédiatrique
- Désordres Neurologiques
- Triage ophtalmique
- Trauma oculaire
- Désordres respiratoires
- Désordres ORL
- Désordres cardiaque
- Désordres abdominaux, gynécologiques et urinaires
- Désordres tégumentaires et allergiques
- Musculo-squelettiques
- EQTPT : échelle Québécoise de triage pré hospitalier en traumatologie
- Signes de chocs
- Prévention et contrôle des infections
- Santé mentale
- Évaluation éthiques et pédiatriques
- Orientation, réorientation et départ avant prise en charge
- Documentation
- **Comité triage**

# COMITÉ TRIAGE

## Mandats

- Poser un regard critique et suivre l'évolution des indicateurs
- Proposer, élaborer ou réviser des protocoles, procédures, ordonnances ou autres outils et en évaluer l'application
- Évaluer la qualité du processus de triage
- Recommander des formations, des interventions ou des pistes d'amélioration en lien avec les problèmes identifiés

## Composition suggérée

- 1 infirmière exerçant au triage
- 1 MD
- Chef d'unité
- CSI
- Pilote local de l'ÉTG
- Usager-partenaire

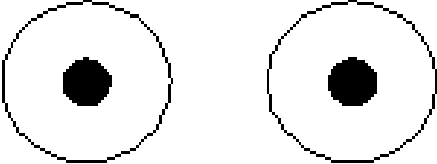
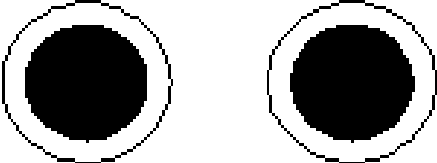
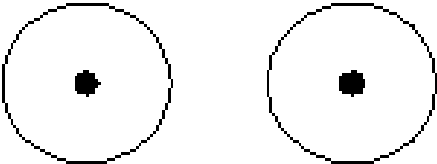
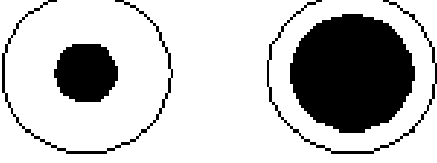
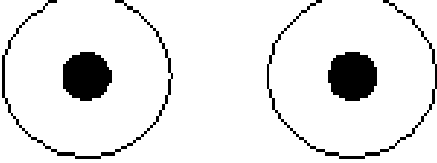




**KEEP  
CALM  
AND  
TRIAGE  
ON**

# ANNEXE

# Pupilles PERRLA

Morphologie des pupilles	Réactions pupillaires et correspondance clinique
	<p>Normalité</p>
	<p><b>Mydriase</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hypoxie profonde</li><li>• Compression du nerf crânien III</li></ul>
	<p><b>Myosis ou (tête d'épingle)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lésion du tronc cérébral</li><li>• Narcotique</li></ul>
	<p><b>Asymétrie pupillaire ou mydriase unilatérale</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gouttes topiques</li><li>• Compression du nerf crânien III</li></ul>
	<p><b>Pupilles moyennes fixes</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lésion du tronc cérébral</li></ul>

# ANNEXE 1: APPROCHES À ADOPTER SELON LES GROUPES D'ÂGE PÉDIATRIQUES

Groupe d'âge	Approche à adopter au triage	Procédure
Nouveau-né (0 à 28jrs) / Nourrisson (1mois à 1an)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Permettre au nouveau-né ou au nourrisson d'être dans les bras de ses parents pendant la procédure, sinon positionner sur la table d'examen afin qu'il les voit bien</li><li>• Encourager les parents à bien tenir le bébé lors de la procédure (explications PRN)</li><li>• Si la pièce est assez chaude, dévêtir complètement le bébé (mais garder la couche)</li><li>• Suggérez l'allaitement, si la mère allaite, 1 à 2 minutes avant la procédure douloureuse</li><li>• Favoriser le contact peau à peau avant la procédure douloureuse</li><li>• S'il pleure beaucoup, le calmer avec sa suce ou un jouet avant de poursuivre</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Réaliser l'examen physique de la tête vers les pieds</li><li>• Exécuter les procédures désagréables à la fin de l'examen</li><li>• Parler avec une voix douce</li><li>• Utiliser des distractions modérément (sons, lampe de poche, bulles...) Ex: lors de la glycémie capillaire</li></ul>

Groupe d'âge	Approche à adopter au triage	Procédure
Trottineur (1 à 3 ans)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Permettre au trottineur d'être assis sur ses parents ou debout près d'eux</li><li>• Obtenir la collaboration des parents pour déshabiller l'enfant et le tenir lors des procédures</li><li>• Retirer les sous-vêtements seulement lorsque nécessaire</li><li>• Complimenter et féliciter l'enfant pour sa participation</li><li>• Utiliser des consignes claires et courtes pour capter son attention (ex: ouvre ta bouche)</li><li>• Respecter le rythme de l'enfant</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utiliser le jeu pendant la durée de l'examen</li><li>• Procéder à l'examen de façon rapide, surtout si l'enfant coopère difficilement</li><li>• Garder les procédures douloureuses pour la fin</li><li>• Leur permettre de garder avec eux leur objet significatif (ex: doudou, toutou)</li></ul>

Groupe d'âge	Approche à adopter au triage	Procédure
Préscolaire (3 à 5 ans)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser une marionnette, une poupée ou une histoire pour expliquer la procédure et faire participer l'enfant</li> <li>• Parler doucement à l'enfant en lui expliquant les procédures dans des mots simples, sans cacher la vérité (ne pas lui dire que vous ne le piquerez pas si vous devez le faire : bris de confiance)</li> <li>• Demander à l'enfant de se déshabiller lui-même en lui permettant de garder ses sous-vêtements</li> <li>• Essayer de donner des choix à l'enfant</li> <li>• Il peut être assis ou debout lors de l'examen</li> <li>• Si le contact est difficile, on peut lui parler d'un autre sujet (ex: quels sont ses jeux préférés, quels sont ses amis à la garderie...)</li> <li>• Se placer à sa hauteur lors des procédures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser le jeu pendant la durée de vos interventions</li> <li>• Procéder à l'examen de façon rapide, surtout si l'enfant coopère difficilement</li> <li>• Garder les procédures douloureuses pour la fin</li> <li>• Leur permettre de garder avec eux leur objet significatif</li> <li>• Laisser les instruments à la portée de l'enfant. Il pourra les manipuler avant leur utilisation</li> </ul>

Groupe d'âge	Approche à adopter au triage	Procédure
Scolaire (6 à 12 ans)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il coopère généralement assez facilement, il pourra être assis seul sur la table d'examen ou sur la chaise</li> <li>• Les plus jeunes apprécient la présence des parents, tandis que les plus vieux aiment parfois mieux l'intimité</li> <li>• Demander à l'enfant de se dévêtir seul et lui permettre de garder ses sous-vêtements</li> <li>• Lui procurer une chemise d'examen PRN</li> <li>• Le renseigner sur le fonctionnement de son corps pendant votre évaluation (ex: j'écoute ton cœur, sais-tu à quoi le cœur sert? Je l'entend battre très fort!)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laisser les instruments à sa portée et le renseigner sur leur utilisation</li> <li>• Assurer l'intimité</li> <li>• Expliquer les procédures simplement</li> </ul>
Adolescent (13 à 18 ans)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'examen clinique se déroule comme celui chez l'adulte</li> <li>• Assurer l'intimité et la confidentialité lors de vos interventions</li> <li>• Dénuder seulement la région à examiner</li> <li>• Profiter de l'examen pour le renseigner sur le fonctionnement de son corps et les saines habitudes de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrôler l'environnement pour assurer l'intimité</li> <li>• Rassurer l'adolescent en lui disant que son développement corporel est normal</li> <li>• Faire preuve de discernement pour l'examen des organes génitaux</li> </ul>



## ANNEXE 2 : PARTICULARITÉS PÉDIATRIQUES

Tableau 5. Fréquence respiratoire selon l'âge

Fréquence respiratoire selon les niveaux de l'ÉTG (cycles/min)

Groupe d'âge du patient	I	II	III	IV, V	III	II	I
0 à 3 mois	< 10	10 à 20	20 à 30	30 à 60	60 à 70	70 à 80	> 80
3 à 6 mois	< 10	10 à 20	20 à 30	30 à 60	60 à 70	70 à 80	> 80
6 à 12 mois	< 10	10 à 17	17 à 25	25 à 45	45 à 55	55 à 60	> 60
1 à 3 ans	< 10	10 à 15	15 à 20	20 à 30	30 à 35	35 à 40	> 40
6 ans	< 8	8 à 12	12 à 16	16 à 24	24 à 28	28 à 32	> 32
10 ans	< 8	8 à 10	10 à 14	14 à 20	20 à 24	24 à 26	> 26

ÉTG = Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence

Tableau 6. Fréquence cardiaque selon l'âge

Fréquence cardiaque selon les niveaux de l'ÉTG (pulsations/min)

Groupe d'âge du patient	I	II	III	IV, V	III	II	I
0 à 3 mois	< 40	40 à 65	65 à 90	90 à 180	180 à 205	205 à 230	> 230
3 à 6 mois	< 40	40 à 63	63 à 80	80 à 160	160 à 180	180 à 210	> 210
6 à 12 mois	< 40	40 à 60	60 à 80	80 à 140	140 à 160	169 à 180	> 180
1 à 3 ans	< 40	40 à 58	58 à 75	75 à 130	130 à 145	145 à 165	> 165
6 ans	< 40	40 à 55	55 à 70	70 à 110	110 à 125	125 à 140	> 140
10 ans	< 30	30 à 45	45 à 60	60 à 90	90 à 105	105 à 120	> 120

ÉTG = Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence

Région évaluée	Particularités Pédiatriques	Implication clinique
<b>Ouverture des voies respiratoires</b>  <b>A</b>	Langue large par rapport à l'oropharynx.	Cause la plus commune d'obstruction des voies respiratoires; le repositionnement de la tête permet l'ouverture de celle-ci, utiliser la sublaxation s'il y a suspicion de traumatisme de la colonne.
	Respiration unique par le nez chez les enfants de moins de 4 mois	Les enfants de moins de 4 mois peuvent développer une détresse respiratoire à la suite d'une congestion nasale; l'aspiration des sécrétions nasales au triage peut résoudre une détresse par obstruction.
	Petit diamètre des voies respiratoires	La grosseur de la trachée chez l'enfant est +/- de la grosseur de son petit doigt! Une petite quantité de sang, de mucus, de petits objets ou un œdème léger peut obstruer facilement les voies respiratoires.
	Position antérieure et céphalique du larynx	Augmente le risque d'aspiration.
	Immaturité du larynx qui est encore cartilagineux	Augmente le risque de compression des voies respiratoires en hyper flexion ou hyper extension, pouvant causer l'obstruction.
	Cou court, trachée courte.	Résulte un déplacement facile du tube endotrachéal avec les mouvements de la tête et des risques accrus d'intubation dans la bronche droite.

Région évaluée	Particularités Pédiatriques	Implication clinique
<b>B</b>	Mécanismes compensatoires moins efficaces	Un enfant en détresse respiratoire ↑ son amplitude et sa fréquence respiratoire pour compenser, mais se fatigue facilement et décompense aussi rapidement.
	Métabolisme + rapide	Résultent un rythme respi plus rapide et une utilisation moins efficace de l'O <sub>2</sub> et du glucose. La fièvre et l'anxiété peuvent aussi ↑ le métabolisme.
	Rythme respiratoire varie avec l'âge	Le rythme respiratoire normal est inversement proportionnel à l'âge. Un enfant avec un rythme respiratoire soutenu > à 60/min est à risque d'un ACR. Un rythme respiratoire lent ou irrégulier dans une condition aiguë est aussi de mauvais augure.
	Paroi thoracique + mince	Les sons respiratoires sont facilement transmissibles d'un poumon à l'autre.
	Cage thoracique et sternum encore immature	Résulte une rétraction inadéquate de la cage thoracique lors de détresse et l'apport de volumes insuffisant.
	Faible musculature intercostale	La respiration est majoritairement dépendante du diaphragme; la position assise aide à une bonne utilisation de ce muscle.
	Diaphragme plat	Toute pathologie faisant pression sur le diaphragme affecte aussi la respiration.
	Positionnement horizontal des côtes	Augmente la difficulté à prendre un bon volume d'air lorsqu'il y a détresse.
	Petites alvéoles	Moins de surface pour les échanges gazeux.

Région évaluée	Particularités Pédiatriques	Implication clinique
<b>Circulation</b>  <b>C</b>	Le volume de sang chez la clientèle pédiatrique est limité	Une petite perte sanguine peut conduire facilement à un compromis hémodynamique.
	Rythme respi rapide	Les normalités varient selon l'âge.
	Le myocarde s'adapte - facilement, est -contractile et possède un volume d'éjection limité.	Le débit cardiaque est maintenu en ↑ la fréquence cardiaque plutôt que le volume d'éjection: ( $DC=FC \times VE$ ). Le débit cardiaque ↓ rapidement avec un rythme >200batt. /min. Tachycardie =signe précoce de choc.
	Débit cardiaque plus grand	Subviene à une demande accrue en O <sub>2</sub> dû à un métabolisme + actif. Mais il a peu de réserve: un stress prolongé, un sepsis ou une hypothermie peut mener à une détérioration rapide
	Mécanismes compensatoires forts, peu maintenir un bon débit cardiaque sur une longue période.	Les mécanismes compensatoires maintiennent la circulation vers les organes vitaux et une vasoconstriction périphérique. La température, la couleur et le retour capillaire seront affectés rapidement. <u>L'hypotension est un signe tardif de choc</u> , car les enfants peuvent conserver une pression normale jusqu'à une perte de 25% du volume sanguin. Se détériore rapidement
	Pourcentage d'eau plus important en fonction du poids	Peut devenir déshydraté + rapidement. Objectiver une dépression des fontanelles.
	Fonction rénale immature jusqu'à l'âge de 1 an	La déshydratation apparaît rapidement dû au fait de l'incapacité à concentrer l'urine. Diurèse normale : 1-2ml/Kg/heure.
	Système nerveux sympathique peu développé chez le nouveau-né	Les nouveau-nés sont plus sensibles aux stimulations parasympathiques telles que la succion et la défécation. Une bradycardie peut être observée en réponse à un stimulus.

Région évaluée	Particularités Pédiatriques	Implication clinique
<p>État neurologique</p> <p><b>D</b></p>	<p>Réflexes immatures présents à la naissance</p>	<p>Il est normal de retrouver le réflexe de Babinski et de Moro</p> <p><a href="#"><u>Réflexe de Moro</u></a></p> <p><a href="#"><u>Réflexe de Babinski</u></a></p>
	<p>Fermeture des fontanelles entre l'âge de 12 à 18mois</p>	<p>La pression intracrânienne augmente avec la croissance du squelette.</p>
	<p>Le niveau de conscience est plus difficile à déterminer</p>	<p>Grandement affecté par une oxygénation et une ventilation adéquate.</p>
	<p>Il est normal de retrouver le réflexe de Babinski jusqu'à ce que l'enfant commence à marcher.</p>	<p>Il est anormal de retrouver ce réflexe chez un enfant qui marche.</p>
	<p>Système nerveux autonome immature jusqu'à l'âge d'un an</p>	<p>Le contrôle de la température en réponse au changement de l'environnement est limité.</p>

Région évaluée	Particularités Pédiatriques	Implication clinique
<p data-bbox="125 278 542 392"><b>Exposition à l'environnement</b></p> <p data-bbox="314 549 349 592"><b>E</b></p>	<p data-bbox="639 211 1108 868">Jusqu'à l'âge de 3 mois, l'enfant est incapable de produire de la chaleur en frissonnant, il doit utiliser ses réserves de graisse pour sa thermorégulation.</p>	<p data-bbox="1136 211 1866 464">Ce processus ↑ la demande métabolique en énergie. Plus grande utilisation du glucose sanguin et de l'O<sub>2</sub>.</p>
	<p data-bbox="639 891 1108 1339">Les nouveau-nés, les trottineurs et les jeunes enfants ont un ratio de surface corporelle plus grande que leur poids.</p>	<p data-bbox="1136 891 1866 1072">Cela ↑ les risques d'hypothermie chez l'enfant blessé ou malade.</p>

# LECTURE OBLIGATOIRE



## Le rôle de l'infirmière au triage

1. Évaluation des usagers et détermination de la gravité
2. Communication avec les professionnels de la santé
3. Détermination de l'aire de traitement
4. Amorçage des protocoles de traitement/mesures de premiers soins
5. Monitorage et réévaluation
6. Participation à l'orientation des usagers
7. Documenter les notes au triage

## Caractéristiques cognitives

- Possède des connaissances diversifiées
- Bon jugement clinique
- Utilise la pensée critique
- Capable de prendre des décisions rapidement
- Capable de prioriser
- S'adapte à des situations qui évoluent rapidement

## Caractéristiques comportementales

- Advodcacy pour les usagers
- Capable de travailler sous pression
- Capacité d'adaptation
- Capacité organisationnelle
- Capable d'improviser
- Applique son intuition
- A confiance en son jugement
- A confiance en ses pairs
- Capacité à faire du reflet

## Traits personnels

- Souplesse
- Empathique
- Autonome
- Bonnes aptitudes de communication (techniques efficaces d'entrevue)
- Assurance
- Patience
- Fait preuve de compassion
- Avoir une volonté d'écouter et d'apprendre
- Fait preuve de discrétion
- Bonne gestion du stress
- Connaît ses limites

## Responsabilités

- Gestion continue de la salle d'attente (surveillance visuelle étroite)
- Informer les usagers des délais d'attente, du fonctionnement de l'urgence et des priorités
- Doit aviser l'utilisateur de venir l'informer de toute modification de son état
- Réévaluer l'utilisateur s'il décide de quitter sans avoir vu le médecin
- Alerter son supérieur si les délais compromettent l'évaluation et la réévaluation des usagers
- Accompagne l'utilisateur jusqu'à l'aire de traitement sélectionné et transmettre le rapport à l'infirmière et consigné au dossier

## Les modificateurs

**1<sup>er</sup> ordre**: informations additionnelles objectivées lors de l'évaluation complète, selon la raison de consultation en vue de faciliter et standardiser un niveau de priorité adéquat. Vient potentialiser ce niveau de priorité.

**2<sup>e</sup> ordre**: spécifiques à un certain nombre de raison de consultation.

## Douleur centrale versus périphérique

Douleur centrale : douleur soupçonnée de prendre naissance dans une cavité du corps ou dans un organe, peut être associée à une atteinte menaçant la vie ou l'intégrité d'un organe.

Douleur périphérique : douleur soupçonnée de prendre naissance sous la peau, dans les tissus mous, dans le squelette axial ou à la surface des organes superficiels.

Nommez des exemples

## La salle d'attente



- Autonome ou accompagné
- Ne nécessite pas une prise en charge immédiate (même si hospitalisation ensuite)
- Hémodynamiquement stable

Ou dirige-t-on les usagers arrivés en ambulance ?



## Ambulatoire

\*Un P2 pourrait être placé en salle d'attente **si l'aire de traitement qui lui est approprié est l'ambulatoire** (Ex : épistaxis, flash de soudure) à condition que son **attente y soit sécuritaire**.

\*Un usager installé dans une salle doit être réévalué par l'infirmière de l'ambulatoire qui demandera la collaboration de l'infirmière du triage au besoin, selon la codification attribuée.

## Critères d'orientation sur civière



- Une pathologie à risque de mortalité ou de morbidité et nécessitant une prise en charge immédiate. (ex : Aire de choc)
- SV instables
- Apparition de nouveaux symptômes ou exacerbation de symptômes comportant un risque de morbidité ou de mortalité, et que l'on doit examiner, surveiller et traiter
- Symptômes non spécifiques incapacitants : confusion, vertiges importants, incapacité à marcher, faiblesse marquée, etc.
- Une condition psychiatrique demandant une protection (agité, suicidaire)
- Recommandé d'installer sur civière les enfants qui demandent un contact visuel et qui nécessitent une surveillance constante

## Critère d'orientation sur civière

L'aire de choc devrait être réservée pour les situations où l'on juge qu'il y a un risque immédiat de morbidité ou de mortalité.

# LECTURE OBLIGATOIRE : TRIAGE PÉDIATRIQUE

## Durant l'examen

- Débuter par les examens les moins invasifs
- Permettre à l'enfant de faire des choix
- Permettre à l'enfant de manipuler le matériel et l'équipement utilisés
- Expliquer chaque étape dans un langage simple
- Être honnête avec l'enfant
- Examiner les régions douloureuses en dernier
- Rassurer et féliciter l'enfant tout au long de l'examen
- Utiliser le « monde magique » chez les tout-petits
- Récompenser une bonne collaboration (féliciter, donner un collant...)

## Si l'enfant refuse de coopérer

- Garder à l'esprit que tout enfant craintif peut avoir vécu une expérience traumatisante
- Faire participer le parent dans le processus d'examen
- Utiliser une approche ferme et directe concernant le comportement attendu
- Effectuer l'examen le plus rapidement possible, réduire toute interruption
- Demander de l'aide pour tenir doucement l'enfant
- Utiliser une voix douce et confiante

# A (Airway) = Ouverture des voies respiratoires

## Observations:

- **Vocalisations**
- **Obstruction avec la langue**
- **L'œdème du visage, l'angioedème ou l'œdème périorbitaire**
- **Posture utilisée**
- **L'hypersalivation**
- **Sons anormaux? : Stridor, grognement, ronflement, wheezing.**
  - Les sons entendus à l'inspiration sont caractéristiques d'une obstruction des voies respiratoires supérieures
  - Les sons entendus à l'expiration sont caractéristiques d'une obstruction des voies respiratoires inférieures

# B (Breathing) = Respiration

## Observations:

- **Respiration spontanée ou non**, ainsi que le niveau de conscience
- **Le rythme et l'amplitude** respiratoire
- **La symétrie du thorax**
- **La couleur de la peau**
- **L'auscultation**
- **Les signes cliniques d'un problème respiratoire:**
  - **Battement des ailes du nez (BAN)**
  - **Tirage respiratoire** (sus sternal, sous costal, intercostal, sous claviculaire ou sus claviculaire)
  - **Mouvement de tête à la respiration**
    - **Head Bobbing**
  - **Râles expiratoires**
  - **Utilisation des muscles accessoires**



## B (Breathing) = Respiration

- **Une respiration paradoxale** : qui résulte de l'affaissement d'un lobe pulmonaire ou d'une atteinte à l'intégrité de la paroi thoracique
- **L'intégrité des tissus mous**
- **La mesure de la saturation en oxygène:**
  - Une saturation en oxygène inférieure à 92% est un indice de difficulté respiratoire à l'exception d'une malformation cardiaque congénitale. **\*\* Voir OC Oxygénothérapie : pouvons initier O2 à partir de 94% chez l'enfant**

## Interventions



- Respiration présente :
  - Position de confort pour faciliter la respiration et réduire l'anxiété
  - Fournir un support en oxygène, PRN
- Respiration absente ou inefficace:
  - Installer l'enfant directement dans l'aire de choc/salle de réanimation afin de débiter la ventilation ou la réanimation si nécessaire

## C (Circulation) = Circulation

### Observations:

- État de la peau et des téguments
- Temps de remplissage capillaire  $\leq 2$  secondes
- Saignement apparent

## D (Disability) = Désordre neurologique

### Observations:

- **L'état neurologique** est déterminé par l'évaluation du niveau de conscience de l'enfant en fonction de l'âge du développement. L'utilisation de l'acronyme **AVPU** est un moyen mnémotechnique pour déterminer le niveau de conscience de la clientèle en général, et il est aussi utilisé par les paramédics.
- **L'AVPU** combiné à **l'évaluation des pupilles** nous permettent d'avoir



**A=Alerte** et éveillé

**V**=Répond aux stimuli **verbaux**

**P**=(**Pain**) Répond seulement aux stimuli douloureux

**U**=(**Unresponsive**) Inconscient

## E (Exposure) = Exposition à l'environnement

- **Attention à la perte de chaleur**
- Dêvêtir l'enfant
- Un contrôle de la T° est impératif. La prise de **température rectale** est recommandée pour :
  - Enfants de moins de 5 ans
  - Dêficience intellectuelle
  - Enfants inconscients
  - Chirurgie buccale récente

Il y a contre-indication à une prise de T°R chez les enfants avec une affection à l'an<sup>us</sup> ou du rectum, ceux qui reçoivent des traitements de chimiothêrapie, à cause des risques inhêrents de déchirure de la muqueuse anale, de saignement et d'infection.



## F (Full set of Vital Signs) = Signes vitaux

### Observations:

- **Étape incontournable**
- Si vous jugez qu'une TA doit être prise suite à votre évaluation, vous devez la prendre via moniteur cardiaque afin d'avoir la TAM (chez les nourrissons)

Âge	FC (éveillé) (batt./min)	FC (endormi) (batt./min)	Fréquence respiratoire (resp./min)	TAS (mm Hg)	TAD (mm Hg)	TAM (mm Hg)
Nouveau né (96 h)	100-205	90-160	-	67-84	35-53	45-60
1 à 12 mois	100-180	90-160	30-53	72-104	37-56	50-62
1 à 2 ans	98-140	80-120	22-37	86-106	42-63	49-62
3 à 5 ans	80-120	65-100	20-28	89-112	46-72	58-69
6 à 11 ans	75-118	58-90	18-25	97-120	57-80	66-79
12 à 15 ans	60-100	50-90	12-20	110-131	64-83	73-84

## F – (Family Presence) Famille

- Au cœur de l'évaluation pédiatrique
- L'enfant et la famille doivent être considérés comme **une seule entité**
- La **collaboration de la famille** est requise pour l'obtention de l'histoire de soins et de la raison de consultation
- C'est la meilleure référence des normalités connues chez l'enfant
- Avantage principal: apaise l'enfant et du fait, il devient plus collaborant

## F – (Focus adjuncts) Interventions ciblées

- Évaluer les besoins **d'examen complémentaire**: Glycémie capillaire, analyse et culture d'urine, antipyrétique, solution de réhydratation, biberons

## G – (Give Comfort Measure ) Gestion de la douleur

- Utilisez votre **échelle de douleur** dans votre établissement
- Les changements du comportement dû à la douleur sont des manifestations non verbales de la douleur, chez les tout-petits qui n'ont pas accès au langage. L'évaluation et le soulagement sont donc **essentiels** chez l'enfant
- Méthodes suggérées : peau à peau, allaitement, sucrose (à venir), emmaillotement
- Favoriser la **proximité des parents en tout temps**



## L'évaluation secondaire

**F=** (Full set of Vital Signs) **Signes vitaux**, (Family Presence) **Famille**, (Focus adjuncts) Interventions ciblées.

**G=** (Give Comfort Measures) Gestion de la **douleur**

**H=** (History) **Histoire complète**, (Head To Toes) Examen de la tête aux pieds.

**I=** (Inspect Posterior Surfaces) **Inspecter** le dos

## Observations:

- Définition de l'hypotension pédiatrique

Âge	TA systolique (mm Hg)
Nouveau-né à terme (0-28 jours)	< 60
Nourrisson (1 à 12 mois)	< 70
Enfant (1 à 10 ans)	< 70 + (2 x âge en années)
Enfant et ados (> 10 ans)	< 90

Source : American Heart Association Inc.

## Signes et symptômes chez le nouveau-né

### Hyperglycémie

- Altération cycle sommeil/éveil
- Apnée
- Tachypnée, cyanose
- Hypotonie
- Pâleur
- Diaphorèse
- Trémulations
- Convulsions

### Hypoglycémie

- Irritabilité
- Agitation
- Cris ou de sons aigus
- Pâleur
- Sudation
- Léthargie
- Difficultés d'alimentation
- Crise épileptique
- Difficultés respiratoires

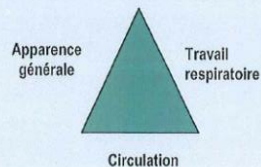
<b>Caractéristiques</b>	<b>Hypoglycémie</b>	<b>Hyperglycémie</b>
Apparition	Rapide (minutes)	Progressive (heures, jours)
Humeur	Labile, irritable, nerveux	Apathique
État mental	Difficulté à se concentrer, à parler, troubles d'équilibres et de mémoire	Léthargie, confusion
Sensations	Faiblesse, faim, céphalées	Soif, faiblesse, nausées et vomissements
Peau	Pâleur, sudation	Rougeur, Signes de déshydratation
Muqueuses	Normales	Sèches, croûteuses
Respiration	Superficielle, normale	Profonde, rapide (Kussmaul)
Pouls	Tachycardie, palpitations	Ralenti, faible
Odeur de l'haleine	Normale	Fruitée, acétonique
Signes neurologiques	Tremblements	Diminution des réflexes, paresthésie
Vision	Diplopie	Floue



# Modificateurs de 1<sup>er</sup> ordre applicables aux cas pédiatriques

## Groupes nationaux de travail sur le SIGDU et sur l'ÉTG

### Évaluation rapide initiale :



\*Si l'évaluation rapide initiale ne requiert pas l'intervention immédiate d'un médecin, veuillez prendre en considération les modificateurs de 1<sup>er</sup> ordre.

### 1<sup>re</sup> étape

#### Détresse respiratoire

Niveau de détresse respiratoire	Sat O <sub>2</sub>	Référence DEP	Niveau à l'ÉTG
<b>Sévère</b> : travail respiratoire excessif, cyanose; léthargie, confusion, incapacité à reconnaître le soignant, réaction décroissante à la douleur; mots uniques ou ne peut parler, tachycardie ou bradycardie; tachypnée ou bradypnée, apnée, respirations irrégulières; tirage important, inflammation nasale; grognements; bruits respiratoires absents ou décroissants; obstruction des voies respiratoires supérieures (dysphagie, bave, voix étouffée, respiration laborieuse et stridor); voies aériennes non protégées (toux ou réflexe laryngé faibles ou absents); tonus musculaire diminué.	<90 %	-	1
<b>Moderée</b> : travail respiratoire accru, agitation, anxiété ou combativité; tachypnée; hypoprénée; usage légèrement accru de muscles accessoires, tirage, inflammation, parole en phrases courtes, stridor, mais les voies aériennes sont protégées, phase expiratoire prolongée.	<92 %	<40 %	2
<b>Légère</b> : dyspnée; tachypnée; dyspnée à l'effort; pas de travail respiratoire accru évident; capable de parler en phrases; stridor sans obstruction aux voies aériennes, dyspnée légère à l'effort; toux fréquente.	92 – 94 %	40 – 60 %	3

#### Stabilité hémodynamique

État hémodynamique	Niveau à l'ÉTG
<b>Choc</b> : signes d'hypoperfusion sévère: pâleur marquée, peau fraîche, diaphorèse, pouls faible ou filant, hypotension, syncope posturale, tachycardie ou bradycardie significative, ventilation ou oxygénation inefficace, niveau de conscience diminué. Pourrait aussi avoir le teint rouge, paraître fébrile ou toxique, comme pour le choc toxique.	1
<b>Instabilité hémodynamique</b> : remplissage capillaire retardé, tachycardie, production réduite d'urine et changements à la peau suggèrent une mauvaise perfusion des tissus. Les vomissements et la diarrhée sont une étiologie courante. Les signes de déshydratation ne sont pas toujours fiables. L'hémorragie dans les cas de traumatismes peut être masquée par la capacité de l'enfant à maintenir sa pression sanguine.	2
Signes vitaux hors des limites normales.	3
Signes vitaux normaux.	4

Les modificateurs de 1<sup>er</sup> ordre : aident à attribuer la cote de gravité la plus appropriée à chaque patient et sont largement applicables à la majorité des raisons de consultation selon le SIGDU.

-L'évaluation de la 1<sup>re</sup> étape utilise « l'évaluation rapide initiale » avec les signes vitaux en appui si nécessaire.  
-Les éléments de l'évaluation de 2<sup>e</sup> étape sont ensuite pris en compte et appliqués tel qu'indiqué.

Cote de gravité	Descripteur (modificateur de 1 <sup>er</sup> ordre)
<b>1<sup>re</sup> étape</b>	
1	Détresse respiratoire sévère
1	Choc
1	Inconscient (Échelle de Glasgow 3-9)
2	Détresse respiratoire modérée
2	Compromission hémodynamique
2	Allération du niveau de conscience (Échelle de Glasgow 10-13)
2	<3 mois, T <38C OU >38C
2	3-36 mois, T <32C OU >38.5C & ne semble pas bien (toxique)
3	Détresse respiratoire légère
3	Signes vitaux en dehors des limites normales
3	3-36 mois, T 32-35C OU >38.5C & semble bien (non-toxique)
3	>36 mois, T >38.5C & semble pas bien (toxique)
4	>36 mois, T > 38.5C & semble bien (non-toxique)
<b>2<sup>e</sup> étape</b>	
2	Douleur aiguë sévère (8-10)
2	Troubles de coagulation (saignement menaçant la vie ou la survie d'un membre)
2	Mécanisme de blessure à risque élevé
3	Douleur aiguë modérée (4-7)
3	Douleur chronique sévère (8-10)
3	Trouble de la coagulation (saignement modéré ou léger)
4	Douleur aiguë légère (<4)
4	Douleur chronique modérée (4-7)
5	Douleur chronique légère (<4)

### 2<sup>e</sup> étape

#### Mécanisme de blessure

Méc. de bless.	Niveau 2 à l'ÉTG
<b>Trauma général</b>	Collision en véhicule automobile : éjection d'un véhicule, tonneau, temps de dégagement >20 minutes, enfoncement significatif de l'habitation, mort d'un passager dans le même véhicule, impact à >40 km/h (sans ceinture de sécurité) ou impact >60 km/h (avec ceinture de sécurité) Collision en moto : lorsqu'il y a impact avec une voiture à >30 km/h, particulièrement si le conducteur a été éjecté de la moto Piéton ou cycliste: renversé ou frappé par un véhicule à >10 km/h Chute de >3 pi. (>1 m) ou 5 marches d'escalier Blessure perforante : à la tête, au cou, au torse ou aux extrémités proximales au coude et au genou
<b>Trauma crânien</b>	Collision en véhicule automobile : éjection d'un véhicule, passager qui ne portait pas sa ceinture de sécurité et qui se frappe la tête sur le pare-brise Piéton : frappé par un véhicule Chute : de >3 pi. (>1 m) ou 5 marches d'escalier Aggression : avec un objet contondant autre qu'un poing ou un pied
<b>Trauma au cou</b>	Collision en véhicule automobile : éjection d'un véhicule, tonneau, haute vitesse (surtout si le conducteur ne porte pas sa ceinture de sécurité) Collision en moto : chute de > 3 pi. (1 m) ou 5 marches d'escalier Charge axiale à la tête

#### Troubles de la coagulation

Saignement menaçant la vie ou la survie d'un membre	Saignement modéré/léger
<b>Niveau 2 à l'ÉTG</b>	<b>Niveau 3 à l'ÉTG</b>
Tête (intracrânien) & cou	Mez (épistaxis)
Thorax, abdomen, bassin, épine dorsale	Bouche (incluant les gencives)
Hémorragie vaginale massive	Articulations (hémarthroses)
Muscle poiso-iliaque & hanche	Métronorragie
Compartiments musculaires des membres	Abrasions
Fractures & dislocations	Lacérations superficielles
Lacérations profondes	
Tout saignement non contrôlé	

\*Les patients qui se présentent avec des saignements significatifs et qui ont un trouble de la coagulation requièrent un remplacement de facteur rapide ou toute autre intervention pertinente. La thérapie a habituellement préséance sur les investigations.

#### Niveau de conscience

État	Échelle de Glasgow	ÉTG
<b>Inconscient</b> : Incapable de protéger ses voies aériennes, réagit à la douleur ou aux bruits forts uniquement, et ce, sans motif, convulsion continue ou détérioration progressive du niveau de conscience.	3-9	1
<b>Altération</b> du niveau de conscience : réponse inappropriée aux stimuli verbaux; perte de l'orientation personne, lieu, temps; déficience de la mémoire récente; comportement changé.	10-13	2
<b>Normal</b> : d'autres modificateurs sont utilisés pour définir le niveau de gravité selon l'ÉTG.	14-15	3, 4 ou 5

#### Température

Âge	Température	Descripteur	ÉTG
- 3 mois	<36C OU >38C		2
>3 mois à 3 an	< 32C OU >38.5C	Immunosupprimé (neutropénie, transplantation, stéroïdes)	2
	32 - 35C OU >38.5C	Ne semble pas bien	2
>3 ans	32 - 35C OU >38.5C	Semble bien	3
	32 - 35C OU >38.5C	Immunosupprimé (neutropénie, transplantation, stéroïdes)	2
		Ne semble pas bien – vérifiez le pouls et la respiration	3
		Semble bien	4

#### Sévérité de la douleur

Sévérité & cote*	Douleur	Niveau à l'ÉTG
Sévère 8-10	Aiguë	2
	Chronique	3
Modérée 4-7	Aiguë	3
	Chronique	4
Légère 0-3	Aiguë	4
	Chronique	5

\* La douleur chronique peut être classée à un niveau moindre à l'ÉTG si jugée à propos.

Référence : Warren DW, Jarvis A, LeBlanc L, Gravel J, and the CTAS National Working Group. Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines (PaedCTAS). CJEM 2008;10:224-32

# Examen complet

Apparence

Travail respiratoire

Triangle  
d'évaluation  
pédiatrique

État circulatoire

## Examen primaire

A= Airway  
B= Breathing  
C= Circulation  
D= Disability  
E= Exposure

## Examen secondaire

**F= Full set of  
vitals**  
TA  
Pouls  
FR  
SpO2  
Poids

**G = Give comfort**  
Évaluer la douleur / 10  
Central vs périphérique / Aigüe ou  
chronique  
PQRSTU

**I= Inspect posterior  
surfaces**

## **H = Histoire complète / Raison de consultation**

C= (Chief complaint) Raison de  
consultation  
I= Isolation  
I= Immunisation  
A= Allergies  
M= Médication  
P= Passé médical / ATCD  
E= Événements  
D= Dernier repas + I/E  
S= Symptômes associés

# LECTURE OBLIGATOIRE: DÉSORDRES NEUROLOGIQUES

# Céphalée

## Questionnaire:

- Localisation
- Durée / début

## Signes et symptômes associés:

- Photophobie, sonophobie
- Aphasie, dysphasie, parésie, etc.
- Raideur de nuque - suspicion de méningite
- Pétéchies - suspicion de méningite

## Caractéristiques:

- Fièvre
- Caractère subit, post coïtal, pire que jamais – suspicion de HSA

## Paramètres à évaluer:

- Signes vitaux incluant la T°
- État de conscience, pupilles, signes neurologiques
- PQRSTU





# Trauma crânien

## Questionnaire:

- Description évènement : force, protection, vitesse
- Mécanisme blessure
- Perte conscience

## Signes et symptômes associés:

- N°, V°
- Altération de l'état de conscience
- Questions répétitives

## Paramètres à évaluer:

- Signes vitaux incluant la T°
- État de conscience, signes neurologiques
- Inégalité des pupilles
- Rechercher signes fracture base du crâne
- Évaluer intégrité de la boîte crânienne
- PQRSTU



[TCCL](#)  
[\(conseils\)](#) [\(conseils ped\)](#)

Trauma crânien = possibilité de lésions  
cervicales

# Douleur et traumatisme du rachis

## Questionnaire:

- Mécanisme de blessure

## Signes et symptômes associés:

- Altération état de conscience
- Paralyse ou paresthésie d'un ou des membres
- Sensation picotements ou choc électrique

## Paramètres à évaluer:

- État de conscience, pupilles, signes neurologiques
- Évaluation des fonctions sensorimotrices
- PQRSTU

Collet  
cervical =  
usager  
couché sur  
civière

Déficits sensitifs peuvent masquer des blessures chez les traumatisés

# Convulsions

## Questionnaire:

- Description détaillée de la crise convulsive
- Incontinence urinaire et/ou fécale
- Histoire de fièvre
- Hyperthermie

## Signes et symptômes associés:

- Altération état de conscience (durée du post-ictal)
- Révulsion des yeux, écume à la bouche

## Paramètres à évaluer:

- Signes vitaux incluant T° et saturation
- Glycémie capillaire
- État de conscience, pupilles, signes neurologiques
- PQRSTU

## Types de convulsion

Perte de conscience de quelques secondes à quelques minutes, mouvements tonico-cloniques, salivation excessive (écume à la bouche), morsure de la langue, relâchement des sphincters, cyanose	Grand mal (généralisées)
Période d'absence brève avec ou sans aura	Petit mal (focales)
Accompagné généralement de température chez l'enfant de $\leq 6$ ans. Survient généralement, avec une forte poussée de température	Convulsions fébriles
État suite à une convulsion avec douleur musculaire, fatigue, somnolence, altération de l'état de conscience, aucune mémoire de l'événement	Post-ictal

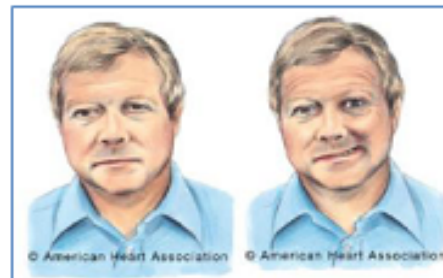
# Application de l'Échelle de Cincinnati

## Le patient présente-t-il un AVC?

### a) Affaissement facial

**Objectif :** Vérifier s'il y a présence d'hémiplégie faciale. Demander au patient de sourire en montrant les dents.

- **Normal :** les deux côtés du visage sont symétriques.
- **Anormal :** un des deux côtés du visage ne bouge pas lors du sourire et semble affaissé.



### b) Affaissement d'un bras

**Objectif :** Vérifier s'il y a présence d'une hémiplégie. Demander au patient de lever les bras devant lui, paume des mains vers le haut et de fermer les yeux. La position doit être maintenue pendant plus ou moins **10 secondes**.

- **Normal :** les deux bras restent en position ou bougent symétriquement.
- **Anormal :** un des deux bras descend systématiquement comparativement à l'autre.



### c) Parole et discours inadéquats

**Objectif :** Vérifier si la parole et le discours sont adéquats. Demander au patient de répéter la phrase suivante : « Le ciel est bleu à Cincinnati ».

- **Normal :** répète les mots sans aucun problème (prononciation et mots adéquats).
- **Anormal :** le discours ou les mots sont inappropriés, ne prononce pas les mots correctement ou est incapable de parler.

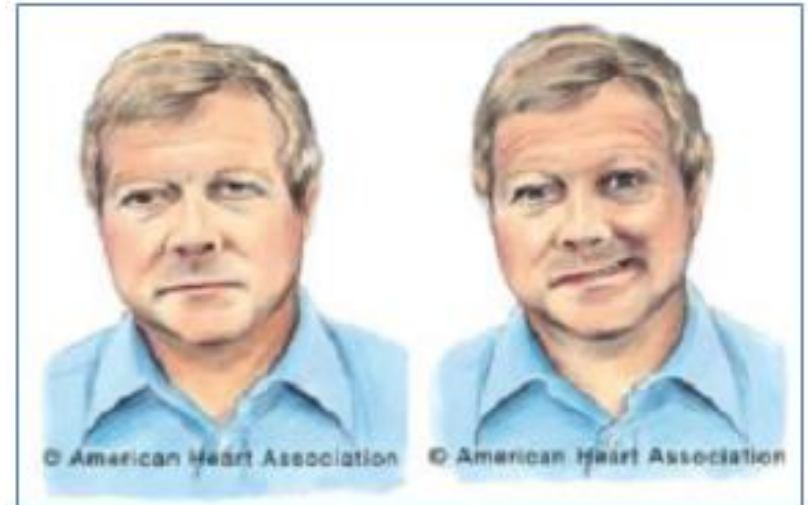
**La présence d'un ou de plusieurs critères anormaux peut indiquer un AVC.**

# Application de l'Échelle de Cincinnati Le patient présente-t-il un AVC?

## A. Affaissement du visage

*Demander à l'usager de sourire en montrant ses dents.*

- **Normal** : les deux côtés du visage sont symétriques (les deux côtés du visage bougent)
- **Anormal** : un côté du visage ne bouge pas lors du sourire et semble affaissé (un côté du visage ne bouge pas aussi bien que l'autre)





# Application de l'Échelle de Cincinnati

## Le patient présente-t-il un AVC?

### B. Déviation du bras

*Demander au patient de lever les bras devant lui, paume des mains vers le haut et de fermer les yeux. La position doit être maintenue pendant plus ou moins **10 secondes**.*

Objectif : vérifier s'il y a présence d'une hémiplégie.

**Normal** : les deux bras restent en position ou bougent symétriquement

**Anormal** : un des deux bras descend systématiquement comparativement à l'autre



# Application de l'Échelle de Cincinnati Le patient présente-t-il un AVC?

## C. Parole et discours inadéquats

*Demander au patient de répéter la phrase suivante :*

Le ciel est bleu à Cincinnati

Objectif : vérifier si la parole et le discours sont adéquats.

**Normal** : répète les mots sans aucun problème

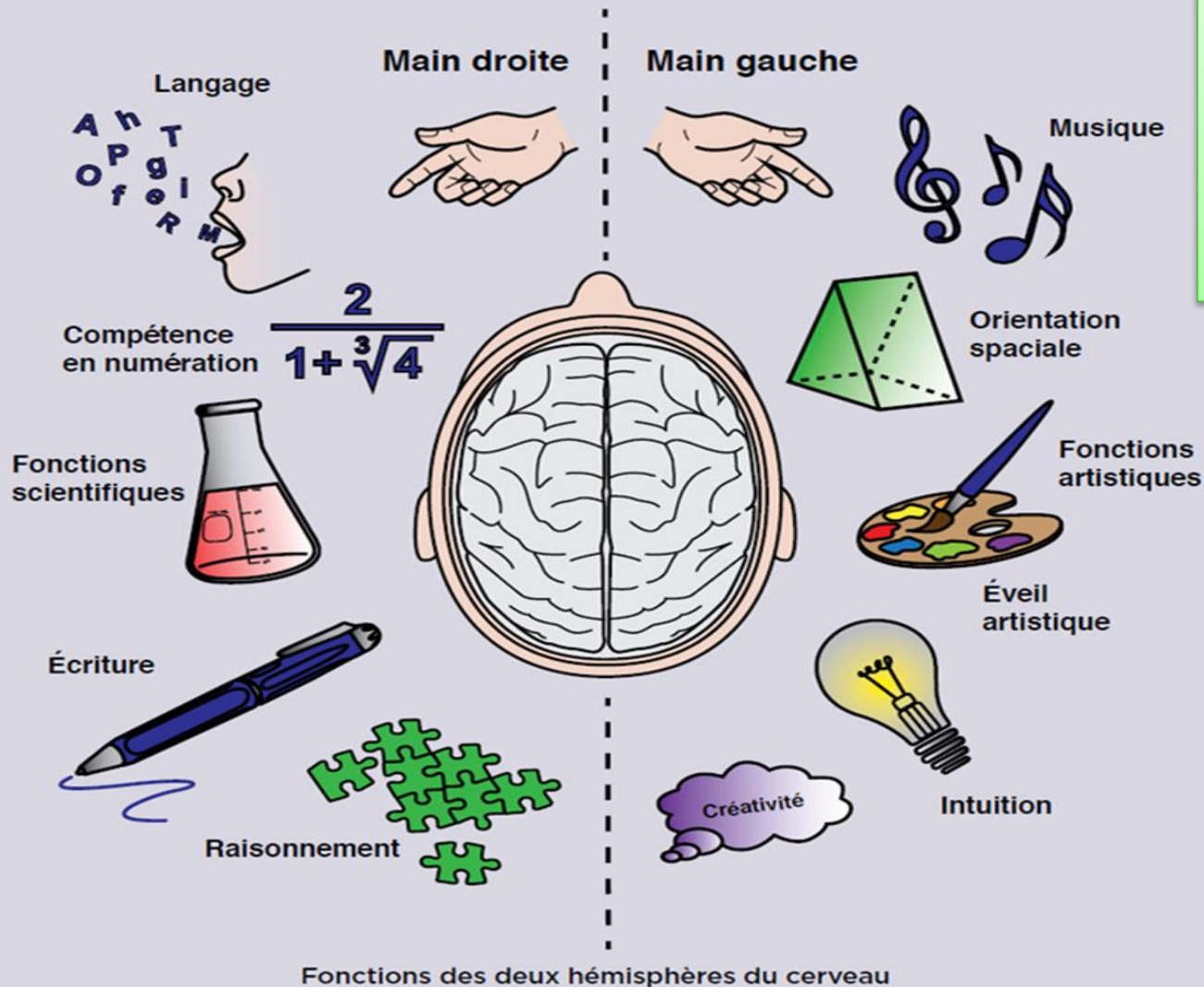
(prononciation et mots adéquats)

**Anormal** : le discours ou les mots sont inappropriés, ne prononce pas les mots correctement ou est incapable de parler (l'utilisateur articule mal, ne prononce pas les mots correctement ou est incapable de parler)



# Atteinte d'un hémisphère cérébral

Les signes et symptômes objectifs préciseront dans quel hémisphère se situe le thrombus.



# Atteinte cérébrale

## Frontal

- Personnalité
- Émotion et excitation
- Intelligence
- Capacité de se concentrer, de prendre des décisions, de planifier, de mettre en ordre et de résoudre des problèmes
- Conscience de votre environnement
- Mouvements volontaires
- Capacité de parler et d'écrire
- Maîtrise du comportement

## Pariétal

- Sensations : douleur, toucher, température
- Compréhension et interprétation de l'information sensorielle, comme la taille, la couleur et la forme
- Compréhension de l'espace et de la distance
- Calculs mathématiques

## Temporal

- Capacité de comprendre le langage
- Ouïe
- Mémoire, conservation des souvenirs à long terme
- Organisation et planification
- Comportement et émotions

## Occipital

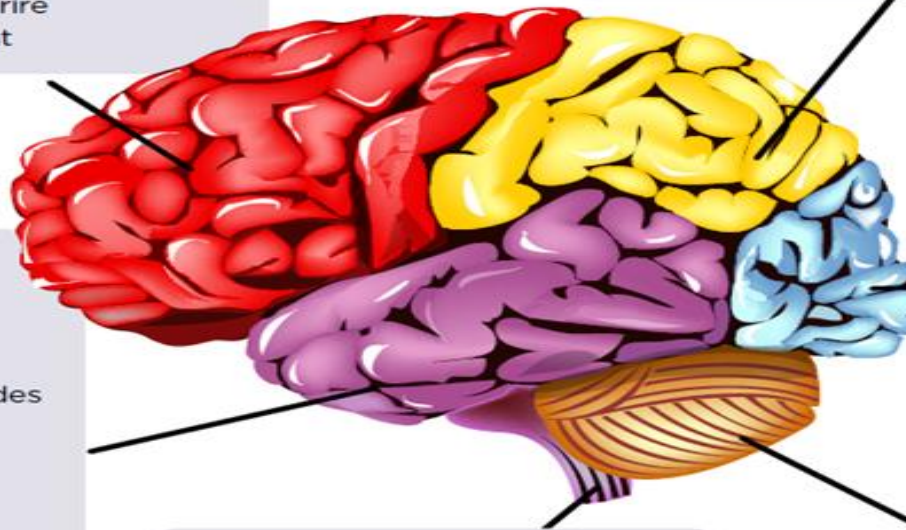
- Vision
- Interprétation de ce que vous voyez

## Tronc cérébral

- Respiration
- Régulation de la fréquence cardiaque
- Conscience, vigilance et éveil
- Déglutition
- Pression artérielle
- Transpiration

## Cervelet

- Équilibre
- Coordination des mouvements
- Posture
- Habiletés motrices fines



1. Céphalée unilatérale intense non soulagée par médication usuelle, Céphalée pulsatile et continue, N<sup>o</sup>, V<sup>o</sup>, photophobie, sono phobie, cherche à s'isoler des stimuli.

**Migraine**

2. Céphalée, aphasie, dysphasie, dysarthrie, parésie, paresthésie, étourdissements, troubles de mémoire, hémianopsie

**AIT, AVC,  
Hémorragie  
intracrânienne**

3. Céphalée, N<sup>o</sup>, V<sup>o</sup>, étourdissements, amnésie des événements, questions répétitives, perte de conscience inférieure à 5 min.

**Commotion  
cérébrale**

4. Associé à une déformation de la boîte crânienne, d'origine veineuse ou artérielle (plus sévère), inconscience suivi d'une brève période de lucidité avec signes et symptômes d'une HTIC

**Hématome  
épidural**

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
des Laurentides

Québec 

5. Habituellement saignement veineux, altération de l'état de conscience, signes et symptômes d'une HTIC, modification de l'état pupillaire

Hématome  
subdural

6. Céphalée intense, N<sup>o</sup>, V<sup>o</sup>, céphalée subite, diminution de l'état de conscience, T<sup>o</sup>, raideur de nuque

HSA

7. Hyperthermie, N<sup>o</sup>, V<sup>o</sup>, céphalée sévère, rigidité de la nuque, photophobie, altération de l'état de conscience (signes tardifs HTIC peuvent être présents), présence d'un rash et pétéchies

Méningite

## Facteurs de risque

- Problèmes de santé :

- Fibrillation auriculaire
- Hypertension artérielle
- Diabète
- Hypercholestérolémie

- Mode de vie :

- Alimentation malsaine
- Tabagisme
- Consommation excessive d'alcool, drogues (cocaïne)
- Manque d'exercices

- Sexe : Avant la ménopause, les femmes ont moins de risque de subir un AVC que les hommes.

- Âge : Le risque d'AVC augmente avec l'âge.

- AVC ou AIT antérieur

- Antécédents familiaux

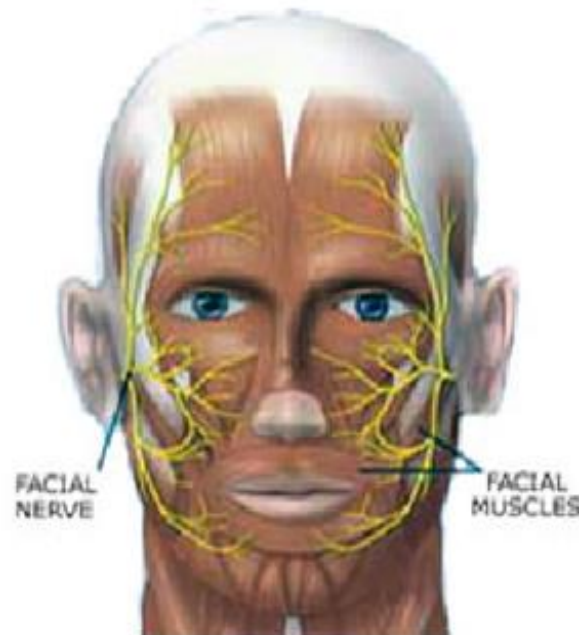


## Paralytie de Bell

- Ø de signes avant coureur
- Subit en 24h
- Récupération spontanée majoritairement

### Symptômes fréquents:

- Douleur derrière l'oreille
- Faiblesse modérée
- Paralytie totale unilatérale du visage



## Délirium Tremens

- ❑ État dans lequel se trouve la personne alcoolique en cas de sevrage sans surveillance médicale.
- ❑ Caractérisé par des tremblements des membres, accompagnés d'un état fiévreux, d'hallucinations angoissantes, autant visuelles que sonores, et de pertes de conscience.
- ❑ Implique une hyperactivité inhabituelle, une hypertension artérielle, de troubles du rythme cardiaque.



## Délirium Tremens

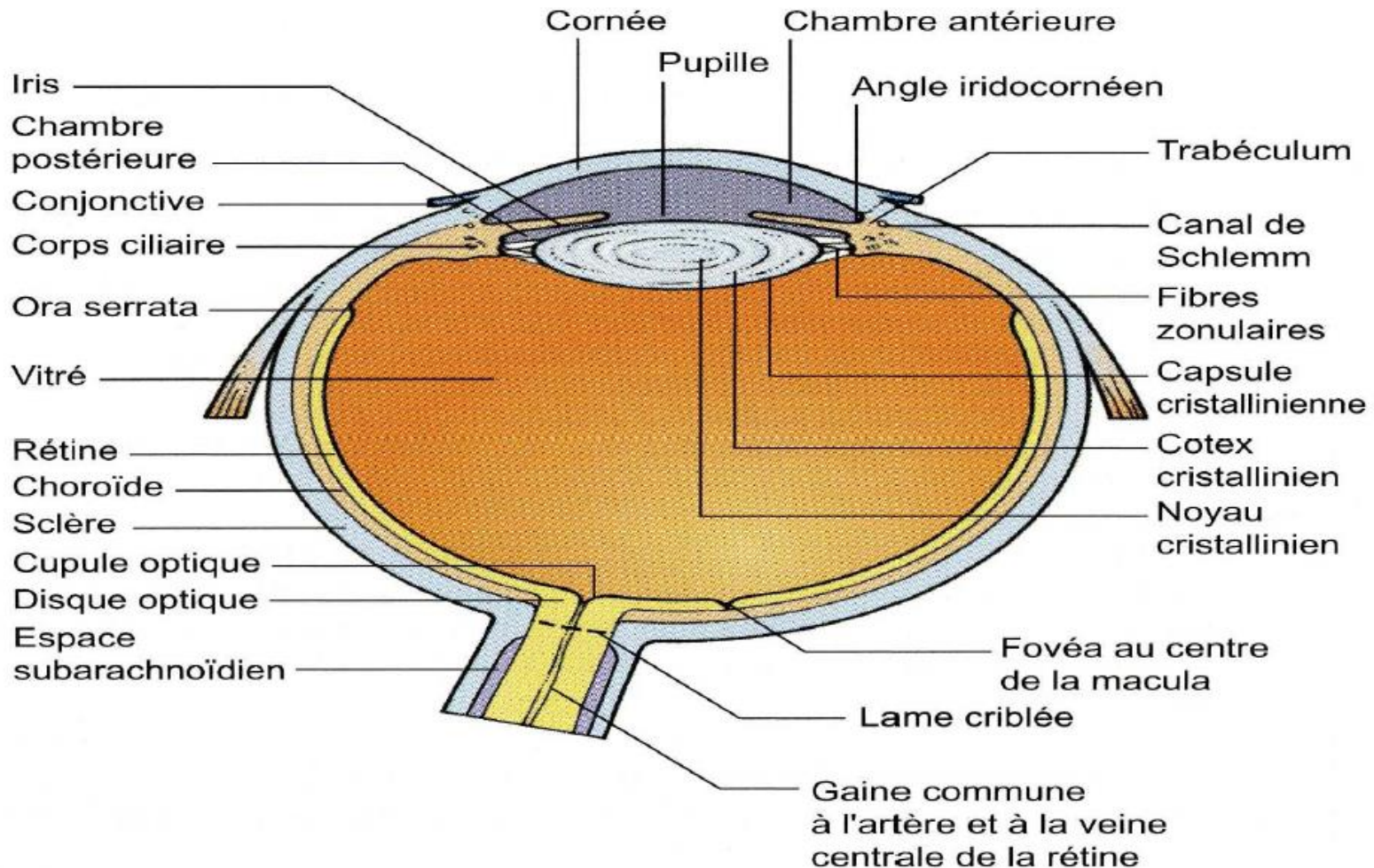
Entraîne une **hyperactivité du SNA** → possibilité de **décès** relié à une hyperthermie, un collapsus vasculaire périphérique ou une insuffisance cardiaque

Peut être mortel et doit être traité avec des benzodiazépines à haute dose



# LECTURE OBLIGATOIRE: TRIAGE OPHTALMIQUE

# Anatomie oculaire



# Anatomie oculaire – Structures internes

## 1<sup>ère</sup> couche

- Muscles oculomoteurs
- Cornée (Hublot)
- Conjonctive (Couche protectrice transparente qui ne recouvre pas la cornée, mais qui recouvre la sclère)
- Sclère (Couche protectrice blanche)

## 2<sup>ième</sup> couche

- Choroïde (Sous la sclère)
- Iris (Continuité de la choroïde)
- Pupille
- Humeur aqueuse (Liquide se situant dans la cavité entre l'iris et la cornée)

## 3<sup>ième</sup> couche

- Cristallin (Lentille)
- Humeur vitré (Masse gélatineuse)
- Rétine (Fond de l'œil)
- Nerf optique

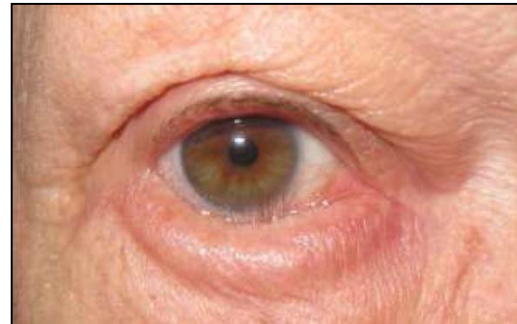
## Anatomie oculaire – Structures externes

- **Sourcils**

- Symétrie

- **Paupières**

- Symétrie
- Changement dans la couleur
- Ptose (Paupière tombante)
- Inversion (Souvent la paupière inf.)
- Éversion (Cils vers l'extérieur)
- Lésion, lacération, rougeur, œdème, masse, croûte, vésicules
- Corps étranger, écoulement
- Douleur à la palpation



Inversion



Éversion

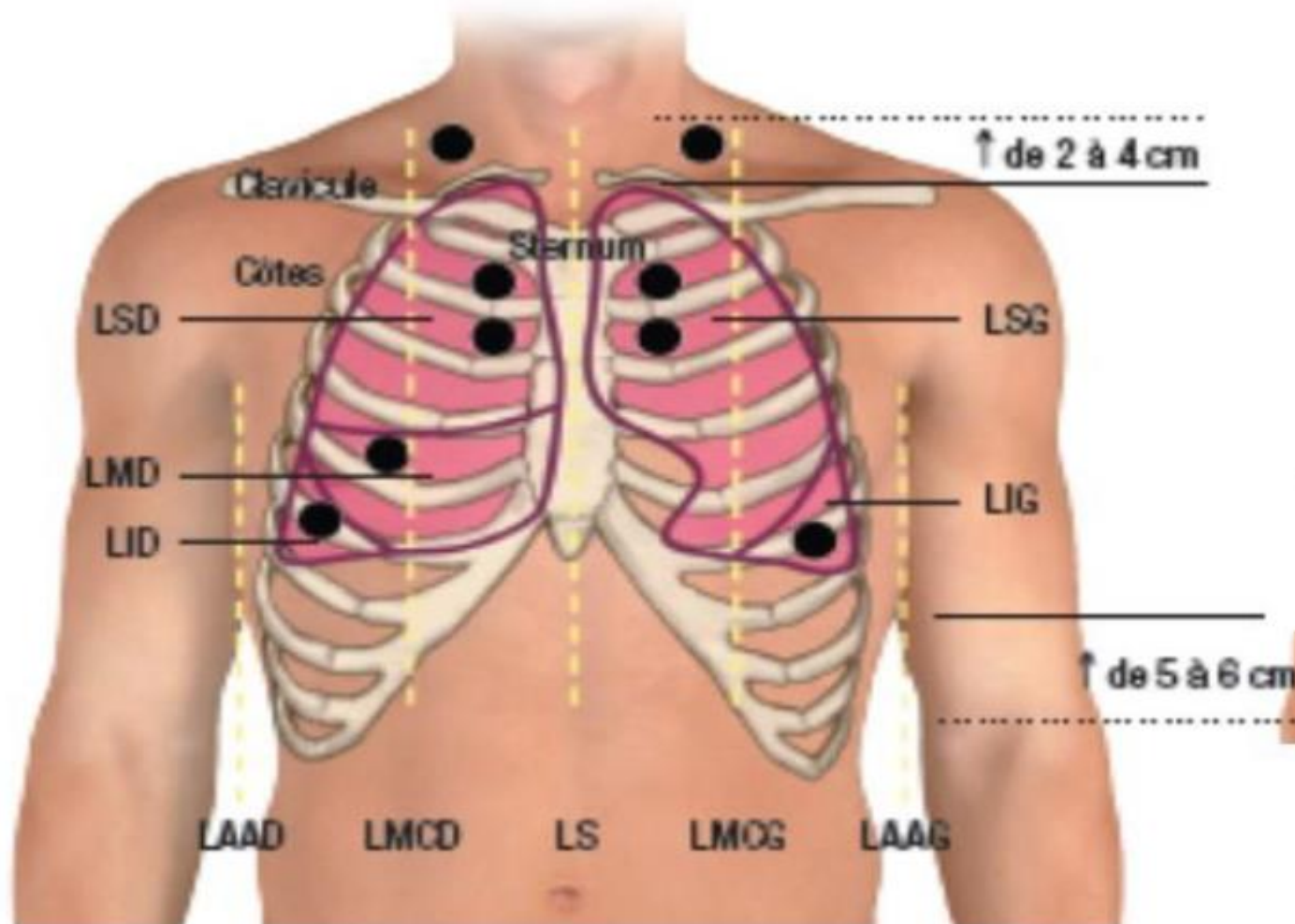
- **Cils**



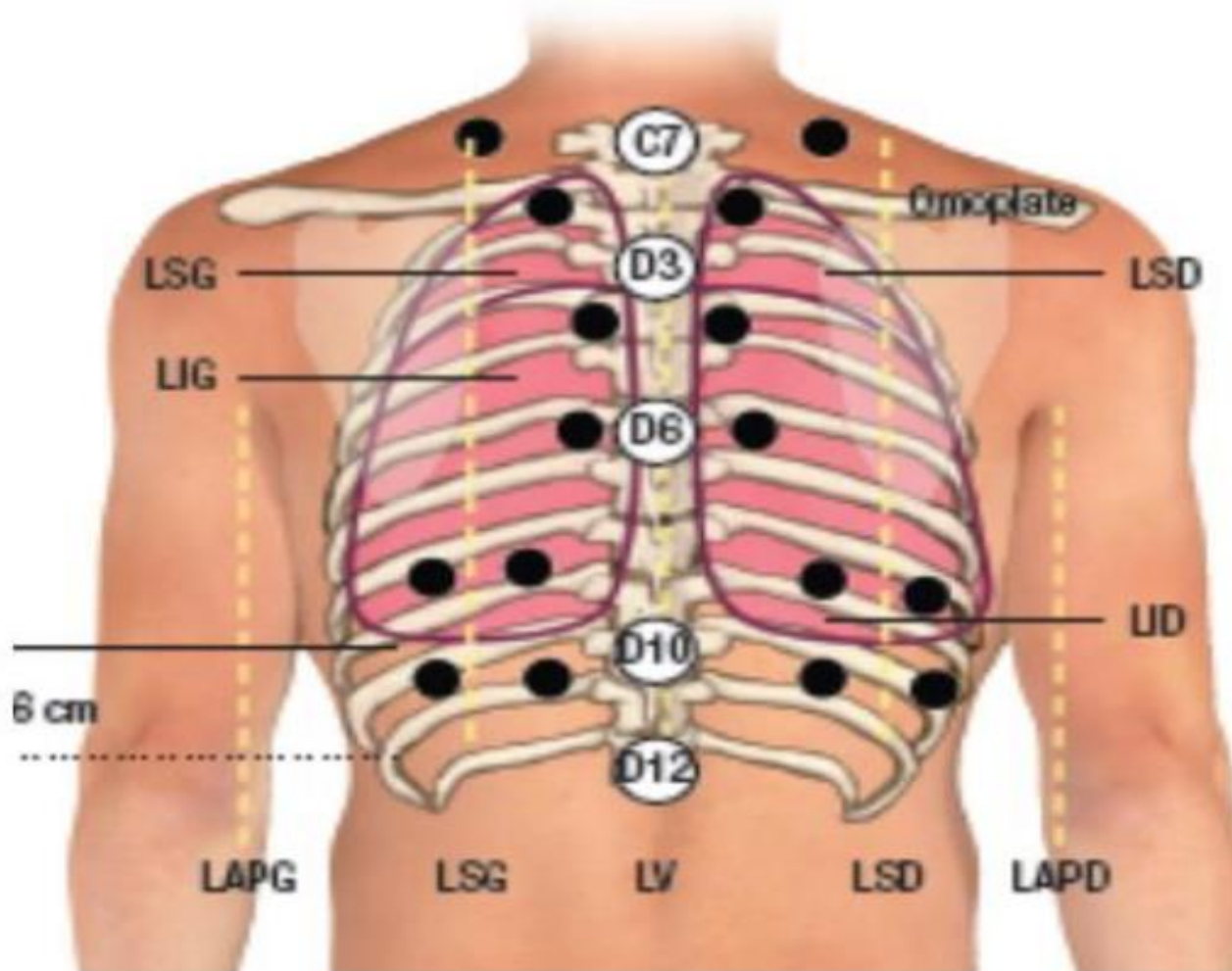
# LECTURE OBLIGATOIRE: DÉSORDRES RESPIRATOIRES



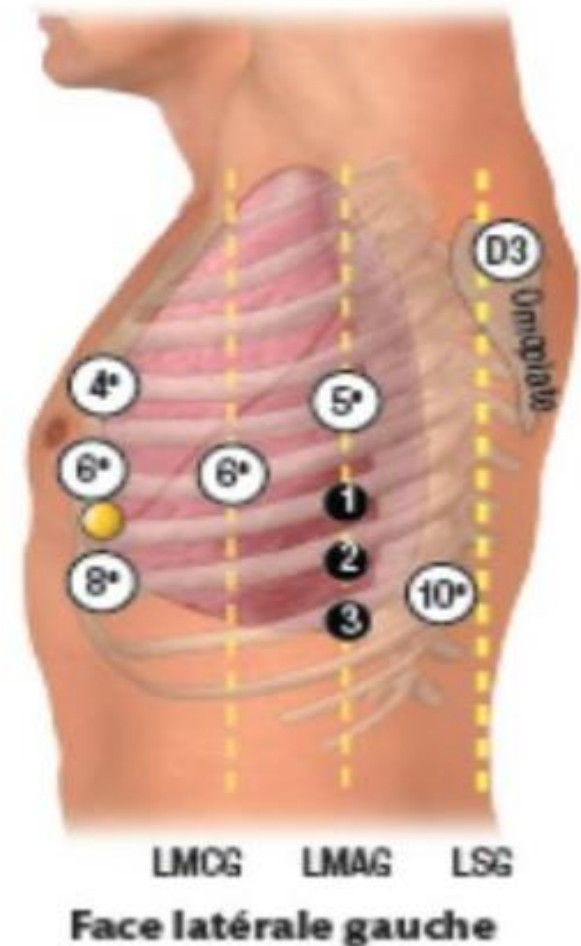
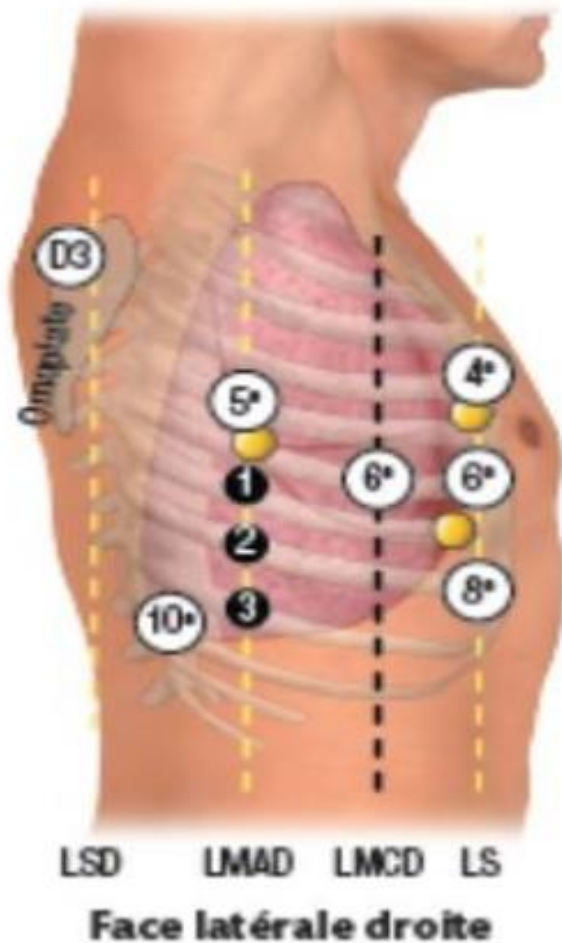
## Sites auscultatoires : face antérieure



## Sites auscultatoires : face postérieure

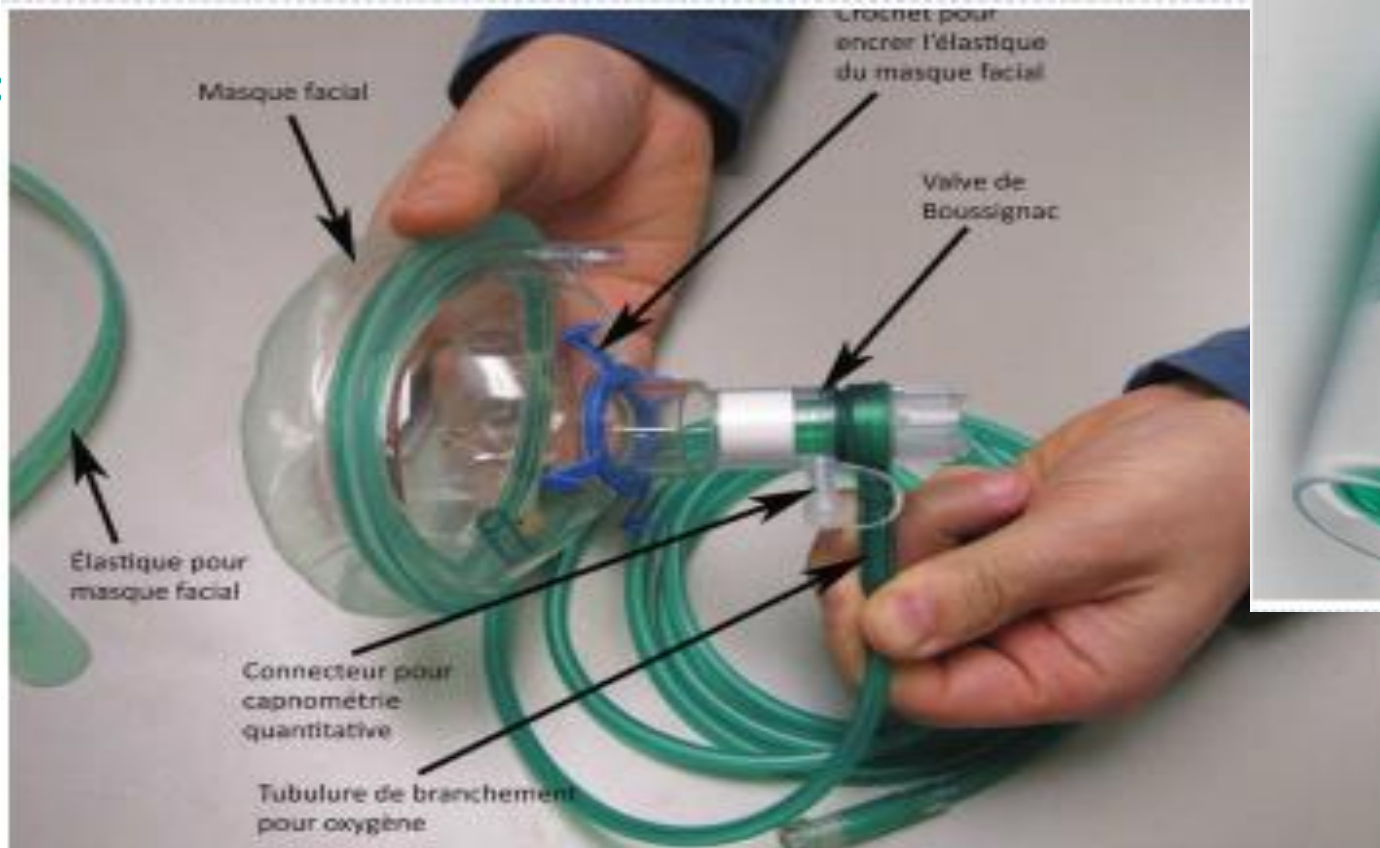


## Sites auscultatoires : faces latérales





## La valve de Boussignac®



1. Sibilances, toux, dyspnée ad détresse respiratoire, tirage, BAN, expiration prolongée, tachypnée, tachycardie, cyanose, altération de l'état de conscience
2. Tachypnée, hyperpnée, crise de tétanie, paresthésie péribuccale, nausées à l'occasion, vertiges, engourdissements aux extrémités, syncope PRN
3. T°, frissons, toux productive avec expectorations multicolores, douleur thoracique pleurétique, dyspnée, tachycardie, fatigue, nausées, vomissements, diarrhées, cyanose, altération de l'état de conscience.
4. Début brutal souvent nocturne, cyanose, pâleur, diaphorèse, tachypnée, œdème à godet, sensation de suffocation couchée sur le dos, DRS associée occasionnellement ou oppression thoracique, HTA, expectorations rosées et spumeuses, altération de l'état de conscience, râles et crépitants, anxiété.

Asthme

Hyperventilation

Pneumonie

OAP

5. Début soudain, associé avec une dyspnée inexplicée, tachypnée, tachycardie, douleur thoracique typiquement pleurétique, augmentation à l'inspiration, hémoptysie

6. Apparition soudaine ou associée à un traumatisme, dyspnée et/ou tachypnée avec douleur pleurétique aiguë, asymétrie du thorax, emphysème sous-cutané

7. Détresse respiratoire sévère, cyanose, anxiété et agitation extrême, déviation de la trachée du côté opposé, emphysème sous cutané, douleur thoracique associée, asymétrique du thorax, instabilité hémodynamique, **anomalie** des jugulaires

Embolie  
pulmonaire

Pneumothorax  
Hémothorax

Pneumothorax  
sous tension

## MPOC décompensé ou surinfecté?

Dyspnée progressive  
Peu de toux  
Aucune expectoration  
Thorax en tonneau  
Respiration thoracique  
Cachexique  
Utilisation des muscles  
accessoires  
MV diminués

Dyspnée variable  
Toux productive  
Infections respiratoires  
fréquentes  
Surplus de poids  
Ronchis + sibilances

## Volet thoracique

Fracture des 2 côtes adjacentes ou plus à 2 endroits causant la perte de stabilité de la cage thoracique

Asymétrie des hémithorax et mouvements paradoxaux, dyspnée ou tachypnée avec amplitude respiratoire superficielle, douleur augmentée à l'inspiration profonde, emphysème sous-cutanée

Complication possible : contusion pulmonaire, pneumothorax, hémothorax, atteintes hépatique et splénique

# LECTURE OBLIGATOIRE: DÉSORDRES ORL

# Problème dentaire

- **Questionnaire:**

- Si trauma, mécanisme (où, quand, comment)

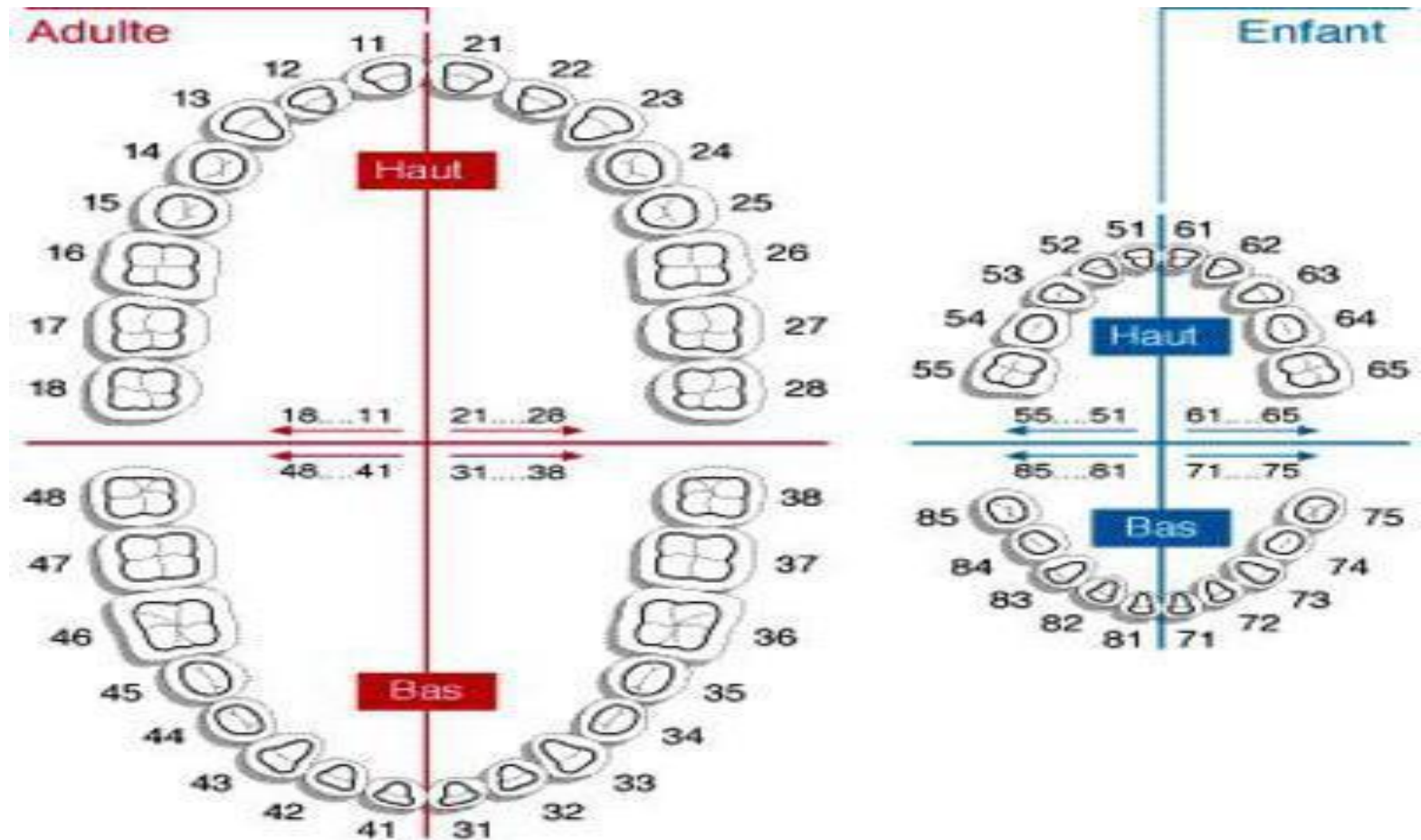
- **Signes et symptômes associés:**

- Signes infections

- **Paramètres à évaluer:**

- SV incluant T°
- PQRSTU
- Dents arrachées, cassées, branlantes?  
Lesquelles?
- Saignement actif?

# Problème dentaire





# LECTURE OBLIGATOIRE: DÉSORDRES CARDIAQUES

## Douleur thoracique

### Symptômes qui ↑ probabilité SCA

- Irradie au bras gauche
- Irradie au 2 bras
- N°, V°
- Irradie au bras gauche
- Diaphorèse
- Ressemble à SCA du passé
- Sous forme de pression
- Associé à l'exercice

### Symptômes qui ↓ probabilité SCA

- Douleur pleurétique
- Douleur positionnel
- Douleur sous forme de Coup de couteau
- Reproduite à la palpation
- Douleur qui s'atténue en position penchée vers l'avant (péricardite)

1. Douleur thoracique localisée avec possibilité d'irradiation ressemblant à de l'angine, dyspnée (respiration superficielle pour diminuer la douleur), douleur typique augmentée en position couchée, à la respiration profonde, à la toux, à la déglutition, et aux mouvements du thorax, hyperthermie, soulagement lorsqu'assis droit ou légèrement incliné vers l'avant
2. Douleur thoracique associée à une dyspnée ou tachypnée, ecchymose parfois thoracique, instabilité hémodynamique, tachyarythmie (FV, TV, FA), changement à l'ECG
3. Fréquence du pouls régulier ou irrégulier, bien frappé ou non, diaphorèse, douleur thoracique, perte de conscience, nausées, vomissements, hypoTA, dyspnée, faiblesse, lipothymie
4. Cyanose, diaphorèse, douleur thoracique, agitation, instabilité hémodynamique, altération de l'état de conscience, associé à un traumatisme thoracique ouvert ou fermé

Péricardite

Contusion  
myocardique

Palpitations

Tamponnade  
cardiaque

## Maladies athéroscléreuses de l'aorte

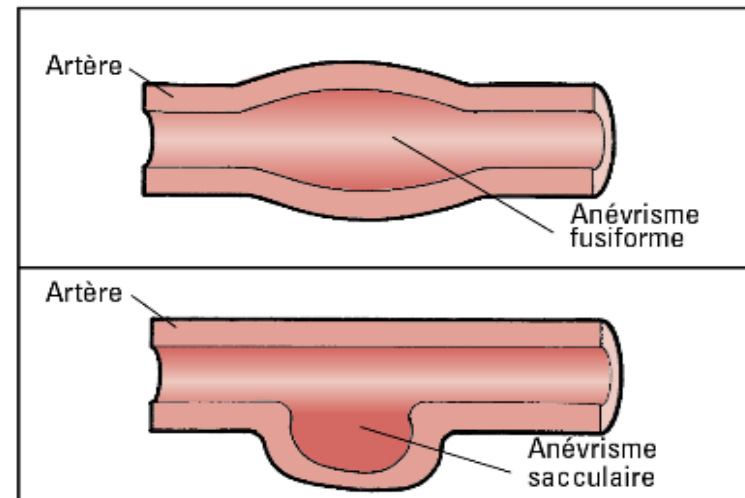
Il existe 2 types d'atteinte aortique : l'anévrisme de l'aorte et la dissection aortique.

Souvent rencontrés en présence d'athérosclérose et d'HTA.

**Anévrisme de l'aorte** : dilatation localisée de la paroi aortique qui entraîne une déformation de l'aorte et une perturbation du flux sanguin qui la traverse.

Il existe 2 types d'anévrismes :

- Anévrisme fusiforme
- Anévrisme sacculaire

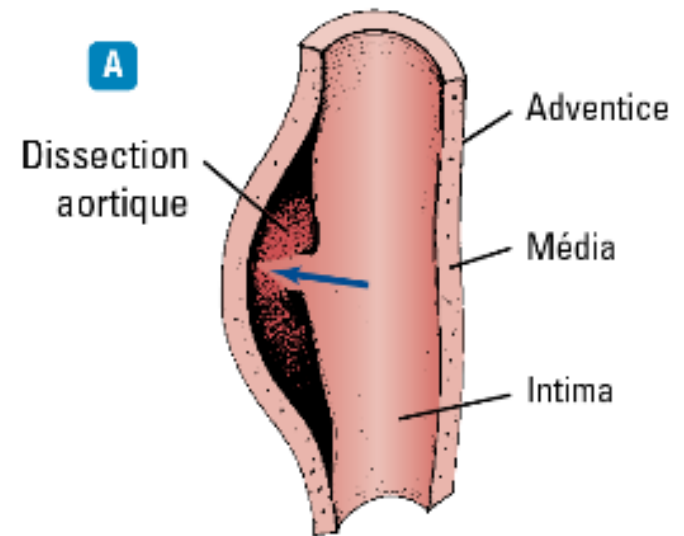
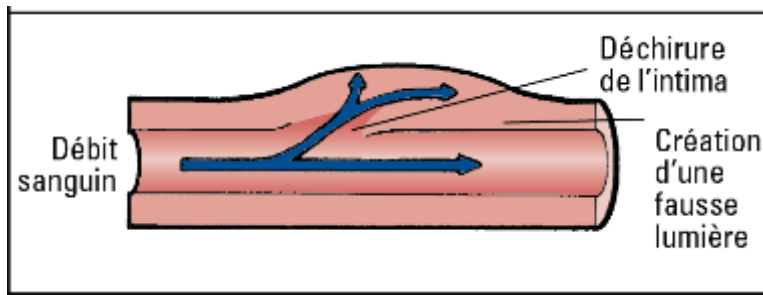


## Facteurs de risque

- **★Hypertension artérielle★**; (chez près de 90% des usagers)
- Les hommes (72%)
- Maladie génétique : syndrome de Marfan, syndrome d'Ehlers-Danlos, ATCD familiaux d'anévrisme ou de dissection aortique
- Lésions athéroscléreuses de l'AA et de l'AT
- Trauma contondant
- Fin de grossesse ou post-partum
- Usage de cocaïne
- Troubles inflammatoires ou infectieux de l'aorte : aortite, syphilis
- Facteurs iatrogènes : remplacement de valve aortique, pontage aortocoronarien, tuteur coronarien, cathéter ou ballon...
- Maladie congénitale : tétralogie de Fallot, coarctation de l'aorte

## Dissection aortique

Consiste en la formation d'une fausse lumière dans la paroi aortique qui permet au sang de circuler entre les couches de celle-ci qui communique avec la lumière aortique par une déchirure de l'intima



# LECTURE OBLIGATOIRE: DÉSORDRES ABDOMINAUX, GYNÉCOLOGIQUES ET URINAIRES

# Corrélations anatomiques entre les 4 quadrants de l'abdomen

## Quadrant supérieur droit

- Foie et vésicule biliaire
- Pylore
- Duodénum
- Tête du pancréas
- Glande surrénale droite
- Pôle supérieur du rein droit
- Angle hépatique du colon
- Portion du côlon ascendant et transverse

## Quadrant supérieur gauche

- Lobe gauche du foie
- Rate
- Estomac
- Corps du pancréas
- Glande surrénale gauche
- Pôle supérieur du rein gauche
- Angle splénique du côlon
- Portions du côlon transverse et descendant

## Quadrant inférieur droit

- Pôle inférieur du rein droit
- Caecum et appendice
- Portion du côlon ascendant
- Vessie ( si distendue)
- Ovaire et trompe de Fallope droites
- Utérus ( si distendu )
- Cordon spermatique droit
- Uretère droit

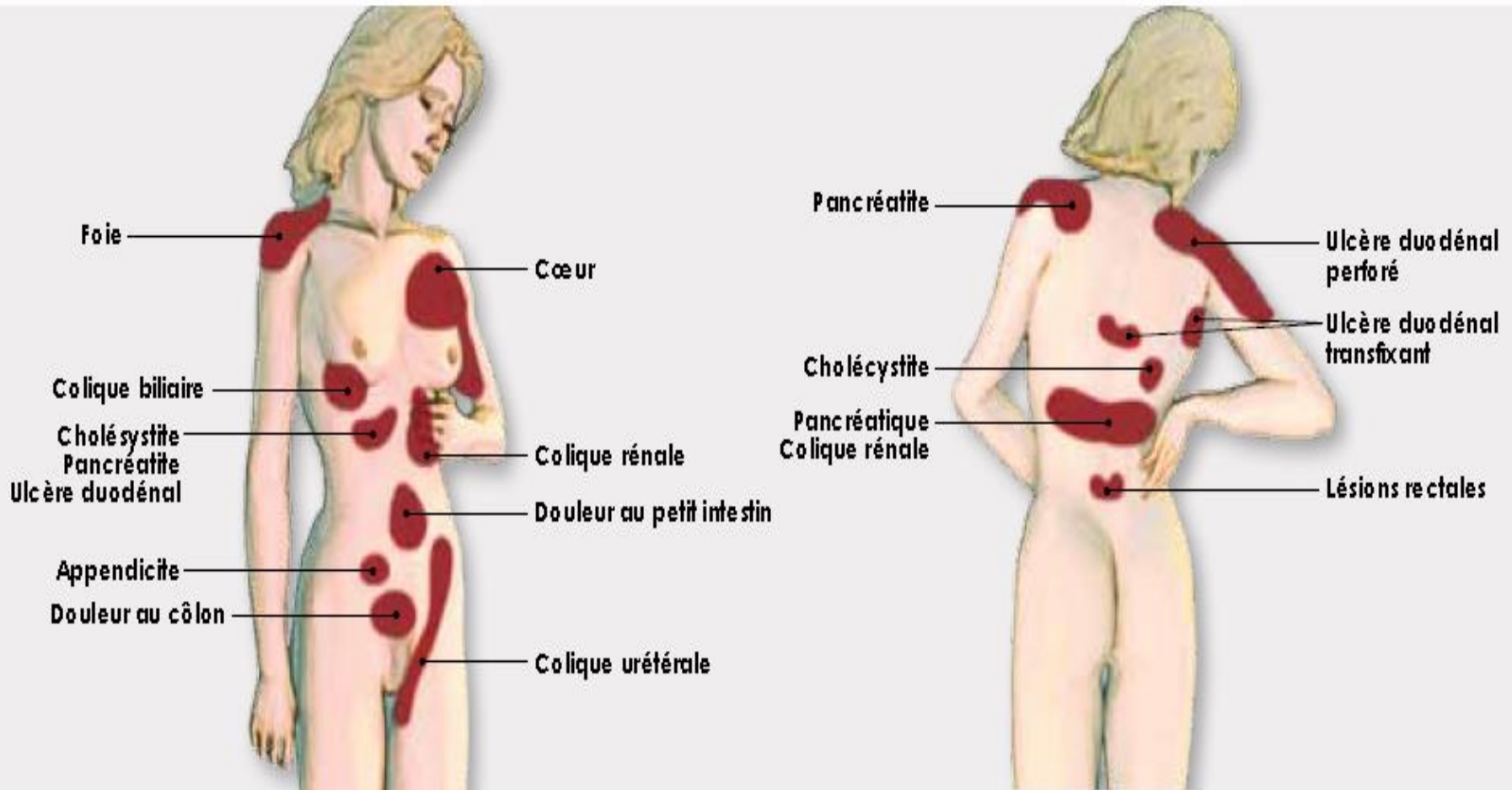
## Quadrant inférieur gauche

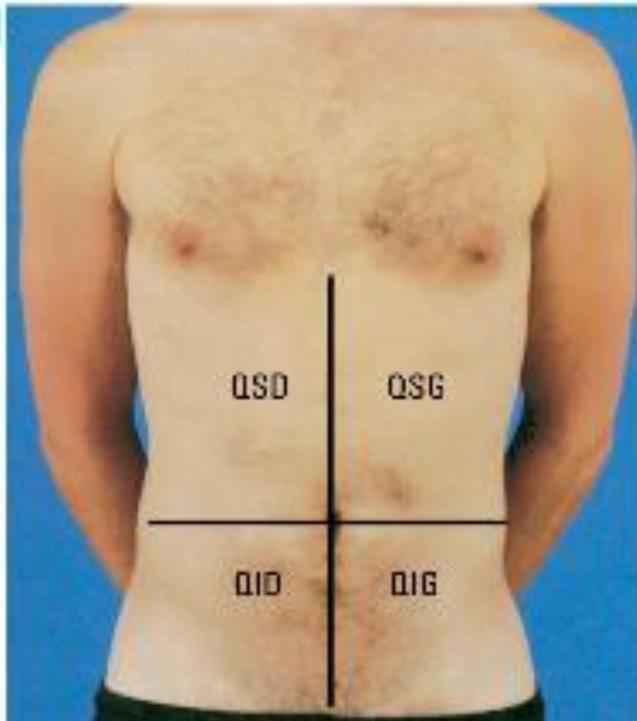
- Pôle inférieur du rein gauche
- Côlon sigmoïde
- Portion du côlon descendant
- Vessie ( si distendue )
- Ovaire et trompes de Fallope gauches
- Utérus ( si distendu )
- Cordon spermatique gauche
- Uretère gauche



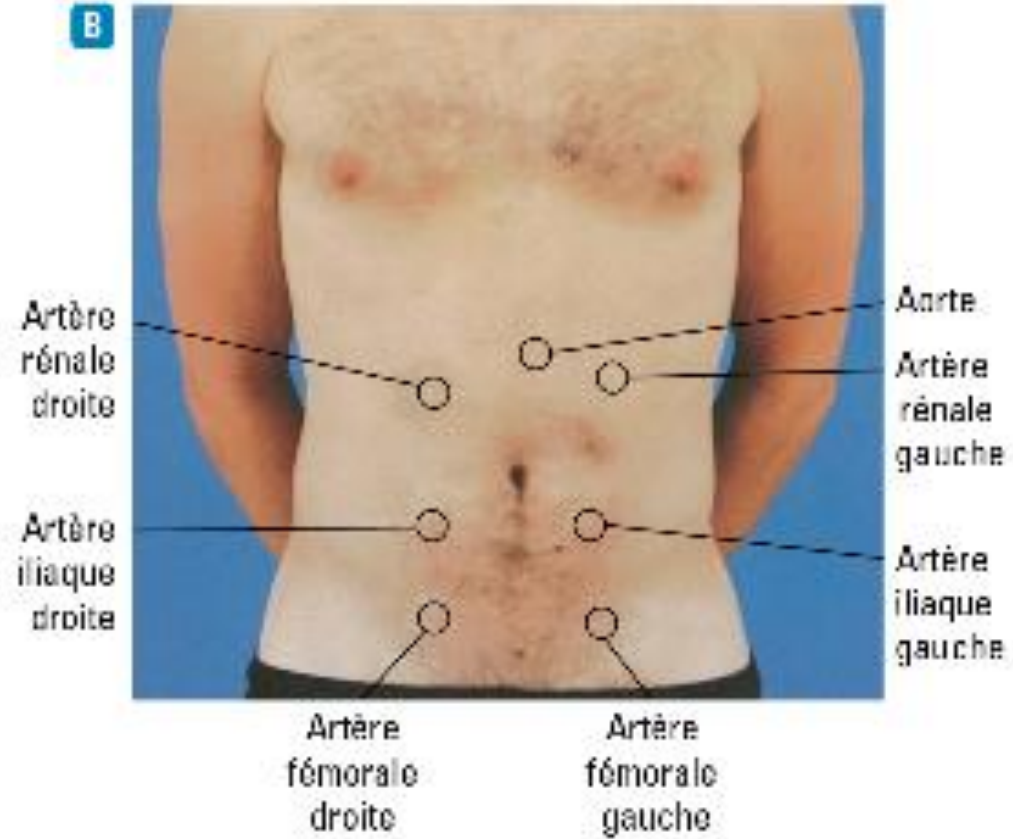
Signes	Procédures	Significations
Recherche de la défense musculaire	Palpation légère de la musculature abdominale : demander à l'usager de prendre une longue inspiration	Si le muscle grand droit demeure contracté, ou se contracte pendant la manœuvre : indication probable d'irritation péritonéale
Blumberg (décompression brusque)	Tenir la main à un angle de 90°, descendre en palpation profonde, mettre l'index et le majeur en position verticale, attendre 3 secondes puis relâcher rapidement	Inflammation du péritoine Pancréatite
<a href="#">Murphy</a>	Rebord costal droit à la ligne médio-claviculaire lors de l'inspiration profonde contre résistance	Cholécystite aiguë
Point de McBurney	En palpation , profonde ou superficielle, au 1/3 inférieur du QID	Appendicite
Rovsing	Douleur au QID au moment de la décompression brusque du QIG	Appendicite
Psoas	Placer votre main sur la cuisse D en créant une résistance, et demander au patient de soulever la jambe	Appendicite (à droite)
<a href="#">Obturateur</a>	Relever la jambe D du patient à un angle de 90° par rapport à la hanche et plier le genou D à un angle de 90° par rapport à la jambe, en effectuant lentement une rotation interne de la hanche	Appendicite (à droite)

## Douleurs référées





B



## Tableau comparatif

Signes et symptômes	Problèmes de santé possibles
Début aigu ou insidieux, <b>douleur FID ou région péri-ombilicale</b> , anoxie, N°, légère fièvre possible	Appendicite aiguë
<b>Début aigu, douleur hypocondre droit</b> , irradiation possible à l'épaule droite et région dorsale, N°, V°, T°. <b>Provoque par le repas.</b>	Cholécystite aiguë
Début brusque, douleur épigastrique ou sous-costale pouvant irradier vers le dos et l'épaule droite, <b>pas de fièvre, durée limitée dans le temps. Douleur augmentée après repas.</b>	Colique hépatique ou biliaire
<b>Début progressif</b> , douleur continue ou crampe, masse sensible palpable au <b>quadrant inférieur gauche</b> , fièvre, diarrhée	Diverticulite aiguë <i>(souvent le côlon descendant et le sigmoïde)</i>
Douleur variable et souvent diffuse, N°, V°, diarrhée, fièvre fréquente	Gastroentérite aiguë
<b>Début souvent rapide</b> , crampe, augmentation du péristaltisme avec iléus subséquent, N°, V° (parfois fécaloïde), <b>distension abdominale.</b>	Occlusion intestinale
Début +/- brutal, <b>douleur épigastrique haute souvent en coup de poignard, irradiation région dorsale</b> , N°, inappétence, fièvre possible. Douleur augmentée après repas.	Pancréatite aiguë
<b>Douleur intense, défense involontaire</b> , souvent diminution du péristaltisme ou iléus, <b>abdomen de bois</b>	Péritonite aiguë
<b>Début brusque, douleur intense à l'épigastre irradiant vers le dos et les membres inférieurs, instabilité hémodynamique</b> , masse pulsatile palpable, suspicion chez usager $\geq 50$ ans	Rupture ou dissection d'un anévrisme aortique abdominal
ATCD d'ulcère, douleur épigastrique continue en «coup de poignard», N°, V°, contraction abdominale, <b>instabilité hémodynamique, V° en grains de café, hématomèse, méléna</b>	Ulcère duodéal perforé
<b>Hématémèse, V° en grains de café, méléna</b> , ATCD alcoolisme et/ou problème hépatique, instabilité hémodynamique, pas de douleur associée.	Rupture varices oesophagiennes

Inflammation de la paroi vésicale causée par une bactérie, douleur sus-pubienne (hypogastrique), pollakiurie, dysurie, urine nauséabonde, hématurie ou pyurie, sensation de vessie pleine, fièvre, N°, V°	Infection urinaire (cystite)
Inflammation du rein d'origine bactérienne, fièvre, N°, V°, malaise/inconfort, douleur loge(s) rénale(s), dysurie, pollakiurie <i>**Les signes et symptômes de la cystite peuvent être présents ou non</i>	Pyélonéphrite
Prépuce serré que l'on ne peut rétracter sur le gland, causé par œdème et inflammation associés à une mauvaise hygiène génitale, peut résulter d'un écoulement purulent	Phimosi
Prépuce serré qui, une fois rétracté, se bloque derrière le gland sur lequel il ne peut être rabattu, il en résulte un œdème et une couleur bleutée ou violacée du gland	Paraphimosis
Torsion du cordon spermatique qui amène le sang aux testicules et à l'épididyme, douleur sévère et soudaine, œdème, rougeur du scrotum, N°, V°, dysurie (sans infection urinaire), fièvre	Torsion testiculaire
Début brusque, douleur lombaire paroxystique irradiant vers le flanc, quadrant inférieur et souvent migration aux organes génitaux, ténésme vésical, pollakiurie. N° et V°	Colique néphrétique



# LECTURE OBLIGATOIRE: DÉSORDRES TÉGUMENTAIRES ET ALLERGIES

## Fermeture de plaie

Le risque d'infection détermine le délai à respecter pour la fermeture d'une plaie. Le processus de cicatrisation d'une plaie s'échelonne sur 1 an : le délai d'attente n'aura pas d'influence sur l'apparence de la cicatrice, mais le type de point utilisé et l'absence d'infection en auront.

Aucun auteur ne s'entend sur le temps requis pour procéder à la fermeture d'une plaie.

Selon *Acute and chronic wounds (2016)*, les plaies d'apparence propre devraient être nettoyées, pansées avec des compresses stériles, puis fermées à l'intérieur de 12-24h.

Il revient à l'infirmière de juger, selon son expérience clinique, les facteurs cliniques associés, l'apparence de la plaie ainsi que les antécédents du patient.

## Maculo-papuleuse



## Vésiculeuse



## Urticaire





## Érythémateuse



## Pétéchies



## Purpura



Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
des Laurentides



A. Burrow.



B. Comedone.



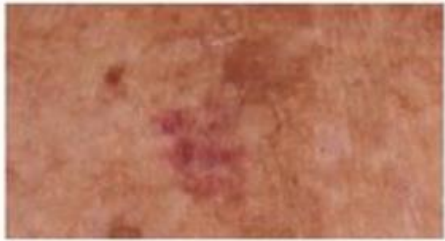
C. Macule.



D. Papilloma.



E. Papule.



F. Petechiae and purpura.



G. Plaque.



H. Pustule.



I. Scale.



J. Telangiectasia.



K. Vesicle.



L. Weal.





## LECTURE OBLIGATOIRE: DÉSORDRES MUSCULO- SQUELETTIQUES

# Désordres musculo-squelettiques

Très fréquents

Nécessitent rarement des soins urgents

Urgence si :

- instabilité hémodynamique
- déficits vasculaires
- déficits neurologiques

**Important: évaluer le patient selon l'ABCDE, même si les blessures musculo-squelettiques peuvent être impressionnantes**

## Tableau comparatif

Signes et symptômes	Problèmes de santé possibles
Lésion osseuse consistant en une discontinuité complète ou incomplète avec ou sans déplacement des fragments d'os	Fracture
Lorsqu'il y a présence d'une plaie associée à une fracture ou lors d'exposition de l'os	Fracture ouverte
Blessure des structures ligamentaires d'une articulation qui résulte en un déplacement complet ou partiel des surfaces articulaires de l'articulation	Luxation
Lésion traumatique d'une articulation résultant de sa distorsion avec élongation ou arrachement des ligaments sans déplacement des surfaces articulaires	Entorse

## Pertes sanguines selon le type de fracture

Radius	250-500 ml
Coude	250-750ml
Cheville	250-1000ml
Humérus	500-1000 ml
Tibia	250-2000 ml
Fémur	500-3000 ml
Bassin	750-6000 ml



# Types de choc

- **Hypovolémique**: hémorragique, non hémorragique
- **Distributif**
  - Anaphylactique ( réaction allergie)
  - Insuffisance surrénalienne / hépatique
  - Septique (infection)
  - Choc spinal / neurogénique
  - Syndrome du choc toxique
  - Réaction vasovagale
- **Obstructif**
  - Pneumothorax sous tension
  - EP massive
  - Tamponnade
- **Cardiogénique**
  - Infarctus, insuffisance de la pompe

# LECTURE OBLIGATOIRE: SIGNES DE CHOCS

# Types de choc

- **Hypovolémique**: hémorragique, non hémorragique
- **Distributif**
  - Anaphylactique ( réaction allergie)
  - Insuffisance surrénalienne / hépatique
  - Septique (infection)
  - Choc spinal / neurogénique
  - Syndrome du choc toxique
  - Réaction vasovagale
- **Obstructif**
  - Pneumothorax sous tension
  - EP massive
  - Tamponnade
- **Cardiogénique**
  - Infarctus, insuffisance de la pompe



## Causes d'un choc hémorragique

→ Trauma, dissection anévrisme, hémorragie digestive, rupture grossesse ectopique ou Kyste ovarien, saignement vaginal important, hémorragie rétropéritonéale, Fx fémur

### Clinique:

- **Tachycardie réflexe** / compensatoire en présence hypovolémie pour maintenir pression de perfusion
- **Bradycardie** = signe préterminal, choc irréversible, hypoxie myocardique, ACR imminent
- **hypovolémie importante** peut aussi survenir en l'absence de tachycardie

## Causes d'un choc cardiogénique

→ Trauma myocardique, infarctus du  
myocarde, cardiomyopathie terminale,  
myocardite, arythmie, EP massive,  
tamponnade, dissection aortique

### Clinique:

- Histoire : MCAS, diabétique, IC, IRC
- Hypotension systolique < 90 mmHg ou chute de 80 mmHg

## Causes d'un choc neurogénique

→ Trauma moelle épinière ou tronc cérébral, anesthésie

### Clinique:

- Peau chaude et sèche, rougie, hypotension, RC N ou bradycardie, hypothermie
- Rétention urinaire et iléus paralytique
- Paralysie du diaphragme
- Atteinte de l'état de conscience

**LECTURE OBLIGATOIRE:**  
**EQTPT** : ÉCHELLE QUÉBÉCOISE DE TRIAGE  
PRÉHOSPITALIER EN TRAUMATOLOGIE

# AVPU (Niveau de conscience)

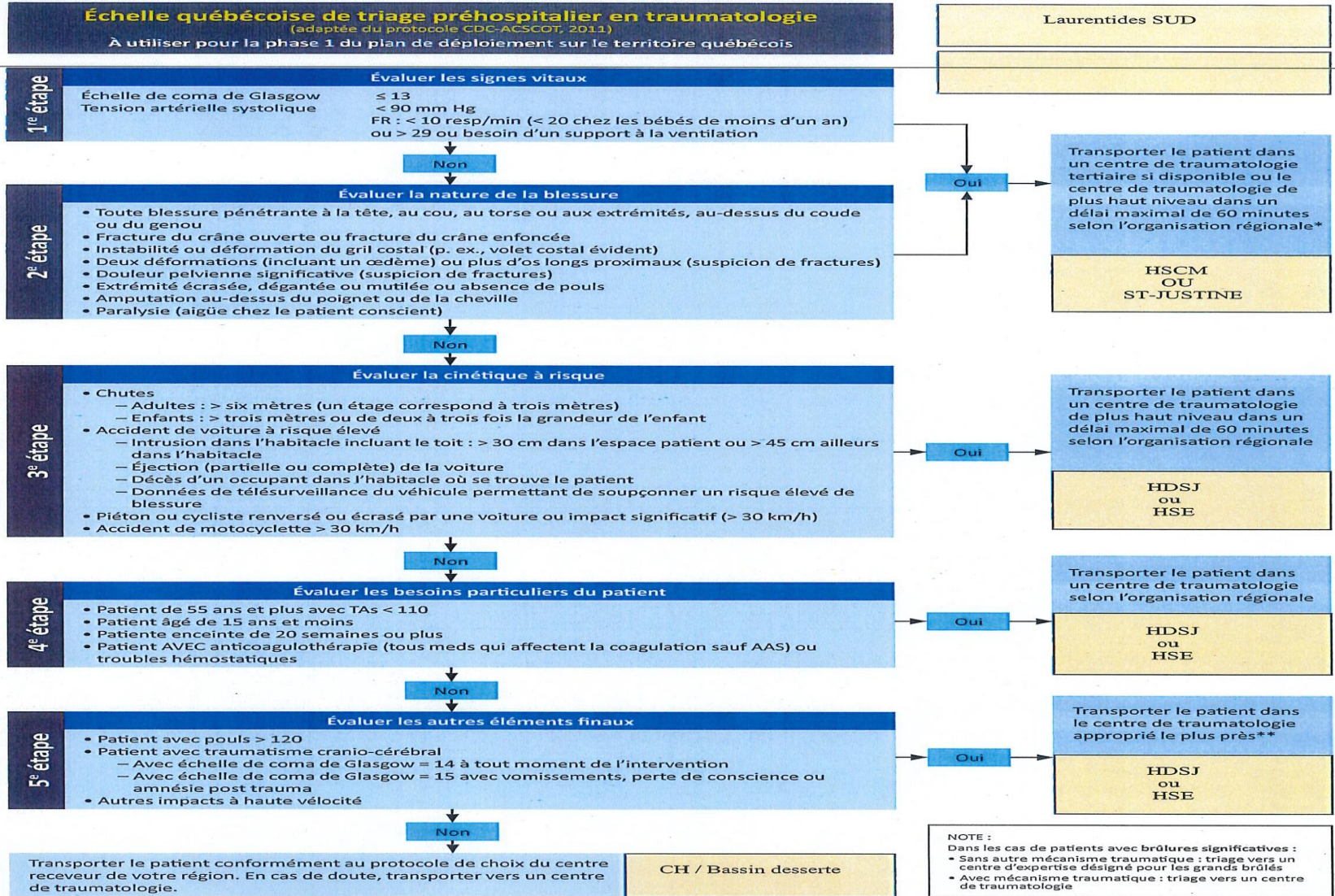
**A** : ALERTE : Éveillé

**V** : VERBAL STIMULI : Réponse aux stimuli verbaux.

**P** : PAINFUL STIMULI : Réponse seulement aux stimuli douloureux.

**U** : UNRESPONSIVE : Aucune réponse.

# L'EQTPT (exemple Laurentides Sud)



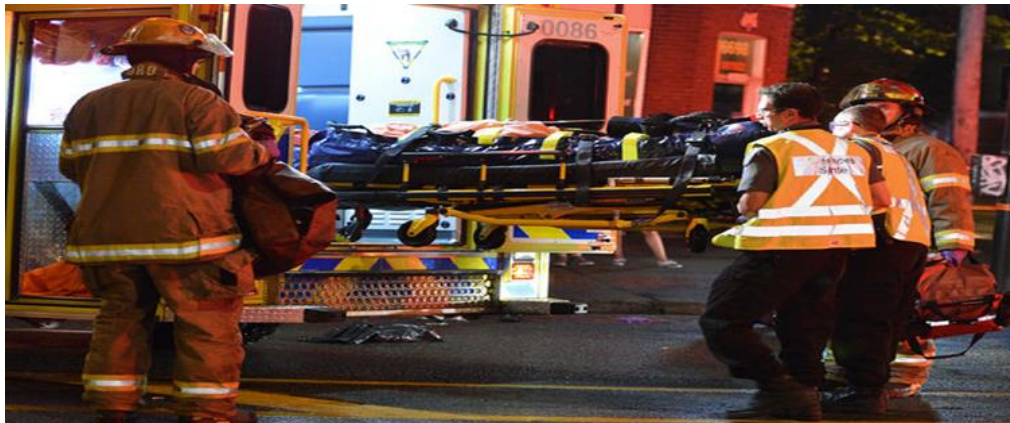
\* Les patients en ACR et en détresse respiratoire non contrôlée en préhospitalier



## TRAU. 0

Tous les cas dont l'immobilisation doit être **réalisée** :

- Âge extrême (pédiatrie  $\leq 8$  ans)
- Mécanismes à haut risque (traumatisme par compression axiale, éjection partielle ou complète du véhicule, empreinte de toile d'araignée dans le pare-brise)



## TRAU. 0

### Cas d'immobilisation qui doit être **considérée**:

- Âge extrême (gériatrie  $\geq 65$  ans)
- Mécanismes à risque (chute de plus de 3 pieds/1 mètre ou 5 marches, décès dans le véhicule ou se trouve le passager, piéton ou cycliste renversé ou écrasé par une voiture ou impact significatif, accident de motocyclette, accident de véhicule-moteur à haute vitesse, ou autre mécanisme selon jugement du paramédic)
- Comorbidités musculosquelettiques : ostéoporose, chirurgie antérieure de la colonne vertébrale, PAR, spondylite ankylosante, trisomie 21, etc)



## TRAU. 0

**Examen** du rachis cervical, de la colonne dorsolombaire ainsi que l'examen neurologique fait par les paramédics : puis immobilisation ou non

**Douleur lombaire isolée/collet cervical** : l'utilisateur sera immobilisé sur le matelas, et ce, sans collet cervical si une douleur est présente uniquement au niveau lombaire, sans critère de haut risque de lésion à la colonne et sans douleur significative (distrayante). (ex : fracture de la hanche).

Le but est d'apporter une bonne immobilisation aux bons usagers.

# LECTURE OBLIGATOIRE: SANTÉ MENTALE

# Troubles dépressifs – Symptômes cliniques

	Trouble dépressif majeur	Trouble dysthymique
<b>Principaux symptômes émotionnels</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Humeur dépressive</li><li>• Anhédonie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Humeur dépressive</li></ul>
<b>Principaux symptômes cognitifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive ou inappropriée</li><li>• Diminution de la capacité à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions</li><li>• Pensées récurrentes de mort</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Faible estime de soi</li><li>• Difficulté à se concentrer, à mémoriser ou à prendre des décisions</li></ul>
<b>Principaux symptômes comportementaux</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perte ou gain de poids important ou changement important dans l'appétit</li><li>• Insomnie ou hypersomnie</li><li>• Fatigue ou perte d'énergie</li><li>• Agitation ou ralentissement psychomoteur</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perte d'appétit ou hyperphagie</li><li>• Insomnie ou hypersomnie</li><li>• Baisse d'énergie ou fatigue</li></ul>
<b>Changements sociaux</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Retrait des interactions familiales et sociales</li><li>• Problème au travail résultat de l'incapacité à s'organiser, à commencer ou à terminer des tâches</li><li>• Problèmes financiers</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Retrait social</li></ul>

## Trouble bipolaire

### Épisode maniaque

Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante, pendant au moins une semaine.

- Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
- Réduction du besoin de sommeil (se sent reposé après seulement trois heures de sommeil)
- Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment
- Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent
- Distractibilité
- Augmentation de l'activité orientée vers un but
- Engagement excessif dans des activités agréables, mais à potentiel élevé de conséquences dommageables

### Épisode hypomaniaque

Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon persistante, expansive ou irritable, clairement différente de l'humeur non dépressive habituelle, et ce, tous les jours pendant au moins quatre jours

Interventions – Troubles de l’humeur	Justification
Établir une <b>alliance thérapeutique</b> avec le client et lui manifester du respect	Favoriser le désir du client de communiquer ses pensées et ses sentiments
Évaluer le <b>risque suicidaire au besoin</b> , que le client soit en phase dépressive ou maniaque	Assurer la sécurité du client et éviter qu’il devienne un danger pour lui-même ou pour les autres
Maintenir un <b>environnement sûr et sans danger</b> au moyen d’une surveillance étroite et fréquente	Réduire le risque d’automutilation et de violence
Refuser d’établir des ententes secrètes avec le client, l’encourager à partager l’information importante et pertinente avec le personnel	Promouvoir la participation aux soins et sa responsabilité par rapport aux actes qu’il pose
Fournir des directives et de l’information claire et simple dans un environnement offrant peu de stimulus	Diminution des risques d’aggravation des symptômes maniaques
Établir des <b>limites fermes, cohérentes et bienveillantes</b>	Éviter les conséquences nuisibles associées au non-respect de certaines limites
Promouvoir les AVQ (douche, alimentation, etc.)	Évaluer le fonctionnement du client et augmenter son estime de soi
<b>Inform</b> er l’usager et ses proches sur le trouble et le traitement lorsque le client est capable d’apprendre	Améliorer les connaissances peut favoriser l’adhésion au traitement.

Interventions – Trouble anxieux	Justification
Assurer la <b>sécurité de l'utilisateur</b> et de son environnement	L'anxiété de l'utilisateur peut augmenter jusqu'à devenir une attaque de panique, qui pourrait être effrayante et dangereuse pour lui ou pour les autres.
Évaluer son propre stade d'anxiété et faire un effort conscient pour rester calme	L'anxiété se communique facilement d'une personne à une autre, l'infirmière doit maîtriser la sienne.
Reconnaître les comportements de soulagement auxquels l'utilisateur a recours	Une intervention précoce aide à gérer l'anxiété avant que les symptômes deviennent plus sérieux.
Aviser l'utilisateur de l'importance de limiter sa consommation de caféine, de nicotine ou d'autres stimulants du SNC.	La limitation de ces substances prévient ou réduit au minimum les symptômes physiques de l'anxiété.
Lui enseigner <b>les stratégies suivantes de réduction de l'anxiété</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique d'autorelaxation progressive</li> <li>• Méditation de pleine conscience</li> <li>• Exercices de respiration lente et profonde</li> <li>• Concentration sur un unique objet dans la pièce</li> <li>• Écoute d'une musique apaisante ou d'enregistrements de relaxation</li> <li>• Exercice physique</li> </ul>	Ces techniques aident à réduire l'anxiété en distrayant le client ou en orientant ses pensées vers des éléments moins anxiogènes pour lui.

## Interventions – Trouble anxieux

## Justification

L'aider à s'appuyer sur les **stratégies d'adaptation** qu'il a déjà utilisées par le passé

Les stratégies qui étaient efficaces auparavant le seront généralement encore dans les situations subséquentes.

L'aider à choisir des personnes de confiance qui pourront le soutenir

Un solide système de soutien aide le client.

Évaluer la présence et l'importance de la dépression ou de l'idéation suicidaire

Une évaluation en profondeur permet d'intervenir plus précocement afin de prévenir un acte autodestructeur.

Administer un **médicament anxiolytique** en tant que mesure moins restrictive

La médication est souvent la méthode la plus appropriée pour réduire une anxiété invalidante.

L'aider à comprendre l'importance de son régime pharmacologique et de son adhésion

Lorsqu'elle est nécessaire, la médication constitue un ajout efficace à d'autres interventions thérapeutiques psychosociales.

# Trouble psychotique

<b>Trouble délirant</b>	Présence <b>d'idées délirantes non bizarres</b> (c'est-à-dire qui est susceptible d'arriver dans la vie réelle), qui peut sembler plausible et qui persiste au moins un mois sans causer de déficience évidente du fonctionnement.
<b>Trouble psychotique bref</b>	<b>Perturbation persistante au moins un jour mais moins d'un mois</b> , avec retour complet du fonctionnement prémorbide. Peut présenter des idées délirantes, des hallucinations, un discours désorganisé ou des comportements désorganisés.
<b>Trouble psychotique dû à une affection médicale générale</b>	Diverses affections peuvent provoquer <b>des symptômes psychotiques</b> : forte fièvre, AVC, déséquilibres liquidiens et électrolytiques, le lupus érythémateux disséminé, l'hypoxie, l'encéphalite et l'hypoglycémie. Cette liste n'est pas exhaustive.
<b>Trouble psychotique induit par une substance</b>	L'abus de substance est d'usage courant ( <b>80% des clients avec trouble psychotique seront toxicomane</b> ). La crise psychotique apparaît lors de la prise de drogues. Les symptômes s'estompent généralement quand le client n'est plus exposé à la substance, mais la résolution des symptômes peut prendre des semaines, voire des mois.



# Types d'idées délirantes

## **Idées de grandeur ou mégalomanie :**

La personne a des idées de richesse et de surestimation de ses capacités personnelles.

## **Idées de persécution :**

La personne a la conviction que l'on essaie de lui nuire physiquement et moralement. **Ce sont les plus fréquentes.**

## **Idées de référence :**

La personne est convaincue que les autres parlent d'elle ou lui font signe dans la rue, à la télévision ou ailleurs.

## **Idées corporelles ou somatiques :**

La personne entretient des idées en lien avec le fonctionnement de son corps, qui comprennent plusieurs thèmes variant selon les périodes.

## **Idées de contrôle ou d'influence :**

La personne croit qu'une personne ou une puissance extérieure gouverne ses pensées ou activités.

## **Idées mystiques (isotériques) :**

La personne a de fausses croyances liées à des thèmes religieux ou spirituels. Ces idées sont fréquentes.

# Exemples d'interventions avec la clientèle ayant un trouble psychotique ou souffrant de schizophrénie

Interventions	Justification
<b>Gérer les hallucinations, les idées délirantes et le stress</b>	L'utilisateur, sa famille et ses proches doivent reconnaître que les hallucinations représentent des symptômes de la maladie et qu'elles sont réelles pour l'utilisateur.
<b>Offrir une protection au client, à ses proches et aux autres</b>	Potentiel de comportements violents. Les hallucinations et les stimulations sensorielles peuvent épuiser une personne qui lutte pour garder la maîtrise de soi. L'infirmière connaît les situations qui provoquent la colère, l'agressivité et la violence et prend les mesures nécessaires afin de prévenir les agressions.
<b>Aider le client à acquérir de l'autonomie</b>	Est encouragé à devenir de plus en plus actif dans ses propres soins afin de réduire la dépendance envers les professionnels de la santé, d'atténuer la stigmatisation sociale associée à son trouble mental et d'accroître son réseau de soutien.
<b>Gérer l'environnement et favoriser les comportements sociaux appropriés</b>	Inciter l'utilisateur à acquérir des habiletés sociales afin d'avoir des interactions fructueuses avec les autres. Assurer un suivi attentif de l'environnement, notamment du bruit et de la lumière de l'endroit, et favoriser le calme ainsi que l'ordre.
<b>Prévenir et gérer les rechutes</b>	Aider l'utilisateur à reconnaître les symptômes de la maladie, l'importance de l'adhésion au traitement, reconnaître les signaux d'alarme et à demander de l'aide lorsqu'il en ressent le besoin avec les services de première ligne (CLSC)

# Troubles de la personnalité

**TABLEAU 15.3**

## Problèmes généralement associés aux troubles de la personnalité

### GROUPE A

- Anxiété
- Adaptation inefficace
- Isolement social
- Opérations de la pensée perturbées

Paranoïaque,  
Schizoïde,  
Schizotypique

### GROUPE B

- Risque de suicide
- Risque de violence envers les autres
- Risque d'automutilation
- Risque de violence envers soi-même
- Adaptation inefficace
- Identité personnelle perturbée
- Faible estime de soi chronique

Antisocial, limite,  
histrionique,  
narcissique



### GROUPE C

- Anxiété
- Adaptation inefficace
- Faible estime de soi chronique
- Interactions sociales déficientes

Évitante, dépendante,  
obsessionnelle-  
compulsive



## Pratiques infirmières suggérées

### ENCADRÉ 15.1W

### Communiquer avec un client ayant un trouble de la personnalité limite

- Se soucier du confort du client et de sa compréhension durant la séance.
- Ne pas utiliser de termes complexes ni les expliquer pour éviter que le client se croie incapable de participer à la séance.
- Éviter les concepts complexes ou les expliquer clairement (éviter de faire allusion à un concept complexe qui ne peut être expliqué simplement).
- Utiliser un ton similaire à celui d'une interaction sociale.
- Éviter de parler de soi, mais demeurer authentique.
- Demeurer actif dans l'échange et limiter les longs silences; la personne ayant un trouble de la personnalité limite est soucieuse de ce que pense le thérapeute.
- Éviter les interprétations.
- Rassurer le client.
- Éviter les jeux de pouvoir et les menaces: soigner et non maîtriser.
- Utiliser l'humour.
- Ne pas dramatiser ni minimiser la situation.

## Symptômes cliniques

### ENCADRÉ 16.7

### Symptômes de sevrage de l'alcool

Le sevrage de l'alcool peut comporter les symptômes suivants :

- une hyperactivité du système nerveux autonome (c.-à-d. une fréquence cardiaque supérieure à 100 battements par minute ou de la diaphorèse);
- des tremblements accrus des mains;
- des céphalées;
- un trouble d'orientation dans les trois sphères;
- de l'insomnie;
- une agitation psychomotrice;
- de l'anxiété;
- des nausées ou des vomissements;
- des convulsions précédées ou suivies d'illusions ou d'hallucinations visuelles, auditives ou tactiles transitoires;
- un délire alcoolique.

## La garde préventive

- **Prescrite par tout médecin** lorsqu'il y a présence de danger grave et imminent pour l'usager ou pour autrui.
- Mesure légale permettant de garder un usager contre son gré :
  - ✓ sans le consentement de la personne
  - ✓ sans l'autorisation du tribunal
  - ✓ sans examen psychiatrique
  - ✓ d'une **durée de 72 heures**.

N'oblige pas  
l'usager à subir  
une évaluation  
psychiatrique, ni à  
subir un  
traitement

## La garde préventive

### La garde préventive doit être levée :

- Si ne présente plus un danger grave et immédiat ou si accepte l'hospitalisation
- À l'expiration des 72 heures
- Dès l'obtention d'une ordonnance de garde provisoire ou garde autorisée
- Si délai de 72 heures se termine un samedi, un dimanche ou un jour férié (excluant les fériés «maisons»), la garde peut être prolongée jusqu'à l'expiration du premier jour juridique suivant.

## Garde provisoire (ordonnance de cour)

Mêmes conditions que la garde préventive mais :

- **Évaluation psychiatrique** (il ne peut pas refuser l'examen)
- **Ordonnance obtenue par le tribunal**
- **Contre son gré** : faire subir une évaluation psychiatrique qu'elle refuse.
- Signée par un **juge ou son représentant**.
- Obtenue à la demande d'un médecin ou d'un tiers intéressé.

**Un endroit sécuritaire est recommandé pour ce type de clientèle (civile).**



## La garde autorisée

La garde autorisée est une **loi d'exception** :

- But de protéger
- Prescrite lorsque l'usager a peu ou pas d'autocritique et que celui-ci pourrait présenter des critères de dangerosité pour lui-même ou pour les autres,
- **Deux évaluations psychiatriques par deux psychiatres différents sont nécessaires :**
  - Chaque évaluation doit conclure à la présence d'un danger pour lui-même ou pour autrui,
  - Si refus d'hospitalisation.
- Prescrite par le psychiatre sur le formulaire de prescription régulière et sur le formulaire AH-108;
- Valide pour une **période établie par le juge** (généralement 21 jours)
- Si pas renouvelée, l'usager est considéré en cure libre.

<b>Recherche active de solutions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• État de vulnérabilité, ambivalence, intention très vague</li> <li>• Si elle trouve une solution : retrouve son équilibre et crise évitée</li> </ul>
<b>Flashes suicidaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tente différentes solutions sans retrouver son équilibre, devient de plus en plus angoissée, fantasme de mort, de disparaître « par magie », « s'endormir et ne pas se réveiller »</li> </ul>
<b>Idéations suicidaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'éventail de solutions diminue et les idées suicidaires +/- envahissantes, persistantes, divers scénarios, anxiété augmente</li> <li>• Présence de messages indirects (ex: préparer à un long voyage, régler ses factures, annuler le journal, modifier son testament)</li> <li>• Parler de la mort (ex: tout le monde serait mieux sans moi, bientôt je vais revoir...)</li> </ul>
<b>Ruminations suicidaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte d'espoir → angoisse élevée</li> <li>• Une planification s'amorce, se précise de plus en plus (projet suicidaire)</li> <li>• Message direct</li> </ul>
<b>Cristallisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le suicide apparaît être la seule façon d'apaiser sa souffrance</li> <li>• Le plan suicidaire précise (COQ)</li> <li>• Souvent la personne paraît calme</li> </ul>
<b>Passage à l'acte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'idée de mort est cristallisée et le plan est élaboré, le passage à l'acte devient imminent</li> </ul>
<b>Période de récupération</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Après un passage à l'acte, la personne peut présenter une légère amélioration et rassurer son entourage</li> <li>• Ambivalence est toujours présente et la personne demeure vulnérable</li> <li>• Période à haut risque pour un autre passage à l'acte</li> </ul>

# LECTURE OBLIGATOIRE: ÉVALUATION DE L'ÉTAT MENTAL

# Les impacts du syndrome du bébé secoué

## Physiques

- Ecchymoses, coupures, éraflures, trauma crâniens (séquelles), fractures, brûlures, etc.

## Développementaux

- Retards de croissance, incapacités.

## Intellectuels

- Retard de développement, troubles du langage, niveau d'attention faible, déficience au niveau de l'endurance ou de la dextérité manuelle, difficultés scolaires

## Affectifs

- Dépression, faible estime de soi, difficultés relationnelles, troubles psychiatriques, hyperactivité, faible capacité d'investissement émotif, réactions agressives.

## Comportementaux

- Troubles de comportement, agressivité, délinquance, criminalité.

## Cas potentiel d'un enfant subissant des sévices

### Votre position stratégique

- Le personnel infirmier des salles d'urgence occupe une position de première ligne dans le dépistage d'abus de toutes sortes ou de négligence dont sont victimes certains enfants.
- La salle d'urgence est souvent la porte à laquelle les parents viennent frapper pour demander de l'aide.
- Vous devez être à l'affût des situations et des comportements problématiques et de les partager avec le MD afin de cibler l'intervention appropriée.

## **Loi sur la protection de la jeunesse, article 38 :**

Pour l'application de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement sérieux.

### **Signaler une situation :**

Toute personne au courant d'une telle situation peut effectuer un signalement à la DPJ. Cependant, dans le cas d'un abus physique ou sexuel, il est obligatoire de signaler la situation. En ce qui concerne les professionnels, ils sont tenus de signaler dans tous les cas.

L'identité du signalant est strictement confidentielle et n'est jamais communiquée sans son autorisation aux personnes concernées par le signalement. Pour la région des Laurentides, le numéro de téléphone (sans frais) pour signaler la situation d'un enfant est le suivant :

**1-800-361-8665**

## Interventions

- Installer l'enfant et ses parents dans une salle où il y aura DAVANTAGE DE CONFIDENTIALITÉ (ex : salon pour famille).
- NE PAS JUGER. TRAITER CHALEUREUSEMENT L'ENFANT et ses PARENTS. ÉTABLIR UNE RELATION DE CONFIANCE. ILS VIENNENT CHERCHER DE L'AIDE.
- OBSERVER LES INTERACTIONS parents-enfant.
- Noter soigneusement au dossier toutes vos OBSERVATIONS PERTINENTES À LA SITUATION. Ces notes peuvent être utiles lors de procédures judiciaires et la sécurité de l'enfant peut en dépendre.
- Faire venir le DOSSIER DE L'ENFANT DES ARCHIVES si vous pensez le reconnaître suite à des consultations récentes.

## Relations parent-enfant

- COMPORTEMENT DES **PARENTS** quand l'enfant s'adresse à eux (parole et geste).
- COMPORTEMENT DE **L'ENFANT** quand ses parents s'adressent à lui.
- COMPORTEMENT DE **L'ENFANT ENVERS LES ÉTRANGERS** (infirmières, médecin) et cela en l'absence des parents; noter la différence si pertinente.



## Parler avec l'enfant abusé ...

### Ce qui est important à retenir :

- ☞ Moment et lieu propices;
- ☞ Ne pas promettre de se taire, informer que la loi nous oblige à déclarer;
- ☞ Ne pas exprimer de jugement ou de critiques;
- ☞ Utiliser le vocabulaire de l'enfant (parties du corps);
- ☞ Rassurer l'enfant qu'il fait bien de se confier et demander de l'aide;
- ☞ Rassurer l'enfant qu'il n'est coupable de rien, qu'il n'est pas méchant et qu'il n'est pas responsable de la situation;
- ☞ Déterminer la conduite immédiate à tenir pour la sécurité de l'enfant;
- ☞ Expliquer à l'enfant (le signalement) selon les cas.

# Bibliographie

Jarvis, C. (2015), *L'examen Clinique et l'évaluation de la santé*, chapitre 14

Stagg, B., & Ambati, B. (2014). *Diagnostic Ophthalmology*. Altona, Canada : Amirys

Duker, J. S., & Yanoff, M. (2014). *Ophthalmology*. Philadelphie, EUA: Mosby Elsevier.

Adam, T. G., Michael, P. R., Behin, I. B., & Christopher, M. F. (2012) *The Wills Eyes Manual*. Philadelphie, EUA : Lippincott Williams & Wilkins.

Lewis, S., Dirksen, S., Heitkemper, M., Bucher, L., & Camera, I. (2011) *Medical-Surgical Nursing*. St-Louis, EUA: Elsevier Mosby

Ball, J., & Bindler, R. (2010) *Soins infirmiers en pédiatrie*. Quebec, Canada : ERPI

Jarvis, C. (2009). *Physical Examination & Health Assessment*. St-Louis, EUA : Saunder

Quevauvilliers, J., Perlemuter, L., & Perlemuter, G. (2009) *Dictionnaire Medical de l'Infirmière*. Paris, France : Elsevier Masson.

Le groupe de travail national sur l'ÉTG (2008), *Triage orienté selon les raisons de visites TORV 2008, version 01.07, codes du Québec*, p. 20, 134, 220

Webb, L. A. (2004). *Manual of Eye Emergencies : Diagnosis and management*. Edinburgh, Écosse : Butterworth-Heinemann.

Pouliquen, Y. (2002) *Dictionnaire d'Ophthalmologie*. Paris, France: C.I.L.F.

OIIQ, Perspective infirmière .

<https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol12no05/11-evaluation-clinique.pdf>

## Références

- Wherrett, D., Ho, J., Huot, C., Legault, L., et al. *Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada: Type 1 Diabetes in Children and Adolescents*. Can J Diabetes 2018; 42 (Suppl 1) : S234-S246.
- Bryant, R.-A. & Nix, D.P. (2016). *Acute & chronic wounds current management concepts*. Fifth Edition.  
-MSSS (<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-905-01.pdf>)  
OIIQ ([http://www.oiiq.org/sites/default/files/230\\_doc\\_0.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/230_doc_0.pdf))  
Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2012). *Soins infirmiers pédiatrie (tr: Wong's Essentials of Pediatric Nursing)*, (8th ed.). Chenelière éducation, Montréal, 891.  
<https://www.educaloi.qc.ca>

## Remerciements :

Document réalisé par:

Éric Bélanger inf. clinicien; Simon Latreille inf. clinicien; Maryse Dupont, inf. ;  
Cindy Marcoux, inf. clinicienne; Mylène Guillemette, inf. ; Joël Langlais, inf.;

**Mise à jour en Mai 2019** par les formateurs des urgences du CISSS des Laurentides en collaboration avec les conseillères en soins infirmiers secteur urgence

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
des Laurentides

Québec 