

2m11.2920.1

Université de Montréal

Élaboration et validation d'indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence

par

Denise Kudirka

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M. Sc.)
en sciences infirmières

Novembre, 2001

© Denise Kudirka, 2001



WX

5

U58

2002

v.002

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé

Élaboration et validation d'indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence

présenté par

Denise Kudirka, B.Sc. (inf)

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvie LeMay, Ph.D., président-rapporteur

Raymond Grenier, Ph.D., directeur de recherche

Lorraine Bojanowski, M.Sc.inf., membre du jury

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES.....	vi
REMERCIEMENTS.....	vii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : LE PROBLÈME.....	4
1.1. But de l'étude.....	9
1.2. Question de recherche.....	9
CHAPITRE II : LA RECENSION DES ÉCRITS.....	10
2.1. La qualité.....	10
2.1.1. Sources d'indicateurs.....	12
2.1.2. Choix de l'approche.....	14
2.2. Le contexte des services d'urgence : aspects généraux.....	17
2.3. Le triage.....	20
2.3.1. Étapes du triage.....	25
2.3.1.1. Évaluation initiale de la condition de l'utilisateur.....	25
2.3.1.2. Détermination de l'urgence d'intervention médicale selon une classification prédéterminée.....	32
2.3.1.3. Orientation des usagers vers l'aire appropriée de traitement ou de soins.....	34
2.3.1.4. Réévaluation périodique et systématique des usagers en attente.....	35
2.3.1.5. Initiation de mesures diagnostiques ou thérapeutiques.....	36
CHAPITRE III : MÉTHODE.....	38
3.1. Définition des termes.....	38
3.2. Déroulement de l'étude.....	39
3.3. Première étape - Élaboration des indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence.....	40
3.4. Deuxième étape - Validation des indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence.....	42
3.4.1. Première activité – choix d'une méthode de consensus.....	42
3.4.1.1. La technique Delphi.....	43
3.4.1.2. La technique Delphi modifiée.....	43
3.4.1.3. Étapes de la technique Delphi modifiée.....	43

3.4.2. Deuxième activité - formation d'un groupe d'informateurs clés	47
3.4.3. Troisième activité - Validation des indicateurs par l'entremise de la technique Delphi modifiée	50
3.4.3.1. Phase 1 : Développement d'un premier questionnaire.....	50
3.5. Limites méthodologiques	52
3.6. Considérations éthiques	53
CHAPITRE IV : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	54
4.1. Résultats de la première étape de validation.....	54
4.2. Résultats de la deuxième étape de validation	79
4.3. Synthèse des résultats	82
CHAPITRE V : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	84
5.1. Discussion des résultats.....	84
5.2. Discussion sur la méthode.....	104
5.3. Implications pour les sciences infirmières.....	108
CONCLUSION	109
RÉFÉRENCES	110
Annexe I : Liste des indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence	i
Annexe II : Lettre de « directives à l'intention des informateurs clés»	ix
Annexe III : Equipement de la salle de triage	xiv
Annexe IV : Première grille de validation des indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence.....	xvi
Annexe V : Lettre de relance	xviii
Annexe VI : Résultats de la première étape de validation	xix
Annexe VII : Seconde grille de validation des indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence.....	xxxiii
Annexe VIII : Résultats de la deuxième étape de validation.....	xlii
Annexe IX: Liste des indicateurs valides de la qualité du triage en service d'urgence	xlvi
Annexe X : Liste validée de l'équipement de la salle de triage.....	liii

Liste des tableaux

Tableau I	-Différentes variantes du triage selon une approche globale.....	24
Tableau II	-Description des niveaux de classification et des délais recommandés de l'ETG .	33
Tableau III	-Déroulement de l'étude	40
Tableau IV	-Description de la classification des indicateurs	41
Tableau V	-Avantages et désavantages de la technique Delphi.....	46
Tableau VI	-Description des informateurs clés.....	49
Tableau VII	-Moyenne et écart type de chacun des indicateurs proposés à la première étape de validation pour les intrant – structure	56
Tableau VIII	-Liste des indicateurs de la catégorie des intrants – structure	57
Tableau IX	-Moyenne et écart type de chacun des indicateurs proposés à la première étape de validation pour les processus – activités.....	64
Tableau X	-Liste des indicateurs de la catégorie d'activités – processus	65
Tableau XI	-Moyenne et écart type de chacun des indicateurs proposés à la première étape de validation pour les extrants – soins & services	72
Tableau XII	-Liste des indicateurs de la catégorie des extrants – soins & services	72
Tableau XIII	-Description des indicateurs rejetés de la première étape de validation	76
Tableau XIV	-Liste des nouveaux indicateurs proposés par certains informateurs clés.....	77
Tableau XV	-Niveau de consensus des indicateurs communs à la première et à la deuxième étape de validation	78
Tableau XVI	-Description des indicateurs rejetés de la deuxième étape de validation	82
Tableau XVII	-Synthèse des résultats des deux étapes de validation	83
Tableau XVIII	-Résumé des facteurs de rejet des indicateurs soumis à la validation	103

Liste des figures

Figure 1	- Approche systémique	16
Figure 2	- Sommaire des années d'expérience des informateurs clés par catégories professionnelles.....	49
Figure 3	- Grille de validation des indicateurs.....	50

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes m'ont soutenu depuis le début de ce projet de recherche jusqu'au dépôt du présent mémoire. Sans leur aide et leur soutien, ce projet n'aurait pas vu le jour. Je voudrais d'abord exprimer ma profonde reconnaissance à mon directeur de recherche, M. Raymond Grenier, Ph.D., professeur titulaire à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, pour son soutien constant, ses conseils judicieux et l'intérêt porté tout au long de ce processus d'apprentissage.

Un merci tout spécial s'adresse aux infirmières, infirmiers et médecins ayant participé à titre d'informateur clé à la validation des indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence.

Des remerciements sont également offerts à mes compagnes d'études, Réjeanne, Mme Vadnais et au personnel des bibliothèques qui m'ont fourni leur appui, conseils et aide.

Enfin, je tiens à remercier sincèrement mes amies et plus particulièrement, ma mère, mes sœurs Sylvie et Anne ainsi que Bernard, Audrey et Claudia pour leur soutien et leur confiance inconditionnels dans la réalisation d'un tel projet.

INTRODUCTION

Actuellement, les services d'urgence sont les plus sollicités du réseau de la santé en raison de l'accessibilité universelle de ces services (MSSS, 1999b, MSSS, 1999c). La première phase de l'organisation du service d'urgence, celle du tri et de la stabilisation est la plus critique. Le tri, connu sous le nom de triage, permet de déterminer quel usager doit recevoir des soins rapides ou immédiats (Rhee, Donabedian & Burney, 1987). Cette décision est cruciale car elle peut avoir un impact profond sur la santé et même la vie des personnes. Le triage est donc reconnu comme une étape fondamentale pour un fonctionnement sécuritaire et efficace d'un service d'urgence (Beveridge, Ducharme et al., 1999).

Depuis quelques mois, le triage au Québec est l'objet d'une réflexion intensive. Le Collège des Médecins du Québec (CMQ) & l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ), (2000) stipulent que tout système de triage doit prévoir un processus d'évaluation de la qualité. Cette évaluation régulière devrait permettre l'amélioration continue du processus de triage (OIIQ, 1995). Mais comment remplir adéquatement ce mandat lorsque aucun indicateur valide de la qualité du triage en service d'urgence n'existe ?

La présente recherche est une étude méthodologique, selon une approche déductive. Elle se base sur une démarche systématique qui identifia, à partir des écrits pertinents, des indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence pour ensuite les valider auprès d'informateurs clés grâce à une technique Delphi modifiée. Les informateurs clés furent des médecins, des infirmières et des infirmiers possédant un minimum de deux ans d'expérience avec le triage en service d'urgence. Ils ont été choisis selon leur expertise spécifique (infirmière

gestionnaire, infirmière clinicienne, infirmière et médecin) ou selon leur appartenance à une organisation professionnelle (membre de l'AMUQ, de l'AGIUQ ou de l'AIUQ).

Au terme de cette étude, 96 indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence furent validés. Ces indicateurs sont répartis en trois catégories selon l'approche systémique soit : 39 indicateurs pour les intrants – structure, 49 indicateurs pour les activités – processus et 8 indicateurs pour les extrants – soins & services.

En plus d'avoir permis l'élaboration et la validation d'indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence, les résultats de cette recherche montrent pour la catégorie des intrants – structure (les ressources humaines), que l'infirmière au triage doit être qualifiée, formée et soutenue. Du point de vue des activités – processus, l'accueil de l'utilisateur, comme activité clinique, attire le plus l'attention des informateurs clés. Quant à la catégorie des extrants – soins & services, cette catégorie a enregistré le plus faible taux de validation soit 38%. Les indicateurs de la satisfaction de l'utilisateur n'ayant pas été jugés valides, ils l'auraient peut-être été, s'ils avaient été validés par l'utilisateur et sa famille plutôt que par les dispensateurs des soins et services.

En conclusion, l'élaboration et la validation des indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence constituent les deux premières étapes préalables à la création d'un instrument de mesure de la qualité du triage en service d'urgence. La prochaine étape consisterait à construire un instrument de mesure et à l'expérimenter. Les données ainsi recueillies par l'expérimentation permettraient de procéder à une validation du construit lequel a été élaboré dans le cadre de cette étude.

Entre temps, il est possible d'utiliser ces indicateurs afin de mesurer et d'évaluer la qualité existante du triage et ainsi apporter les correctifs nécessaires pour son amélioration. Les résultats de cette évaluation permettraient alors aux infirmières et infirmiers l'accomplissement de leurs obligations professionnelles et sociales de développement continu de la qualité (Grenier, 1996). Ces résultats pourraient aussi influencer, dans un contexte de restriction de coûts, les mécanismes d'allocation des ressources. De plus, l'utilisation de l'ensemble des indicateurs lors de la formation d'infirmières au triage en service d'urgence pourrait être un moyen didactique puissant. Enfin, l'analyse des indicateurs rejetés, jette un éclairage sur les valeurs et les intérêts influençant la pratique infirmière actuelle lors du triage. Cet éclairage permet l'exploration de nouvelles pistes de réflexion afin de, non seulement, améliorer la qualité des soins mais de changer les paradigmes de soins existants de façon à les orienter selon une perspective centrée sur le client et sa famille.

CHAPITRE I

LE PROBLÈME

Le système de santé québécois a fait l'objet d'une transformation en profondeur au cours de la dernière décennie. Cette transformation, connue sous le nom de virage ambulatoire, fut motivée par des impératifs économiques qui se traduisirent par une réduction importante du budget du système de la santé. De plus, le virage ambulatoire fut rendu possible grâce à l'avènement concomitant du développement des connaissances et de la technologie qui à leur tour entraînent des changements considérables dans les pratiques médicales (Fédération des Centres Locaux de Services Communautaires du Québec (FCLSCQ), 1996). Selon Leprohon & Lévesque-Barbès (1999) cette réingénierie des processus de soins et du suivi des malades a eu pour conséquences la fermeture d'établissements hospitaliers et la transformation des pratiques et des modes de distribution des soins et des services dans le système de la santé.

Ces changements entraînent alors pour la population des modifications dans l'accessibilité, l'équité et les modes de prestation des soins (OIIQ, 1998). Les soins sont désormais limités dans le temps et leur environnement est modifié afin de privilégier l'option ambulatoire (FCLSCQ, 1996). Ces nouvelles pratiques nécessitent alors un partenariat avec la personne et sa famille (OIIQ, 1996), une coordination accrue entre les différents services (Ministère des Services Sociaux et de la Santé (MSSS), 1999a) et une collaboration interprofessionnelle et intersectorielle (D'Amour, 1998).

Ce changement de paradigme dans la prestation des soins occasionne des ajustements majeurs dans l'ensemble du système de la santé tant pour les centres hospitaliers que pour les partenaires communautaires. Les services d'urgence, situés à l'interface de ces deux milieux, sont directement influencés par leur degré d'intégration au sein de l'hôpital et par le degré de coordination entre la première ligne et l'urgence (MSSS, 1999b). Les services d'urgence sont les services les plus sollicités du réseau de la santé (MSSS, 1999c), en raison de leur accessibilité universelle : ouverture 24 heures sur 24, accès facile à l'investigation et un personnel toujours disponible. Ils deviennent le filet de sécurité sanitaire pour la population et le paratonnerre de l'hôpital et du réseau (MSSS, 1999b).

Dans ce contexte où les demandes de soins sont accrues et les ressources disponibles limitées, les services d'urgence se sont structurés afin de fournir, en tout temps, à chaque personne qui s'y présente pour un problème de santé urgent, les soins et les services de qualité requis par sa condition, dans une perspective d'approche client (MSSS, 1999b).

Le déroulement des services d'urgence est organisé selon quatre phases. Ces phases successives sont : 1) le tri et la stabilisation, 2) le diagnostic intérimaire et les traitements, 3) la décision pour un diagnostic de base et 4) la disposition finale. La première phase, celle du tri et de la stabilisation est la plus critique. Le tri, connu sous le nom de triage, permet de déterminer quel usager doit recevoir des soins rapides ou immédiats (Rhee, Donabedian & Burney, 1987). Cette décision est cruciale car elle peut avoir un impact majeur sur la santé et même la vie des personnes. Elle est d'autant plus importante qu'elle est effectuée dans des situations de crise où la précision et la rapidité d'évaluation sont nécessaires alors que cette évaluation est basée sur un

minimum d'information (Edwards, 1994; Hughes, 1988, Mardsen, 1998). Par conséquent, le triage est une partie constituante majeure du système des services d'urgence et un standard attendu de la pratique infirmière d'urgence (Emergency Nursing Association (ENA), 1992).

Le triage est un processus qui a évolué depuis sa création. Le triage hospitalier est apparu aux États-Unis au début des années soixante, afin de répondre à l'accroissement de l'achalandage des services d'urgence. Il avait comme but unique l'identification des cas très urgents (Thompson & Dains, 1982). Rapidement, dès 1964, les infirmières assumèrent le rôle d'agent de triage (Mezza, 1992).

Depuis, le processus de triage s'est développé selon une approche globale. Il répond toujours au but initial qui vise à identifier rapidement les usagers avec un problème urgent menaçant l'intégrité de leur vie (Bracken, 1998; Kelley, 1994). Il a aussi comme buts complémentaires l'établissement de priorités face aux besoins de soins de tous les usagers, le contrôle de la circulation des usagers dans le service d'urgence, la détermination du lieu de traitement le plus approprié (ENA, 1998; Kitt, 1995), l'utilisation efficace des ressources et de l'espace du service d'urgence (ENA, 1998) et les fonctions d'information, de réconfort et d'éducation (CMQ & OIIQ, 2000).

Le processus de triage, selon une approche globale, comprend ainsi cinq étapes (OIIQ, 1995). Le CMQ et l'OIIQ (2000) en retiennent quatre afin d'élaborer une définition conjointe du triage.

« Le triage à l'urgence consiste à évaluer la condition du patient, à déterminer l'urgence d'intervention médicale selon une classification prédéterminée, à diriger le patient vers l'aire de traitement ou la salle d'attente ou encore à l'orienter vers une autre ressource. Il implique aussi une réévaluation périodique et systématique des patients en attente de soins (CMQ & OIIQ, 2000, p.2). »

La cinquième composante du triage est quant à elle conditionnelle à chaque situation, permettant ainsi à l'infirmière d'initier des mesures diagnostiques ou thérapeutiques (CMQ & OIIQ, 2000).

Actuellement, le triage au Québec est l'objet d'une réflexion intensive. Outre la position conjointe sur le triage à l'urgence du CMQ et de l'OIIQ, l'association des médecins d'urgence du Québec, l'association canadienne des médecins d'urgence et le « National Emergency Nurses' Affiliation » ont publié en octobre 1999 un guide d'implantation d'une échelle canadienne de triage et de gravité pour les services d'urgence (ETG) (Beveridge, Clarke et al., 1999). Ces initiatives d'uniformisation de la pratique du triage à l'urgence démontrent, de la part des organismes professionnels de la santé, leur volonté de prodiguer des soins de qualité à la population et soulignent la nécessité d'une collaboration interprofessionnelle particulièrement entre les infirmières et les médecins à tous les stades du processus du triage (CMQ & OIIQ, 2000).

Selon le CMQ & l'OIIQ (2000) tout système de triage doit prévoir un processus d'évaluation de la qualité. Cette évaluation régulière devrait permettre l'amélioration continue du processus de triage (OIIQ, 1995). Mais qu'entendons-nous par qualité du triage en service

d'urgence ? En d'autres termes, quels sont les indicateurs valides de la qualité du triage en service d'urgence ?

L'évaluation de la qualité des soins infirmiers ne peut s'effectuer sans l'obtention préalable de données obtenues d'un instrument de mesure valide et fiable. Or le développement d'un tel instrument de mesure passe inévitablement par le développement et la validation d'indicateurs de la qualité des soins infirmiers.

Dans le contexte hospitalier, l'Association des Hôpitaux du Québec (1991) définissait alors la qualité comme l'ensemble des caractéristiques que l'on attend d'un produit, d'un soin ou d'un service pour satisfaire un besoin défini. À son tour, le terme besoin se définit comme un «écart » (mesurable) entre «ce qui devrait être » la situation désirée, les résultats escomptés, l'idéal et « ce qui est » la situation actuelle, les résultats observés, le réel (Grenier, 1985). Le devrait être ou l'idéal à atteindre s'établit par des normes qui se traduisent plus concrètement par un ensemble d'indicateurs (Grenier, Drapeau et Désautels, 1989). Ces indicateurs peuvent être développés selon l'approche tripartite de Donabedian (1966) comprenant des éléments de structure, de processus et de résultat. Les indicateurs de qualité de la structure permettent d'examiner les caractéristiques de l'établissement, alors que ceux du processus permettent d'examiner les attributs du processus de soins et ceux des résultats les effets des soins sur la santé et le bien-être des individus (Brunelle, 1995; Donabedian, 1988).

L'Emergency Nursing Association (1992) a établi des normes générales de l'approche globale du triage selon la démarche clinique. Ces normes américaines considèrent principalement l'aspect du processus et des résultats. Elles n'abordent pas l'aspect de la structure.

Or il n'existe pas, à notre connaissance, des indicateurs valides adaptés au contexte québécois et basés sur une approche tripartite permettant la mesure de la qualité du triage en service d'urgence. Le besoin de formulation d'indicateurs de la qualité du triage et l'absence d'un instrument de mesure valide et fiable de la qualité du triage rend impossible la mesure de la qualité existante du triage et l'apport de correctifs nécessaires pour son amélioration, le cas échéant.

1.1. But de l'étude

Cette étude a pour but l'élaboration et la validation d'indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence.

1.2. Question de recherche

Quels sont les indicateurs valides de la qualité du triage en service d'urgence ?

CHAPITRE II

LA RECENSION DES ÉCRITS

Dans un premier temps, la recension des écrits porte sur les notions de la qualité et d'indicateur qui la traduise, les sources d'indicateurs ainsi que le choix de l'approche pour élaborer ces indicateurs de qualité. Par la suite, le contexte organisationnel, sociologique et politique des services d'urgence est exploré, étant donné le caractère contextuel de la qualité. Puis la dernière partie présente une description du concept du triage et de ses étapes.

2.1. La qualité

La qualité selon Koch (1992) est un construit social. Haddad, Roberge & Pineault (1997) ajoutent que la qualité est un concept multiforme et multidimensionnel. Il s'agit d'une notion dynamique qui évolue dans ses significations comme dans ses traductions opératoires et qui accompagne les changements survenant dans les techniques, les savoirs médicaux et l'environnement politique, social, économique et organisationnel. La qualité est donc « contingente » et sa mesure ne peut se produire que tenant compte de son caractère contextuel (Brunelle, 1993). La qualité apparaît enfin, dans ses significations comme dans ses approches, indissociable des intentions et des rôles des différents acteurs du système de santé.

Aussi, dans le contexte hospitalier, l'Association des Hôpitaux du Québec (1991) envisage la qualité comme l'ensemble des caractéristiques que l'on attend d'un produit, d'un soin ou d'un service pour satisfaire un besoin défini. Le terme « besoin » est défini comme un écart entre « ce qui devrait être » (la situation désirée, les résultats escomptés, l'idéal), et « ce qui est » (la

situation actuelle, les résultats observés, le réel). (Grenier, 1985). Brunelle (1993) utilise aussi cette notion d'écart. Ainsi, la qualité, selon plusieurs auteurs, est un jugement porté sur l'écart entre ce qui est réalisable - ce qui peut et doit être réalisé - et ce qui est effectivement réalisé (Brook & Lohr, 1981; Lomas & Haynes, 1988; Paterson, 1988 et Roos, 1991).

L'énoncé général de « ce qui devrait être » traduit le niveau de performance attendue et s'exprime par une norme (Grenier, 1993; Grenier, Drapeau, & Désautels, 1989). Les normes se traduisent par ailleurs par un ensemble d'indicateurs qui servent à la mesure et dont les valeurs sont utilisées comme points de repère dans l'appréciation de l'état ou de l'évolution d'un phénomène non ou difficilement quantifiable. Les indicateurs permettent donc une mesure plus ou moins directe et plus ou moins partielle (Brunelle & Saucier, 1999).

Un indicateur donne une indication, c'est-à-dire une information utile, mais plus ou moins complète relativement au phénomène étudié. Pour mieux cerner un phénomène, l'utilisation de plusieurs indicateurs est essentielle (Brunelle & Saucier, 1999). Les exigences de qualité généralement considérées à l'égard d'un indicateur sont la validité, la fiabilité, la sensibilité, la spécificité, la robustesse et sa durée de vie (Brunelle & Saucier, 1999).

La validité d'une mesure renvoie à la capacité de celle-ci de mesurer réellement ce qu'elle doit mesurer. Ainsi, la validité dans le cas d'un indicateur répond à la question, « le type de mesure adopté fournit-il vraiment les repères nécessaires à l'appréciation de l'état ou de l'évolution du phénomène pour lequel il a été choisi ? Alors qu'une mesure est considérée fiable si elle produit des résultats constants lorsqu'elle est appliquée de façon répétitive sur un même

phénomène. La spécificité indique si l'indicateur ne varie que lorsque le phénomène lui-même subit une modification. L'indicateur est sensible, lorsqu'il varie beaucoup et rapidement lorsque apparaissent des modifications au phénomène représenté (Brunelle & Saucier, 1999). L'indicateur est robuste lorsqu'il a la capacité de résister à l'utilisation que l'on en fait (Saucier & Brunelle, 1995). La durée de vie est la dimension évolutive que l'on prête aux qualités d'un indicateur (Brunelle & Saucier, 1999).

2.1.1. Sources d'indicateurs

Selon Donabedian (1986), les indicateurs de qualité peuvent être décrits selon une approche tripartite d'évaluation de la qualité reliée à la structure, aux processus et aux résultats.

La structure fait référence aux aspects organisationnels et physiques du réseau de la santé et des services sociaux et de ses différentes entités. Elle inclut également les caractéristiques des ressources et des dispensateurs qui ont une certaine permanence (exigence de formation) ainsi que les instruments mis à leur disposition (Donabedian, 1980).

Le processus englobe les activités qui se déroulent entre les dispensateurs et les clients (Donabedian, 1980). L'angle du processus met l'accent sur la façon dont sont accomplies les activités reliées aux soins. Le point de référence devient alors la façon dont le personnel infirmier procéderait idéalement dans ses activités reliées aux soins des personnes et cela compte tenu de l'état actuel des connaissances, de la technologie et de l'art des soins infirmiers et compte tenu également des contraintes avec lesquelles l'infirmière ou l'infirmier doit normalement composer avec la réalité de tous les jours. (Grenier, et coll., 1989).

Les résultats qui s'inspirent du modèle systémique (Donabedian, 1980), sont de deux types : les « *Output* » (résultats de production) et les « *Outcomes* » (résultats effectifs) (Saucier & Brunelle, 1995). Les résultats de production font référence aux résultats plus près de la production de services (Saucier & Brunelle, 1995). Ils se subdivisent en résultats indirects et directs de production. Les résultats indirects de production sont obtenus sans qu'il y ait contact immédiat avec l'utilisateur. Ils découlent d'activités non cliniques telle que le développement professionnel (formation acquise) ou d'activités cliniques indirectes telle que les tests de laboratoire. Alors que les résultats directs de production impliquent un contact entre l'utilisateur et un dispensateur de soins et résultent d'activités cliniques directes telle que l'évaluation initiale de l'utilisateur. Les résultats effectifs, quant à eux, font référence aux gains ou aux modifications dans l'état de santé ou de bien-être qu'on peut ou croit pouvoir imputer aux soins ou aux services reçus tel que les connaissances ou les habiletés acquises, dans le cas des maladies chroniques (Donabedian, 1980; Lohr, 1988).

Enfin, en ce qui concerne les indicateurs de résultats, il est essentiel d'aborder le concept de la satisfaction. Celle-ci est généralement considérée comme un résultat désiré des soins dispensés et des services disponibles, voire même un élément de l'état de santé du patient (Donabedian, 1988). La satisfaction des usagers se définit comme le degré de congruence entre la perception du soin reçu et les attentes de la personne quant à ce soin (Messner & Lewis, 1996). La satisfaction est tributaire d'éléments subjectifs tels que les attentes et les perceptions de l'utilisateur. Pascoe (1983) décrit la satisfaction alors comme la réaction cognitive et émotionnelle d'un usager à des aspects distincts du contexte, du processus et des résultats de l'expérience du service de santé. Selon Morin (1999) ces aspects sont : l'accès aux soins, les installations

physiques, la communication interpersonnelle, la compétence technique et professionnelle, la continuité des soins, l'information reçue et les résultats en tant que tels. De plus, Donabedian (1988) & Grenier (1998) précisent que ce sont les habiletés interpersonnelles des soignants, constituant le véhicule pour la mise en place des aspects techniques des soins, qui influencent particulièrement la satisfaction de l'utilisateur et de sa famille. Les attributs de ces habiletés interpersonnelles sont par ailleurs difficiles à opérationnaliser en critères et standards valides et fiables de la qualité des soins (Grenier, 1998). Par conséquent, l'utilité des données relatives à la satisfaction des usagers dépend de l'identification et de la compréhension des facteurs qui l'influencent.

2.1.2. Choix de l'approche

L'approche tripartite de Donabedian (1986) est préconisée afin d'élaborer les indicateurs de qualité étant donné l'avantage qu'elle a de permettre une perspective macroscopique de l'évaluation de la qualité. Ce niveau macroscopique correspond aux résultats collectifs pour un groupe de clients, une clientèle (Leprohon, 2000). Il est requis pour démontrer l'efficacité des interventions infirmières et l'efficacité des soins infirmiers dans un contexte socio-économique qui requiert des choix (OIIQ à paraître).

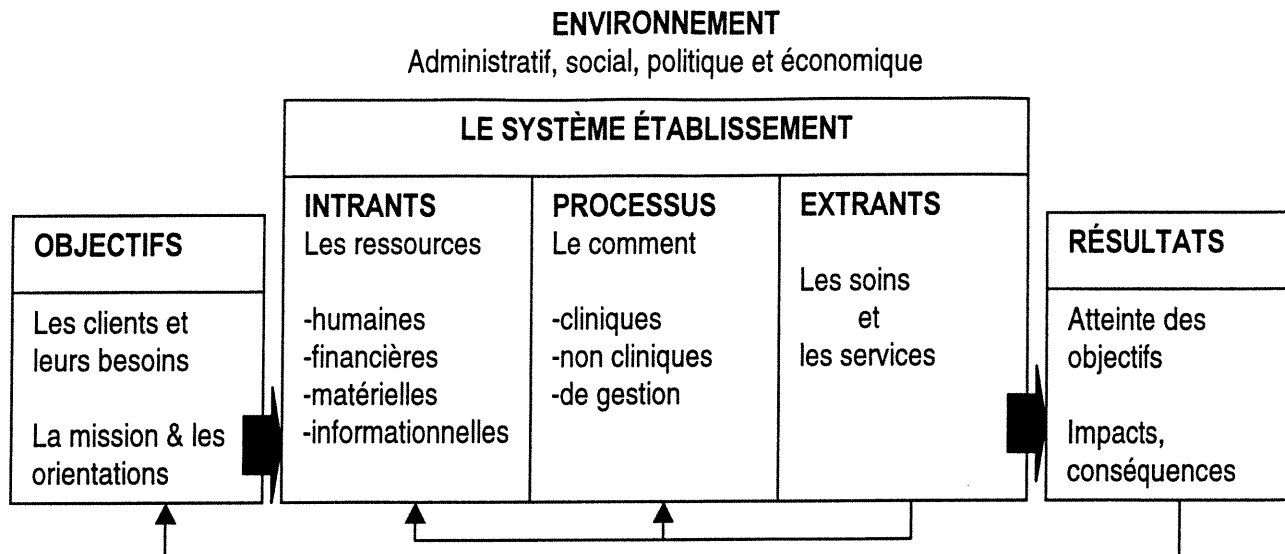
Selon Donabedian (1980, 1989), la qualité des soins et des services se mesure en fonction des résultats obtenus, compte tenu des ressources investies et de ce qu'il est possible de réaliser dans un contexte donné. Pour apprécier la qualité, il faut donc établir un lien entre une structure (ou des conditions), un processus (ou des façons de faire) et des résultats. Initialement, l'existence de toute structure ou de tout processus ne peut être justifiée que par *ce lien qui est son*

apport positif aux résultats ultimes visés sur le plan de la santé (Conseil canadien d'agrément des établissements de santé, 1992; Donabedian, 1980).

Par ailleurs, en privilégiant une approche particulière, il se produit une confusion et une réduction de la qualité à cette approche. Car la qualité ne peut être assimilée ni au processus en soi, ni à la structure, ni aux résultats comme tels. Elle se mesure uniquement par le *lien* entre la structure ou le processus d'une part, et les résultats d'autre part. Lorsque ce lien causal – démontré, probable ou vraisemblable – ne peut être soutenu, on ne peut véritablement parler de qualité des soins et services (Brunelle, 1993).

Par conséquent, dans le cadre de cette étude, les indicateurs permettant de préciser la situation idéale du triage aux services d'urgences seront identifiés selon une approche tripartite basée sur la structure, le processus et les résultats. Ils seront normatifs, c'est-à-dire inspirés des meilleures sources d'information littéraires et empiriques, et inspirés de la pratique de l'investigatrice.

Ces indicateurs seront présentés selon l'approche systémique illustrée à la Figure 1 (Grenier, 2000). Cette approche décrit les différentes composantes de la structure, du processus et des résultats, les liens qui les unis ainsi que leur positionnement dans l'environnement administratif, social, politique et économique.



Grenier 2000

Figure 1. Approche systémique.

Selon Donabedian (1986), la validité est la première caractéristique évaluative d'un indicateur et la plus importante. La validité scientifique d'un indicateur repose sur des assises scientifiques solides démontrant la relation existant entre le processus des soins et ses conséquences (résultats). Lorsque la preuve scientifique de la validité d'un critère est soit non-concluante, ou inexistante, il est fréquent d'avoir recours à l'avis d'experts comme complément aux données scientifiques dont on dispose dans le premier cas ou en remplacement de l'argumentation scientifique inexistante, dans le deuxième cas (Alderson, 1992; Donabedian, 1986). L'accord de plusieurs experts, appelé consensus, confère, aux critères de qualité de soins infirmiers, une forme de validité ainsi qu'une légitimité professionnelle (Donabedian, 1986).

La deuxième caractéristique évaluative d'un indicateur est constituée de son importance et de sa pertinence (Donabedian, 1986). Car Smith (1991) utilise ces deux caractéristiques pour établir la validité de contenu. Elle correspond à la détermination de l'adéquation d'échantillonnage

(sa représentativité ou sa pertinence) du contenu du domaine à échantillonner (Lynn, 1986; Polit & Hungler, 1983; Smith, 1991). Il s'agit, en quelque sorte de déterminer le degré auquel le contenu d'un aspect spécifique est représentatif (ou pertinent) de ce qui est connu sur le sujet et de ce qui est considéré comme important afin d'atteindre un standard particulier (Smith, 1991). Finalement comme troisième caractéristique, Mason (1984) suggère qu'un indicateur possède une signification claire pour les autres.

2.2. Le contexte des services d'urgence : aspects généraux

Le contexte des services d'urgence est dynamique, complexe et imprévisible. Chinnis & White (1999) considèrent les services d'urgence comme des systèmes ouverts. L'OIIQ (1995) les considère comme un sous-système, en interaction continue avec un ensemble de variables liées à la demande de soins et de services, au fonctionnement interne du centre hospitalier ainsi qu'à son environnement.

Malgré la création en 1972 des CLSC spécifiquement consacrés aux services de première ligne (MSSS, 1999b), les services d'urgence demeurent toujours la porte d'entrée du réseau de la santé (Commission Rochon, 1988; MSSS, 1999b). Selon Beveridge (1998), les services d'urgence sont l'interface entre l'hôpital et la communauté. Ils sont directement influencés par leur degré d'intégration au sein de l'hôpital et par le degré de coordination entre le sous-système de soins de première ligne et l'urgence (MSSS, 1999b).

La réorganisation du système de santé a permis une transformation des pratiques et des modes de distribution des soins et des services (OIIQ, 1999). Les services d'urgence sont les

services les plus utilisés du réseau de la santé (MSSS, 1999c), en raison de leur accessibilité universelle (MSSS, 1999b). Cette accessibilité se traduit par un service offert 24 heures sur 24, un accès facile à l'investigation qui ne nécessite pas un avis de référence par un professionnel et un personnel toujours disponible (FCLSCQ (vol.5), 1996; Lewis & Bradbury, 1981; Mallet & Woolwich, 1990; MSSS, 1999c).

Le vieillissement de la population et les fluctuations saisonnières sont des variables qui affectent les services d'urgence (MSSS, 1999c). Les personnes âgées se présentent souvent avec des pathologies multiples et chroniques nécessitant des soins accrus de part la sévérité de leur condition et la complexité des traitements et des procédures diagnostiques. On note aussi, un taux de suroccupation saisonnier, se prolongeant sur une plus longue période au printemps, imputable principalement aux maladies respiratoires (MSSS, 1999c).

Du point de vue organisationnel, Béïque et Vadeboncoeur (1999) expliquent que le fonctionnement des services d'urgence est soumis à des paramètres qui lui sont propres tels que l'arrivée imprévisible des usagers, des besoins variables en ressources et le fait que le diagnostic est souvent inconnu lors de la visite en service d'urgence. Lewis & Bradbury (1982) précisent que le personnel des services d'urgence doit faire face à un travail difficile à contrôler et fluctuant en terme de variété et de sévérité des conditions des usagers variant de la blessure mineure à l'épisode aigu de maladie et au polytraumatisé. Rhee et al. (1987) ajoutent que les épisodes de soins aux services d'urgence sont ponctuels ou sans continuité. Face à cette situation, Somerville (MSSS, 1999b) est d'avis que l'évolution des soins infirmiers en service d'urgence doit s'orienter vers un contexte de spécialisation nécessitant une étroite collaboration interdisciplinaire, un

soutien administratif et financier ainsi qu'une vision plus clairement définie du concept de qualité et des outils permettant son évaluation.

Du point de vue du personnel infirmier, le CMQ et l'OIIQ (2000) estiment que les fonctions de l'infirmière au triage comportent des exigences en matière de formation et d'expérience. Ainsi, l'infirmière au triage devrait détenir un baccalauréat et posséder une expérience professionnelle pertinente, c'est-à-dire, une expérience d'un an en soins d'urgence auprès des patients gravement atteints. De plus, le programme d'orientation spécifique au triage doit comprendre une formation théorique et une période de supervision directe suivi d'une évaluation de la qualité des triages effectués. À cela doit s'ajouter un programme de maintien de la compétence (CMQ et OIIQ, 2000).

C'est dans ce contexte où les demandes de soins sont accrues et les ressources disponibles limitées, que les intervenants des services d'urgence sont arrivés à un consensus sur la mission et sur une vision commune des services d'urgence.

MISSION

« L'urgence fournit, en tout temps, à chaque personne qui s'y présente pour un problème de santé urgent, les soins et les services de qualité requis par sa condition, dans une perspective d'approche client.

VISION

L'urgence est intégrée au réseau de soins, où elle fait office de filet de sécurité sanitaire pour la population. La mission de l'urgence est complémentaire à celle des autres intervenants. Elle est aussi intégrée à l'hôpital, dont elle contribue à la mission, comme une plaque tournante et une importante porte d'entrée.

Les services d'urgence offerts dans un délai approprié par une équipe multidisciplinaire de professionnels voués à leur tâche et s'appuyant sur des moyens adéquats, comprennent l'accueil, la priorisation, la stabilisation, l'évaluation, l'investigation, le traitement puis, le cas échéant, l'orientation de la personne vers les ressources les plus aptes à assurer la continuité des soins et le suivi.

Dans certains milieux, le personnel de l'urgence assume également des responsabilités sur le plan de l'enseignement, de la recherche et du développement, et il doit disposer des moyens appropriés pour s'acquitter de ces responsabilités (MSSS, 1999a p. 14). »

Cette vision des services d'urgence cadre bien avec les quatre phases de la structure organisationnelle des services d'urgence élaborées par Rhee et al. (1987). La première de ces phases, soit le triage, est la plus critique en ce sens qu'elle permet notamment de déterminer quel usager doit recevoir des soins rapides ou immédiats (Rhee et al., 1987).

2.3. Le triage

Le triage est une partie constituante majeure des services d'urgence et elle joue un rôle central et essentiel dans leur fonctionnement et sans lequel une pratique moderne de la médecine d'urgence est impensable (Béïque & Vadeboncoeur, 1999; Yurt,1992). Beveridge, Ducharme, Janes, Beaulieu, & Walter (1999) considèrent également que le triage est un processus fondamental pour l'usage efficace et sécuritaire des services d'urgence, spécialement ceux à volume élevé où un délai avant le traitement peut vraisemblablement avoir lieu (Beveridge, 1998).

Plusieurs types de triage existent selon les besoins, les ressources et les valeurs des institutions et de la société (ENA, 1998). Selon Beveridge (1998), il n'y a pas de consensus sur la définition ni sur le processus du triage. L'Emergency Nursing Association (1998), en s'inspirant des écrits de Thompson & Dains (1982), recense trois types de triage : le triage non-professionnel, le triage ponctuel et le triage selon une approche globale.

Le triage non-professionnel est effectué par un non-professionnel qui peut être une réceptionniste, un technicien d'urgence ou une infirmière auxiliaire. L'évaluation initiale est minimale, se limitant au motif de consultation avec des notes d'observation quasi absente. Le système de catégorisation se limite à choisir entre les catégories urgente et non-urgente. De plus, cette décision est prise selon la perception de l'agent de triage du degré de maladie de la personne plutôt que sur des protocoles ou standards. L'évaluation ou la réévaluation des usagers est impossible et l'évaluation de ce système de triage est difficile voire peu sécuritaire pour l'utilisateur (ENA, 1992).

Le triage ponctuel est quant à lui effectué de façon rapide, par une infirmière ou un médecin. L'agent de triage s'informe du motif de consultation. Les données subjectives et objectives se limitent à ce motif afin de soigner en premier l'utilisateur le plus gravement malade. Le système de catégorisation comprend trois niveaux : très urgent, urgent, non-urgent. L'utilisation de standards ou de protocoles pour la catégorisation sont inconstants et tributaires selon l'agent de triage. Les notes d'observation sont limitées ou absentes. La réévaluation s'effectue à la demande du patient sans critères préétablis. De plus, l'évaluation de ce système de triage est variable (ENA, 1992).

Le troisième type de triage, soit le triage selon une approche globale, consiste en l'évaluation initiale et la classification par priorité d'urgence des usagers par une infirmière formée et expérimentée. Des catégories de triage sophistiquées sont utilisées afin d'évaluer la gravité du problème de santé de l'utilisateur. Des critères sont utilisés pour la collecte de données, la planification et l'intervention. Des protocoles sont utilisés pour initier des tests diagnostiques

spécifiques, des traitements et la réévaluation des usagers. Les notes d'observation sont systématiques et continues selon des procédures et des lignes d'action formellement écrites. Additionnellement, les besoins d'éducation et de soins de santé primaires peuvent être réalisés lors du processus de triage (ENA, 1992).

De ces trois types de triage, l'ENA (1998) et l'OIIQ (1995) recommandent l'usage du triage selon une approche globale. Ce type de triage est considéré comme le plus avancé (ENA, 1998). Il répond toujours au but initial du triage qui est d'identifier rapidement les usagers avec un problème urgent menaçant l'intégrité de leur vie (Bracken, 1998; ENA, 1998; Kelley, 1994;). Il remplit cependant des buts complémentaires tels l'établissement de priorités en fonction des besoins de soins de tous les usagers, le contrôle de la circulation des usagers dans le service d'urgence, la détermination du lieu de traitement le plus approprié (ENA, 1998; Kitt, 1995), l'utilisation efficace des ressources et de l'espace du service d'urgence par la planification, l'implantation et l'initiation de mesures diagnostiques spécifiques (ENA, 1998), la satisfaction des besoins d'information, de réconfort et d'éducation ainsi que ceux traitants de la référence et des soins de santé primaires (CMQ & OIIQ, 2000; ENA, 1992).

Le tableau I fait état des multiples variantes de ce type de triage (Beveridge, Clarke et al., 1999; Bojanowski et Boivin, 1997; CMQ & OIIQ, 2000; l'ENA, 1998; l'OIIQ, 1995; Rausch & Rund, 1982; Thompson & Dains, 1982).

Ce tableau permet l'observation des cinq étapes du triage selon une approche globale :

- 1) l'évaluation de la condition des usagers, 2) la détermination du degré de gravité et d'urgence, 3)

l'orientation des usagers vers l'aire appropriée de traitement ou de soins, 4) l'initiation de mesures diagnostiques et thérapeutiques, et 5) la réévaluation de la condition des usagers en attente.

Tableau I
Différentes variantes du triage selon une approche globale

Étapes	Rausch & Rund (1981) Thompson & Dains (1982)	OIIQ (1995)	Bojanowski & Boivin (1997)	ENA (1998)	Beveridge, Clarke et al. (1999)	CMQ & OIIQ (2000)
1	Évaluation et détermination du niveau de priorité	Évaluation et détermination du niveau de priorité	Accueil Identification des besoins en matière de santé.	Évaluation	Accueil Évaluation visuelle rapide et documentation	Évaluation initiale
2			Prise de décision	Détermination du niveau de priorité	Assigne un niveau de triage	Détermination du niveau de priorité
			Classification des priorités d'urgence			
3	Contrôle de la circulation des patients Orientation au lieu de traitement et transfert à un soignant	Orientation	Orientation	Contrôle de la circulation des patients	Accompagne et transmet un rapport Orientation	Orientation vers l'aire de traitement
4	Initiation de mesures diagnostiques Initiation de mesures thérapeutiques Mesures préventives pour le contrôle des infections	Initiation de mesures diagnostiques et thérapeutiques		Initiation de mesures diagnostiques et thérapeutiques		Initiation de mesures diagnostiques
5	Réconfort et relations publiques	Réévaluation de la condition des usagers en attente		Réévaluation	Réévaluation	Réévaluation
6				Documentation en continue Processus d'évaluation du système de triage	Informers les clients de signaler tout changement de condition.	
7	Occasion de promotion de la santé	Suivi avant le départ par la dispense d'enseignement et d'information.		Occasion de promotion de la santé et enseignement	Information des délais d'évaluation	

2.3.1. Étapes du triage

Le CMQ et l'OIIQ (2000) retiennent quatre de ces étapes afin d'élaborer une définition conjointe du triage : (1) évaluer la condition de l'utilisateur, (2) déterminer l'urgence d'intervention médicale selon une classification prédéterminée, (3) diriger l'utilisateur vers l'aire de traitement ou la salle d'attente ou encore l'orienter vers une autre ressource, et (4) réévaluer périodiquement et systématiquement les usagers en attente de soins. Ces étapes permettent une meilleure organisation des soins selon le type de clientèle, la mission des établissements et les ressources disponibles. La cinquième composante du triage est quant à elle, conditionnelle à chaque situation. Ainsi l'infirmière peut être appelée à initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques (CMQ et OIIQ, 2000). Ces étapes constitueront le cadre conceptuel pour élaborer, notamment, les indicateurs relatifs à l'approche du processus de notre recherche.

2.3.1.1. Évaluation initiale de la condition de l'utilisateur

L'évaluation initiale selon Bleich (1990) est l'arrangement (ordering) et la structuration (patterning) de l'information dans le but d'établir un jugement professionnel soit une expression du problème de l'utilisateur. Cioffi (1998) décrit en trois étapes le processus décisionnel du triage (triage decision-making). Celles-ci sont la recherche d'information auprès de l'utilisateur, l'évaluation de l'information incluant l'élaboration de jugements formels (inférences) qui peut inclure des jugements probables (probability judgments) et la prise de décision finale concernant la catégorie de triage à assigner. Clark (1991) ajoute d'autres éléments à l'évaluation initiale : 1) la recherche d'information par l'observation, l'examen (physique) et l'anamnèse; 2) la synthèse et

l'interprétation de l'information et son usage afin d'identifier les besoins et les problèmes de l'utilisateur.

Cette évaluation est ainsi le reflet du processus de pensée, des habiletés analytiques et du jugement de l'infirmière (Bleich, 1990). Elle mène à une prise de décision (the diagnostic judgment) qui peut être déterminée de façon précise si l'infirmière possède les habiletés pour recueillir, analyser et synthétiser l'information clinique. Les habiletés nécessaires à l'évaluation selon Jones (1990) portent sur l'entrevue (écoute, réflexion et clarification), le jugement clinique et l'observation des comportements non-verbaux et des réponses interpersonnelles.

Selon Bland (1988), l'évaluation initiale est l'un des plus importants aspects de la démarche clinique aux services d'urgence. L'évaluation initiale tire toute son importance du fait qu'elle mène à une décision qui peut avoir un impact profond sur la santé et même la vie des personnes en initiant et influençant les décisions médicales de traitement (Edwards, 1994; Hughes, 1988). Selon Edwards (1994), cette prise de décision est d'autant plus importante qu'elle est effectuée dans des situations de crise où la précision et la rapidité de l'évaluation sont nécessaires alors qu'elle est basée sur un minimum d'information (Mardsen, 1998).

L'objectif de l'évaluation initiale n'est pas d'établir un diagnostic, mais de formuler un jugement clinique sur les besoins physiologiques, psychologiques, psychosociaux ou éducatifs des usagers et de déterminer la priorité des soins ainsi que le délai dans lequel les usagers doivent être vus par le médecin ou un autre professionnel (ENA, 1998; OIIQ, 1995). Ainsi, selon l'ENA (1995) l'évaluation initiale est une collecte rapide et systématique de données pertinentes e

la condition de chaque usager. L'information alors recueillie peut être utilisée afin d'initier des mesures diagnostiques ou thérapeutiques (ENA, 1998).

Cette étape débute dès le premier contact, soit au moment où l'utilisateur entre au service d'urgence, ou lors d'un appel de la part du personnel pré-hospitalier (Bracken, 1998). Le délai pour l'évaluation initiale est de 10 minutes après l'arrivée de l'utilisateur à l'hôpital (Beveridge, Clarke et al., 1999).

Il est important de souligner à cette étape, que dès le début, c'est un professionnel de la santé, soit l'infirmière chargée du triage, qui reçoit l'utilisateur (Bojanowski, 1984; CMQ & OIIQ, 2000; OIIQ, 1995;). Cela présuppose que les formalités d'inscription s'effectuent après l'accueil de l'utilisateur par l'infirmière (Beveridge, Clarke et al., 1999; Blythin, 1988b, 1988c; Bojanowski, 1984; CMQ & OIIQ, 2000). Pour ce faire, l'organisation physique des lieux, situera l'aire de triage à la porte d'entrée utilisée par les usagers (CMQ & OIIQ, 2000) et devra permettre une surveillance visuelle continue des usagers qui arrivent sur pieds ou en ambulance (CMQ & OIIQ, 2000) ainsi que des aires d'enregistrements (Beveridge, Clarke et al., 1999).

L'accueil se déroulera dans un local permettant un échange tout à fait confidentiel entre l'infirmière et l'utilisateur, car il est important d'assurer le respect de la confidentialité, l'intimité des usagers et leur sécurité ainsi que celle des intervenants (Bojanowski, 1984; CMQ et l'OIIQ, 2000; ENA, 1992). Ainsi, l'espace prévu devra être propice au confort des usagers et du personnel tout en étant suffisamment grand pour faciliter le déplacement et l'examen des usagers (CMQ et l'OIIQ, 2000) et en offrant un décor esthétiquement plaisant (ENA, 1992).

Dans un cadre idéal, Bracken (1998) propose que l'infirmière au triage se présente tout en évaluant la présence de signes de menace sérieuse aux voies respiratoires, à la respiration et/ou au système circulatoire (l'ABC). Si une menace est identifiée, l'infirmière procure une intervention immédiate et transporte l'usager à l'aire de traitement appropriée. Lorsqu'aucune menace n'est identifiée, l'infirmière poursuit l'évaluation initiale.

Plusieurs auteurs préconisent l'utilisation d'un modèle conceptuel infirmier afin de guider l'évaluation initiale (Ali, 1990; Jones, 1990; Williams, 1992). L'ENA (1992, 1998), préconise la méthode d'évaluation et de documentation SOAPIE basée sur la démarche infirmière afin de structurer l'entrevue du triage. La méthode SOAPIE est un moyen mnémotechnique comprenant les cinq étapes du triage. Ainsi, les lettres S et O correspondent à l'étape d'évaluation et recueillent l'information subjective et objective. La lettre A pour analyse des données est reliée à l'étape de la détermination de l'urgence d'intervention médicale selon une classification prédéterminée. Les lettres P pour planification et I pour intervention s'applique aux étapes d'orientation des usagers vers l'aire appropriée de traitement ou de soins et d'initiation des mesures diagnostiques ou thérapeutiques. Et finalement la lettre E pour évaluation correspond à la réévaluation des usagers en attente (ENA, 1992).

L'évaluation subjective est l'évaluation de la condition de l'usager telle qu'il l'interprète lui-même. Il est alors important de donner l'occasion à l'usager de formuler son problème et ses croyances (Blythin, 1988b). C'est pourquoi Blytin (1988c) suggère d'impliquer la famille ou les amis afin d'obtenir de l'information additionnelle sur l'usager et d'évaluer l'état de détresse de la

famille. Toutefois, l'infirmière doit concentrer son investigation sur l'histoire du motif de consultation et les signes et symptômes qui y sont reliés (Bracken, 1998). Selon Beveridge, Clarke et al. (1999), cette évaluation comprend le début, l'évolution et la durée des symptômes. L'ENA (1998) suggère l'utilisation de l'outil mnémotechnique PQRST : P pour ce qui provoque et/ou pallie le symptôme, Q pour sa qualité et sa quantité (son caractère, son intensité), R pour la région et son irradiation, S pour signes et symptômes associés et T pour le temps soit le début et la durée (Cloutier, 2000). À cela Beveridge, Clarke et al. (1999) ajoutent la présence du symptôme et l'existence antérieure d'un épisode similaire.

L'évaluation objective consiste en l'appréciation de l'état général et la mesure des paramètres fondamentaux (pression artérielle, pouls, respiration et température). Les données recueillies sont jugées objectives parce qu'elles sont observables et mesurables (ENA, 1998). De plus, si la gravité du problème le permet et si ces paramètres sont nécessaires pour assigner le niveau d'urgence, un bref examen physique peut s'ajouter au besoin (CMQ & OIIQ, 2000). Les données de l'examen physique sont obtenues par l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation (ENA, 1998). Le toucher, l'odorat, l'audition et la vue procurent également une quantité d'indices non-verbaux (Bracken, 1998). Il faut aussi considérer la durée de l'évaluation initiale qui doit être brève, mais suffisamment élaborée, pour permettre à l'infirmière de poser un jugement clinique adéquat et d'assurer une prise de décision sécuritaire (CMQ & OIIQ, 2000).

Les informations recueillies lors de l'évaluation initiale ainsi que la décision de l'infirmière sont consignées au dossier (CMQ & OIIQ, 2000). Ces informations doivent être significatives, claires et concises (Blythin, 1988c; Gray, 1991). Elles sont habituellement recueillies par

l'entremise d'une feuille spécifique, élaborée selon les exigences du triage (CMQ & OIIQ, 2000). Selon Bojanowski (1984), l'instrument de triage recouvre deux aspects principaux : la collecte des données et la catégorisation. La collecte des données comporte trois parties distinctes. La première partie identifie l'utilisateur. La deuxième permet à l'infirmière d'inscrire les faits qui l'ont conduit à consulter (données subjectives). La troisième partie comporte les aspects bio-physiologiques, psychologiques et sociaux. Elle cerne l'individu dans tout son intégrité. Beveridge, Clarke et al. (1999) fixent les normes de documentation à : 1) date et heure de l'évaluation de triage, 2) nom de l'infirmière, 3) raison de consultation, 4) histoire subjective limitée et début des symptômes ou heure du traumatisme, 5) évaluation objective, 6) niveau de triage assigné, 7) lieu d'acheminement, 8) rapport à l'infirmière du traitement, 9) allergies, 10) médication, 11) diagnostic, mesures de premiers soins, intervention thérapeutique, 12) réévaluation. Car selon eux, seule l'information requise pour assigner un niveau de triage doit être recueillie et documentée.

Finalement, il est important de ne pas oublier que la technique de conduite d'entrevue employée peut influencer le type et la quantité d'information recueillie en plus de « donner le ton » à la visite de l'utilisateur au service d'urgence (ENA, 1998). C'est pourquoi, une approche calme et empathique (*caring*) de la part de l'infirmière aura une influence sur le succès de cette évaluation initiale (ENA, 1998). Dans certaines occasions il sera nécessaire d'utiliser des techniques d'interventions de crises afin de composer avec des usagers anxieux ou présentant des troubles d'ordre psychiatrique (Estrada, 1981).

Des habiletés avancées d'entrevue appuieront le processus de communication permettant l'émission et la réception d'informations verbales et non-verbales. Le questionnement, par l'entremise de questions ouvertes et fermées, est une technique d'entrevue utile. La réflexion, le silence, l'acceptation, la reconnaissance, la verbalisation d'observation, le partage d'information, l'écoute active et la récapitulation sont utilisés afin de collecter les données et formuler un jugement clinique pour chaque usager (Bellack & Edlund, 1992).

Il est important de considérer les barrières à une communication efficace lors de l'entrevue. Celles-ci sont la langue, le vocabulaire, les différences culturelles, le niveau de développement de l'usager, le niveau de santé, l'anxiété, la douleur, les facteurs environnementaux, et particulièrement les interruptions lors de l'entrevue (Bracken, 1998).

Il existe toutefois une variante à l'évaluation initiale, celle de l'évaluation en deux temps (Bland, 1988; ENA, 1998; Jones, 1990). Dans un premier temps, une infirmière accueille l'usager, évalue l'ABC (niveau de conscience, état des voies respiratoires, respiration, circulation), établit la raison de consultation et décide si la condition de l'usager lui permet d'attendre afin de bénéficier de l'évaluation initiale complète ou si il doit être examiné immédiatement par un médecin et orienté vers la salle de réanimation. Lorsqu'il est déterminé que l'usager peut attendre, on inscrit son nom au dossier, son âge, le temps d'arrivée et la raison de consultation pour ensuite classer le dossier afin de permettre en un deuxième temps, une évaluation plus poussée par une seconde infirmière (ENA, 1998).

2.3.1.2. Détermination de l'urgence d'intervention médicale selon une classification prédéterminée

La détermination de l'urgence d'intervention médicale consiste à déterminer le niveau de priorité à attribuer suite à l'évaluation de la condition clinique. Cette procédure fixe le délai avant la prise en charge médicale (CMQ & OIIQ, 2000).

Selon Bland (1988), l'établissement d'un ordre de priorité est un processus crucial de prise de décision basé sur les connaissances, les données disponibles et la situation actuelle. Car l'infirmière du triage tout en assignant un ordre de priorité à chacun doit aussi considérer les priorités pour l'ensemble du service d'urgence. L'assignation de l'ordre de priorité s'effectue alors pour tous les quarts de travail et inclus tous les patients transportés par ambulance (Beveridge, Clarke et al., 1999).

Toutefois, il faut souligner que c'est toujours la condition du patient qui sert de critère principal à la détermination du degré d'urgence et non pas la durée d'attente (CMQ & OIIQ, 2000). Beveridge, Clarke et al. (1999) précisent que l'assignation du niveau de priorité est fondée sur la « présentation usuelle » d'un problème clinique particulier, mais également sur l'expérience et l'intuition du professionnel, ainsi que sur d'autres informations comme des indices de gravité (signes vitaux, débit expiratoire de pointe (DEP), la saturation en oxygène, l'échelle de douleur et les symptômes associés), l'intensité des symptômes et les facteurs de risque.

Bland (1988) suggère le développement de lignes directrices et de protocoles de triage afin d'assister l'infirmière dans l'établissement du degré de priorité. Selon le CMQ & l'OIIQ (2000), le degré de priorité à donner aux soins d'un usager doit être déterminé selon une classification préétablie et acceptée conjointement par les infirmières et les médecins (CMQ & OIIQ, 2000).

Cette classification est établie en fonction du degré de gravité des symptômes et permet d'éviter les délais qui pourraient porter préjudice à l'intégrité des usagers et causer des dommages irréversibles (OIIQ, 1995).

C'est dans une optique de standardisation que le CMQ et l'OIIQ (2000) recommandent un système de classification à cinq niveaux permettant une discrimination adéquate des besoins des usagers par le truchement de l'échelle canadienne de triage et de gravité pour les services d'urgence (ETG) (Beveridge, Clarke et al., 1999). Le tableau II, présente les cinq niveaux, leur description sommaire et les délais associés.

Tableau II
Description des niveaux de classification et des délais recommandés de l'ETG

Niveau	Description	Délai avant la prise en charge
Priorité I	Réanimation	Immédiat
Priorité II	Très urgent	15 minutes
Priorité III	Urgent	30 minutes
Priorité IV	Moins urgent	60 minutes
Priorité V	Non urgent	120 minutes

Finalement, il est important de considérer que le triage est un processus dynamique et que le niveau de priorité assigné à un usager peut varier durant l'attente ou suite à l'évaluation médicale, aux résultats d'investigation ou à la réponse aux traitements (Beveridge, Clarke et al., 1999). En cas de doute entre deux niveaux de priorité, l'infirmière doit accorder la priorité assurant l'évaluation médicale la plus rapide (CMQ & OIIQ, 2000). De plus, Blythin (1988b, 1988c), Estrada (1979) et Williams (1992) soulignent l'importance d'avoir accès au soutien d'une infirmière senior ou d'un médecin avec expérience à titre de rôle consultatif pour certains cas difficiles.

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

Les décisions relatives à l'orientation des usagers tiennent compte des besoins de ces derniers ainsi que des ressources et des facteurs qui influenceront leur suivi à l'urgence. L'infirmière au triage doit donc assurer la coordination des interventions en fonction des ressources disponibles et de l'organisation du service afin de réduire les délais et les risques de détérioration de l'état clinique des usagers (OIIQ, 1995).

Toutefois, les usagers dont l'état est considéré de niveau I (réanimation) et II (très urgent) sont dirigés vers l'aire de traitement (Beveridge, Clarke et al., 1999) où ils sont pris en charge immédiatement par l'équipe interdisciplinaire (OIIQ, 1995). Dans ces situations, l'infirmière du triage a la responsabilité d'acheminer l'utilisateur à l'aire du traitement, de transmettre l'information appropriée à l'intervenant qui reçoit l'utilisateur (médecin ou/et infirmière) et d'inscrire au dossier le nom de ce professionnel (Beveridge, Clarke et al., 1999).

De plus, un groupe conseil en traumatologie (CMQ & OIIQ, 2000) préconise que tout patient présentant un index pré-hospitalier de trauma (IPT) égal ou supérieur à 4, établi par un ambulancier, devrait être amené directement à l'aire de trauma pour une évaluation médicale, sans arrêt au triage. En ce qui concerne les enfants, les pédiatres proposent le *Pediatric Trauma Score* (PTS). Tout enfant présentant un PTS inférieur ou égal à 8 doit être amené directement à l'aire de trauma pour une évaluation médicale (CMQ & OIIQ, 2000).

À l'étape de l'orientation des usagers vers l'aire de traitement ou de soins appropriés, certaines conditions ou situations cliniques bien définies autorisent l'infirmière du triage à orienter

les usagers vers d'autres ressources. Cette option, toutefois, ne doit être proposée qu'aux usagers de niveau V respectant certaines conditions préalablement définies au moyen de protocoles (CMQ & OIIQ, 2000). Dans le cas où un usager choisirait de consulter ailleurs, des mécanismes de suivi devraient être prévus. Si l'utilisateur doit revenir à l'urgence après avoir vu un médecin dans une autre ressource, des mesures devraient être prévues pour faciliter son accès aux soins plus rapidement (CMQ & OIIQ, 2000).

2.3.1.4. Réévaluation périodique et systématique des usagers en attente

Selon le CMQ et l'OIIQ (2000), la réévaluation des usagers en attente de consultation médicale fait partie intégrante du triage. La condition clinique de ces usagers en attente doit être réévaluée, si elle semble se détériorer ou si le délai fixé pour la prise en charge par le médecin est dépassé (CMQ & OIIQ, 2000). Pour ce faire, des procédures et des algorithmes doivent indiquer les délais d'évaluation, les méthodes de réévaluation et l'endroit où l'information est consignée (Beveridge, Clarke et al., 1999; OIIQ, 1995). Les délais de réévaluation par l'infirmière sont tributaires des niveaux de triage : le niveau I- soins continus, le niveau II- toutes les 15 minutes, le niveau III- toutes les 30 minutes, le niveau IV- toutes les 60 minutes, le niveau V – toutes les 120 minutes. Le type de réévaluation peut alors varier d'une réévaluation visuelle rapide des usagers de l'aire d'attente jusqu'à une reprise de l'évaluation primaire et de la prise des signes vitaux (Beveridge, Clarke et al., 1999). Le niveau de priorité peut être modifié, si la condition de l'utilisateur le justifie. Car, c'est l'état clinique et non le temps d'attente qui détermine le niveau de priorité des soins. La réévaluation est alors consignée au dossier (CMQ & OIIQ, 2000).

Un système de repérage informatisé facilite la réévaluation systématique des usagers en attente (Beveridge, Clarke et al., 1999). Le dossier de l'usager en attente doit être disponible à l'infirmière du triage pour la réévaluation et pour tout le personnel de l'urgence (Blythin, 1988c). L'organisation physique des lieux doit permettre à l'infirmière du triage de pouvoir surveiller tous les usagers qui sont dans la salle d'attente et ainsi d'assurer la gestion de cette aire clinique (CMQ & OIIQ, 2000). Parallèlement, les usagers doivent être en mesure d'identifier l'infirmière du triage et de l'aviser s'ils notent un changement dans leur condition (CMQ & OIIQ, 2000).

2.3.1.5. Initiation de mesures diagnostiques ou thérapeutiques

Dans le but de déterminer avec plus de justesse le niveau de priorité à attribuer à la condition d'un usager, l'infirmière peut être appelée, dans certaines situations, à initier des mesures diagnostiques. Elle peut aussi procéder à de telles mesures dans le but d'assurer un suivi plus efficace des usagers dont la condition pourrait nécessiter des interventions précoces de la part du médecin, selon les résultats obtenus. Ces mesures diagnostiques concernent, entre autres, le débit expiratoire de pointe, la saturométrie, la glycémie capillaire, un test de grossesse, l'analyse d'urine par bâtonnet, l'ECG (CMQ & OIIQ, 2000) et la radiographie (Geraci & Geraci, 1994). Ces mesures doivent faire partie des protocoles élaborés par les médecins en collaboration avec les infirmières, énonçant clairement les conditions des interventions des infirmières dans des situations de soins définies (CMQ & OIIQ, 2000). Des mesures thérapeutiques peuvent également être prévues à l'intérieur de protocoles pour permettre à l'infirmière du triage d'intervenir dans des situations de soins. Elles pourraient, entre autres, initier des mesures pour soulager la douleur ou immobiliser un membre fracturé, telles que

l'administration d'acétaminophène, la pose d'une ligne intraveineuse et l'administration d'oxygène (Geraci & Geraci, 1994). Cependant, le CMDP (conseil des médecins, dentistes et des pharmaciens) et le CII (conseil des infirmières et infirmiers) doivent approuver au préalable ces procédures et ces protocoles (CMQ & OIIQ, 2000).

Ainsi selon Geraci & Geraci (1994), l'infirmière du triage possède plusieurs fonctions : communiquer avec les usagers, leurs familles et les collègues, initier les premiers soins, initier le BCLS («*basic cardiac life support*»), initier des mesures de contrôle d'infection et d'isolation, s'occuper de questions éthiques, légales et d'abus envers les enfants et les personnes âgées et offrir également un soutien émotionnel à l'utilisateur et à sa famille.

Enfin Geraci & Geraci (1994), Harris & Hendricks (1996) et Read et al. (1992) soulignent le rôle d'enseignement et de promotion de la santé que l'infirmière peut jouer lors du triage. En effet, le triage est une occasion pour l'infirmière d'informer les usagers sur le fonctionnement du service des urgences (Harris & Hendricks, 1996), de communiquer et d'informer sur les délais d'attente et de favoriser l'autonomie des personnes afin qu'elles deviennent des participantes actives à leurs soins (Harris & Hendricks, 1996). De plus, lors de l'évaluation initiale, l'infirmière peut prodiguer de l'enseignement afin de répondre aux besoins de santé identifiés (Rund & Rausch, 1981).

CHAPITRE III

MÉTHODE

Ce chapitre présente la méthode utilisée afin de valider les indicateurs de qualité du triage en service d'urgence. Cette étude méthodologique, selon une approche déductive, se base sur une démarche systématique qui identifia, à partir des écrits, des indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence pour ensuite les valider auprès d'informateurs clés grâce à une technique Delphi modifiée. Les aspects méthodologiques présentés sont la définition des termes, le déroulement de l'étude, les limites méthodologiques et les considérations éthiques.

3.1. Définition des termes

Indicateur : Un indicateur est un énoncé explicite et observable de ce qui est considéré comme souhaitable (Grenier et al., 1989). Dans le contexte de cette étude, les indicateurs de la structure (intrants) ont porté sur les ressources humaines, matérielles et informationnelles, les indicateurs de processus (activités) ont traité des activités cliniques et des activités de gestion et les indicateurs de résultats (extrants) ont porté sur les résultats directs de production.

Informateur-clé : L'informateur clé est une personne reconnue comme ayant une bonne connaissance du milieu de travail en fonction de la nature du contact et de la durée de son expérience du travail auprès des personnes (Pineault & Daveluy, 1986). Dans le contexte de cette étude, les informateurs clés furent des médecins et des infirmières possédant un minimum de deux ans d'expérience avec le triage en service d'urgence. Ils ont été choisis selon leur expertise spécifique

(représentants du CMQ et de l'OIIQ ayant participé à la prise de position conjointe du triage), ou selon leur appartenance à une organisation professionnelle (membre de l'AMUQ, de l'AGIUQ ou de l'AIUQ).

Consensus : Le consensus est un accord entre plusieurs personnes, soit entre experts (Donabedian, 1986). Le degré de consensus a été fixé à 85%. Car selon Ouellet, Bernier & Grenier (1996), lorsque le nombre d'informateurs clés dépasse cinq, un consensus acceptable peut varier entre 83% et 90%. Les items n'ayant pas fait l'objet de consensus suite au processus de révision ont été éliminés (Lynn, 1986).

Triage : Il consiste à évaluer la condition du patient, à déterminer l'urgence d'intervention médicale selon une classification prédéterminée. Par conséquent les cinq étapes du triage en service d'urgence sont : (1) l'évaluation de la condition de l'usager, (2) la détermination de l'urgence d'intervention médicale selon une classification prédéterminée, (3) l'orientation des usagers vers l'aire de traitement ou de soins appropriée, (4) la réévaluation périodique et systématique des usagers en attente de soins, et (5) l'initiation des mesures diagnostiques ou thérapeutiques (CMQ & OIIQ, 2000).

3.2. Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée en deux étapes. La première consista en l'élaboration des indicateurs de qualité du triage en service d'urgence, alors que la deuxième consista en la

validation de contenu de ces indicateurs de qualité. Le déroulement de l'étude est synthétisé au Tableau III.

Tableau III
Déroulement de l'étude

Étapes	Activités
1 Élaborer des indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence à partir de la littérature (normatif) ainsi que de la pratique de l'investigatrice (empirique).	Dériver de la littérature un échantillon d'indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence guidée par l'approche systémique et selon les cinq étapes du triage.
2 Valider les indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence.	Choix d'une méthode de consensus Formation du groupe d'informateurs clés. Validation des indicateurs par l'entremise de la technique Delphi modifiée.

3.3. Première étape - Élaboration des indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence

Les indicateurs de qualité du triage au service d'urgence ont été identifiés à partir des écrits pertinents (Donabedian, 1986; Hagen, 1979; Lynn, 1986; Smith, 1991) et de l'expérience de l'investigatrice (Annexe I).

L'approche systémique (Figure 1, page 16) a servi à élaborer ces indicateurs selon l'approche tripartite de la structure, du processus et des résultats de Donabedian (1986). Le tableau 4 présente la description de la classification des indicateurs.

Tableau IV
Description de la classification des indicateurs

1.0 Intrants structure	1.1	Ressources humaines	1.1.1	Qualification de l'infirmière	
			1.1.2	Formation de l'infirmière	
			1.1.3	Personnel de soutien	
	1.2	Ressources matérielles	1.2.1	Organisation physique des lieux	
			1.2.2	Équipement de la salle de triage	
			1.2.3	Aspect sécuritaire des lieux	
			1.2.4	Moyen de communication disponible dans l'aire de triage	
	1.3	Ressources informationnelles	1.3.1	Transmission de l'information	
			1.3.2	Ressources scientifiques	
	2.0 Processus Activités	2.1	Activités cliniques	2.1.1	Évaluation initiale de la condition de l'utilisateur
Accueil					
2.1.1.2				Collecte de données	
2.1.2				Détermination de l'urgence d'intervention médicale selon une classification prédéterminée	
2.1.3				Orientation des usagers vers l'aire de traitement ou de soins appropriée	
2.1.4				Réévaluation périodique et systématique des patients en attente	
2.1.5				Initiation des mesures diagnostiques et thérapeutiques	
2.2	Activités de gestion	2.2.1	Organisation du travail		
3.0 Extrants Soins & Services	3.1	Résultats directs de production	3.1.1	Résultats d'activités cliniques directes	
			3.1.2	Satisfaction	

Les principales sources littéraires utilisées pour l'élaboration des indicateurs sont «Triage Meeting the Challenge » de l'Emergency Nurse Association (1992, 1998), Triage à l'urgence : Un processus dynamique pour assurer une évaluation de la condition des patients dès leur arrivée à

l'urgence du CMQ & de l'OIIQ, (2000), ainsi que les publications de Beveridge, Clarke et al., (1999), Blythin, (1988b, 1988c), Bojanowski (1984) & Gray, (1991). De plus, en ce qui concerne les indicateurs de processus, les indicateurs de qualité furent dérivés spécifiquement des cinq étapes du triage en service d'urgence selon le CMQ et l'OIIQ (2000).

3.4. Deuxième étape - Validation des indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence

3.4.1. Première activité – choix d'une méthode de consensus

L'approche du consensus s'appuie sur l'idée qu'un consensus, obtenu parmi un groupe de personnes connaissant bien le problème à l'étude, est suffisamment fiable pour qu'on puisse en utiliser avantageusement les résultats (MacStravic, 1978; Siegel, Attkisson, Carson, 1978). De plus, ce consensus confère aux indicateurs de qualité une forme de validité ainsi qu'une légitimité professionnelle (Alderson, 1992; Donabedian, 1986).

Il existe plusieurs techniques basées sur l'approche par recherche du consensus. Elles peuvent être classées en quatre groupes : 1) le mode d'enquête soit l'approche par informateurs clés et la technique Delphi, 2) la réflexion individuelle au moyen de la technique du groupe nominal et le « brainwriting », 3) l'interaction soit le « brainstorming » et le forum communautaire et 4) finalement les techniques combinées telles que les impressions de la communauté (Pineault & Daveluy, 1995).

3.4.1.1. La technique Delphi

La technique Delphi est un processus de groupe procédant par une série de questionnaires adressés à des informateurs clés leur permettant de réagir à l'information émise par les autres participants, de telle sorte qu'ils en arrivent à un consensus sans qu'il y ait eu discussion entre eux (Pineault & Daveluy, 1995).

3.4.1.2. La technique Delphi modifiée

Dans le cadre de cette étude une variante de la technique Delphi fut utilisée, soit la technique Delphi modifiée, qui demande aux répondants de réagir à l'information préalablement préparée au lieu de générer une liste d'items (McKenna, 1994).

3.4.1.3. Étapes de la technique Delphi modifiée

Selon Grenier (1985) la technique Delphi modifiée comprend cinq phases : 1) développement d'un premier questionnaire, 2) envoi du questionnaire à un groupe d'informateurs clés, 3) retour du questionnaire; les réponses sont étudiées pour identifier les points d'accord et de désaccord, 4) un second questionnaire fait état des résultats obtenus au premier questionnaire, des items ne faisant pas consensus, des arguments des informateurs clés et un second jugement est demandé. Chaque participant peut alors reconsidérer ses opinions antérieures à la lumière des réponses et des raisons évoquées par le groupe d'informateurs clés (Grenier, 2000), 5) l'étape précédente est répétée une autre fois, si nécessaire. Le processus réponse-analyse-rétroaction-réponse est habituellement répété trois fois afin d'obtenir un consensus général (Polit & Hungler, 1991).

La technique Delphi a déjà été utilisée pour valider des indicateurs dans le domaine de la qualité de soins infirmiers à domicile (Poirier, 1999). Scherer, Cameron, Farrell, (1982) l'utilisèrent avec succès afin d'obtenir l'opinion d'experts sur ce qui constitue une bonne qualité de soins infirmiers. Les chercheurs conclurent qu'il est possible de générer des indicateurs de soins en utilisant le jugement d'infirmières expertes (Farrell & Scherer, 1983). De plus, Farrell & Scherer (1983) maintiennent que la technique Delphi est adéquate lorsque le domaine recherché manque de données empiriques.

La technique Delphi fut préférée à la technique du groupe nominal pour des raisons d'ordre pratique et économique. De plus, la technique Delphi a l'avantage de permettre l'établissement d'un consensus, parmi une grande variété d'experts disséminée au travers d'une étendue géographique, sans à avoir à les rassembler (Burns & Grove, 1997; Pineault & Daveluy, 1995). La technique Delphi possède plusieurs avantages et désavantages qui sont énumérés au tableau 5 de la page suivante.

Il existe néanmoins, plusieurs définitions de la technique Delphi. Ainsi, selon Delbecq, Van de Ven & Gustafson (1975) l'approche Delphi est une procédure pour la sollicitation systématique et l'obtention de jugements informés sur un domaine particulier. Dans le même sens, Reid (1988) exprime que la technique Delphi est une méthode pour collecter et agréger systématiquement le jugement d'un groupe d'experts sur des questions spécifiques (McKenna, 1994). Toutefois celle qui semble la plus complète, est la définition d'Helmer (1967). Elle considère la technique Delphi comme une méthode d'enquête à itération multiple qui rend possible le raffinement anonyme et systématique d'opinion d'experts dans le but d'en arriver à une position

combinée ou de consensus. Trois caractéristiques principales sont généralement attribuées à la technique : l'anonymat des réponses aux questions, une rétroaction contrôlée des différents stades du processus de collecte d'information et l'analyse statistique et la formulation des réponses de groupe (Grenier, 1985).

Tableau V
Avantages et désavantages de la technique Delphi

Avantages	Désavantages
Durée	
Elle laisse du temps à la réflexion (Pineault & Daveluy, 1995).	La durée du processus est longue (Pineault & Daveluy, 1995).
Le participant est libre de répondre au moment qui lui convient, à l'intérieur des dates limites (Pineault & Daveluy, 1995).	Le risque d'attrition des répondants augmente avec le nombre de rétroaction (Pineault & Daveluy, 1995).
Participants	
Usage d'opinions d'experts (Bowles, 1999).	Description limitée des caractéristiques des membres du groupe (Bowles, 1999).
Les participants peuvent être éloignés sur le plan géographique (Burns & Grove, 1997).	
L'anonymat diminue la tendance à se conformer au groupe (Pineault & Daveluy, 1995).	L'anonymat peut entraîner de la part des experts un manque d'imputabilité face à leurs réponses et ainsi provoquer des jugements irréfléchis (Burns & Grove, 1997).
Les chercheurs peuvent « construire des ponts » (Pill, 1971) entre les participants (Bowles, 1999).	
Déroulement	
Raffinement systématique de l'information (Bowles, 1999).	L'information est limitée sur la procédure en elle-même (Siegel, Attkisson, & Carson, 1978 voir Pineault & Daveluy, 1986; Bélanger, 1993).
L'ensemble des points de vue exprimés est connu des participants puisque toute l'information leur est retournée de façon systématique (Pineault & Daveluy, 1995).	La construction répétée de questionnaires est laborieuse (Withkin, 1984; Polit & Hungler, 1991; Bélanger, 1993).
Résultats	
Permet l'atteinte d'un consensus (Tremblay, 1984).	L'obligation d'en arriver à un accord risque de laisser de côté les positions extrêmes (Pineault & Daveluy, 1995).
Permet la cueillette de nouvelles informations (Tremblay, 1984).	Le consensus d'un groupe par rétroaction a tendance à centraliser l'opinion (Burns & Grove, 1997).
Permet d'intégrer des informations de toute nature (Tremblay, 1984).	Les analyses utilisant la moyenne et la médiane ont tendance à masquer les réponses des individus résistants au consensus (Burns & Grove, 1997).
Étant donné l'implication des membres de la base les résultats obtenus sont reçus avec une plus grande acceptation par les membres des organisations (Sackman, 1975; Loughlin & Moore, 1979; McKenna, 1994).	

3.4.2. Deuxième activité - formation d'un groupe d'informateurs clés

Les informateurs clés sont des personnes reconnues comme ayant une bonne connaissance du milieu de travail en service d'urgence. À cela, s'ajoute le degré de représentativité des différents segments des professions appropriées (Donabedian, 1986). Un groupe hétérogène d'informateurs clés a été sélectionné afin de générer des idées selon différentes perspectives.

Le triage est un processus qui n'appartient pas uniquement à la discipline infirmière. Il nécessite une étroite collaboration interprofessionnelle entre les infirmières et les médecins. Ainsi la responsabilité quotidienne du triage est assumée par les infirmières, tandis que les médecins jouent un rôle de consultant et participent à l'élaboration de critères et de protocoles d'évaluation des patients et des systèmes de classification (CMQ & OIIQ, 2000). Les informateurs clés sélectionnés étaient des infirmières et des médecins, ayant une bonne connaissance du triage au service d'urgence, qui possédaient un grand intérêt pour cette étude et une motivation à y participer (Pineault & Daveluy (1995). De plus, les caractéristiques suivantes ont aussi été retenues pour le choix des informateurs clés : l'expertise spécifique, l'appartenance à une organisation professionnelle et l'expérience (Tremblay, 1984).

En conséquence, les informateurs clés recrutés possédaient un minimum de deux années d'expérience avec le système de triage en service d'urgence. Du point de vue de l'expertise spécifique certains informateurs clés sélectionnés étaient des membres du groupe de travail ayant élaboré la prise de position conjointe du CMQ et de l'OIIQ sur le triage. Pour ce qui est des différentes professions, des médecins, des infirmières chefs, des infirmières cliniciennes en

service d'urgence et des infirmières au triage furent choisis. De plus, certaines de ces personnes appartenaient à une organisation professionnelle telle que l'AMUQ (association des médecins d'urgence du Québec), l'AGIUQ (association des gestionnaires infirmiers d'urgence du Québec) et l'AIUQ (association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec).

En ce qui concerne le nombre de participants à l'étude, Pineault & Daveluy (1995) suggèrent, pour un groupe hétérogène comprenant diverses professions, un nombre de 40 participants au départ. Toutefois un autre auteur, Tremblay (1984) stipule qu'habituellement, on envoie des questionnaires à trois ou quatre experts ou plus (quinze à vingt étant un interval idéal).

Dans cette étude, nous avons cru pertinent d'utiliser quinze informateurs clés, parce que le nombre d'informateurs clés influe directement sur le pourcentage de consensus exigé. Lynn (1986) recommande un minimum de cinq informateurs clés pour un consensus de 100%. Au-dessus de cinq, le pourcentage de consensus peut varier de 83 % à 90 % (Ouellet, Bernier & Grenier, 1996).

Dans le but de former le groupe des informateurs clés, dix-neuf personnes ont été recrutées, soit quinze infirmières et quatre médecins. Des quinze infirmières sollicitées, treize ont accepté de collaborer à l'étude. De ces treize infirmières, trois se désistèrent après avoir reçu la première liste d'indicateurs soumise pour fins de validation. Toutefois, l'une d'elle recommanda une infirmière qui participa aux différentes étapes de l'étude. Quant aux quatre médecins recrutés, seulement deux complétèrent les deux étapes de validation. Le tableau VI de la page suivante et la figure 2 présentent une description des informateurs clés.

Tableau VI

Description des informateurs clés		
Fonction	Années d'expérience en service d'urgence	Formation détenue
Infirmière	2.5	Baccalauréat Sc. infirmières
Infirmière	2.5	Baccalauréat Sc. infirmières
Infirmière	5	Maîtrise Sc. infirmières
Infirmière	6	Baccalauréat Sc. infirmières
Infirmière	8	Baccalauréat Sc. infirmières
Infirmier gestionnaire	13	Bac par cumul de certificats
Infirmière gestionnaire	16	Baccalauréat Sc. de la santé
Infirmière clinicienne	8.5	Baccalauréat Sc. infirmières
Infirmière clinicienne	12	Baccalauréat Sc. infirmières
Infirmière clinicienne	17	Formation d'hôpital
Infirmière clinicienne	27	Baccalauréat Sc. infirmières
Médecin	10	Médecin
Médecin	10,5	Certification spéciale en médecine d'urgence

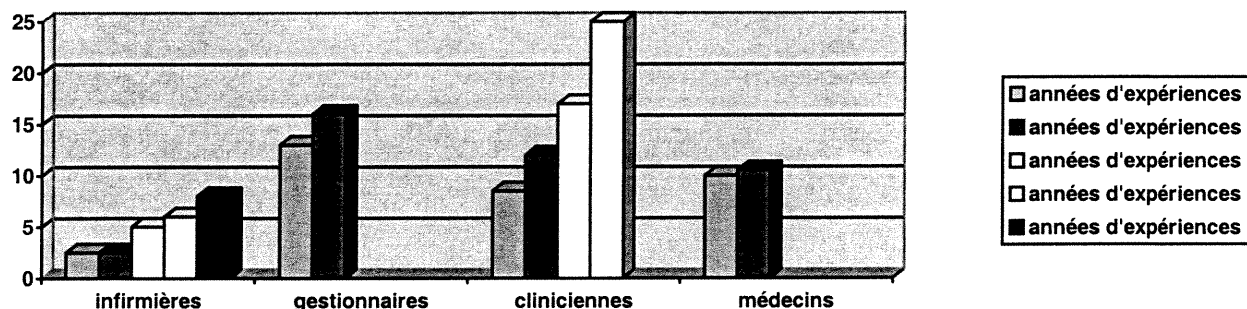


Figure 2..Sommaire des années d'expérience des informateurs clés par catégories professionnelles

Ainsi sur dix-sept informateurs clés, treize complétèrent la première étape de validation pour un taux de réponse de 76 %. Ces informateurs clés complétèrent tous la deuxième étape de validation pour un taux de réponse de 100%.

3.4.3. Troisième activité - Validation des indicateurs par l'entremise de la technique Delphmodifiée

3.4.3.1. Phase 1 : Développement d'un premier questionnaire

Le premier questionnaire Delphi s'intitule grille de validation des indicateurs. Il comprend trois parties illustrées à la Figure 3.

# 2.1.1	Étape du triage	Évaluation initiale de la condition de l'utilisateur	
# 2.1.1.1	Indicateur	Accueil	
# 2.1.1.1.1	<p>Tout usager qui se présente au service d'urgence est accueilli dans les meilleurs délais afin d'identifier ses besoins en fonction du risque potentiel que son état présente pour sa vie ou sa santé.</p>		
Clarté	Pertinence	Importance	
(4) Clair (3) Légèrement ambigu (2) Ambigu (1) Incompréhensible	(4) Très pertinent (3) Pertinent (2) Peu pertinent (1) Non pertinent	(4) Très important (3) Important (2) Peu important (1) Non important	
Raisons	Raisons	Raisons	
Suggestions de modification d'indicateur			

Figure 3. Grille de validation des indicateurs.

La première partie, indiquée par la flèche A, correspond à l'identification de l'indicateur et à son énoncé. La deuxième partie, indiquée par les flèches B, est constituée des trois échelles de type « Likert » de quatre points permettant aux informateurs clés d'établir la validité de contenu en se prononçant sur la « clarté », la « pertinence » et l'« importance » de chaque indicateur (Lynn,

1986; Smith,1991). L'échelle de type « Likert » à quatre points a été adoptée étant donné qu'elle n'inclut pas le degré ambivalent du milieu des échelles impaires (Lynn, 1986) .

La « clarté » est définie comme étant la qualité de ce qui est facilement intelligible (Bélanger, 1993). La « clarté » nous réfère à la netteté, à la précision et au vocabulaire utilisé dans l'énoncé des indicateurs (Bélanger, 1993; Brunelle, 1995). La « clarté » d'une formulation implique qu'elle soit précise et complète (Brunelle, 1995). Les quatre énoncés pour l'échelle de type « Likert » sont : 4 « Clair » -3 « Légèrement ambigu » -2 « Ambigu » -1 « Incompréhensible » (Brunelle, 1995).

La « pertinence » est définie comme étant le caractère de ce qui a rapport à la question (Bélanger, 1993). Elle détermine le degré auquel le contenu de l'énoncé de l'indicateur est représentatif de ce qui est connu sur le sujet (Smith, 1991). Les quatre énoncés pour l'échelle de type « Likert » sont : 4 « Très pertinent » -3 « Pertinent » -2 « Peu pertinent » -1 « Non pertinent » (Brunelle, 1995).

L'« importance » est définie comme étant le caractère d'une chose qui est de conséquence, soit l'intérêt porté par les experts sur la satisfaction de l'indicateur énoncé (Bélanger, 1993). Les quatre énoncés pour l'échelle de type « Likert » sont : 4 « Très important » -3 « Important » -2 « Peu important » -1 « Non important » (Bélanger, 1993).

Dans la partie B, un espace est alloué afin de permettre à l'informateur clé d'expliquer son choix dans le cas où l'indicateur est jugé 2 « ambigu » ou 1 « incompréhensible », 2 « peu pertinent » ou 1 « non pertinent » ou bien 2 « peu important » ou 1 « non important ».

La troisième partie, indiquée par la flèche C, se compose d'un espace, intitulé suggestions / modifications d'indicateurs, qui permet à l'informateur clé de proposer une nouvelle formulation de l'indicateur soumis plus haut. À la fin de chaque catégorie, un espace est prévu pour les propositions d'ajout de nouveaux indicateurs (Lynn, 1986).

Une lettre de « directives à l'intention des informateurs clés » fut aussi remise pour guider les informateurs clés (voir appendice -B). Cette lettre comprend le titre de l'étude, son but, une définition des principaux concepts à l'étude, la description des parties du questionnaire, les définitions opérationnelles des termes : « clarté », « pertinence » et « importance », les étapes de la méthode Delphi modifiée, les avantages et l'importance de la participation de l'informateur clé à l'étude, l'utilisation ultérieure des résultats, les considérations éthiques et l'échéancier.

3.5. Limites méthodologiques

La technique Delphi modifiée possède des limites méthodologiques à différents niveaux, dont le tableau 5 fait état en soulignant les avantages et les désavantages.

Du point de vue de la durée de la technique, Pineault & Daveluy (1995) soulignent que la longueur du questionnaire est liée à l'augmentation du risque d'attrition des répondants avec le nombre croissant de rétroaction.

En ce qui concerne l'« expertise » des informateurs clés, Bélanger (1993) avance que la portée des résultats est tributaire du niveau d'expertise des répondants ayant accepté de participer à l'étude. Cependant, la définition du concept d'expert a été questionnée par plusieurs auteurs (Bedford, 1972; Bowles, 1999; McKenna, 1994; Sackman, 1975; Williams & Webb, 1994). Bowles (1999) conçoit que l'expertise soit un construit valide, mais qu'il n'est pas facile d'identifier qui la possède. De plus, Burns & Groves (1997) ajoutent qu'au niveau de la réponse, il n'y a pas de documentation corroborant que celle des « experts » est différente de celle que l'on recevrait de participants sélectionnés de façon aléatoire.

Quant aux résultats obtenus, Burns & Groves, (1997) et Pineault & Daveluy (1995), soulignent que l'obligation d'en arriver à un accord risque de laisser de côté les positions extrêmes, étant donné que le consensus d'un groupe par rétroaction a tendance à centraliser l'opinion. De plus, l'anonymat peut entraîner de la part des experts un manque d'imputabilité face à leurs réponses et ainsi provoquer des jugements irréfléchis (Burns & Grove, 1997).

3.6. Considérations éthiques

La participation des informateurs clés est anonyme, volontaire et bénévole. Ils sont libres de participer à l'étude, de refuser d'émettre leur opinion quant à certains items et de se retirer de l'étude à tout moment. Des informations verbales lors du premier contact téléphonique et écrites par l'entremise d'une lettre de « directives à l'intention des informateurs clés » ont été fournies afin de permettre aux informateurs clés d'effectuer un consentement éclairé.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

L'exposé des résultats se divise en trois parties. Les deux premières présentent les résultats obtenus pour chacune des deux étapes de validation des indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence. La dernière partie présente les résultats des deux étapes de validation fusionnées. L'analyse des résultats sera effectuée au chapitre de l'interprétation et de la discussion des résultats.

4.1. Résultats de la première étape de validation

Dans cette étude, les informateurs clés établissaient la validité de contenu en se prononçant sur la clarté, la pertinence et l'importance de chaque indicateur au moyen de trois échelles de type «Likert» en quatre points. Pour qu'un indicateur soit reconnu valide, il devait obtenir un niveau de consensus de 85% ou plus soit une moyenne \geq à 3,38 pour la clarté, la pertinence et l'importance.

Les 139 indicateurs soumis à cette première étape de validation, étaient classés en trois parties selon l'approche systémique soit les intrants-structure, le processus-activités et les extrants-soins & services pour se subdiviser par la suite en 23 sous-catégories (Tableau IV, p. 42).

La partie intrants-structure comprend 54 indicateurs qui sont distribués en trois catégories soit : les ressources humaines, les ressources matérielles et les ressources informationnelles. Les ressources humaines se subdivisent à leur tour en trois sous-catégories : la qualification de

l'infirmière (expérience), la formation de l'infirmière, le personnel de soutien. Le tableau VII de la page suivante présente la moyenne et l'écart type de chacun des indicateurs pour la clarté, la pertinence et l'importance ainsi que le nombre d'informateurs clés qui se sont prononcés.

Tableau VII
Moyenne et écart type de chacun des indicateurs proposés à la première étape de validation pour les intrants - structure

Indicateurs	Clarté			Pertinence			Importance			Résultat
	Moyenne	Écart type	n Inf-clés	Moyenne	Écart type	n Inf-clés	Moyenne	Écart type	n Inf-clés	
1,1,1,1	3,62	0,51	13	3,62	0,51	13	3,75	0,45	12	V
1,1,1,2	4	0	13	2,38	0,87	13	2,31	0,75	13	R
1,1,1,3	3,38	0,87	13	3,42	0,67	12	3,55	0,52	11	V
1,1,1,4	3,67	0,49	12	3,92	0,28	13	3,92	0,28	13	V
1,1,1,5	3,23	1,09	13	2,31	0,75	13	2,31	0,75	13	R
1,1,2,1	3,83	0,39	12	3,92	0,29	12	3,83	0,39	12	V
1,1,2,2	3,92	0,29	12	3,92	0,29	12	3,92	0,29	12	V
1,1,2,3	2,67	0,98	12	3,63	0,52	8	3,63	0,52	8	R
1,1,2,4	3,23	0,83	13	3,46	0,52	13	3,62	0,51	13	R
1,1,2,5	3,62	0,65	13	1,85	1,07	13	1,85	0,9	13	R
1,1,3,1	3,92	0,28	13	3,38	0,77	13	3,23	0,83	13	S
1,2,1,1	3,77	0,6	13	3,77	0,44	13	3,69	0,48	13	V
1,2,1,2	3,92	0,28	13	3,69	0,48	13	3,77	0,44	13	V
1,2,1,3	4	0	13	3,62	0,51	13	3,77	0,44	13	V
1,2,1,4	3,92	0,28	13	3,38	0,65	13	3,31	0,75	13	S
1,2,1,5	4	0	13	3,69	0,48	13	3,69	0,48	13	V
1,2,1,6	3,85	0,38	13	3,62	0,65	13	3,77	0,44	13	V
1,2,1,7	4	0	13	3,85	0,38	13	3,85	0,38	13	V
1,2,1,8	3,92	0,28	13	3,92	0,28	13	3,92	0,28	13	V
1,2,1,9	4	0	13	3,77	0,44	13	3,77	0,44	13	V
1,2,1,10	4	0	13	3,38	0,77	13	3,38	0,65	13	V
1,2,1,11	3,77	0,44	13	3,62	0,51	13	3,62	0,51	13	V
1,2,1,12	3,85	0,38	13	3,25	0,62	12	2,92	0,95	13	R
1,2,1,13	4	0	13	3,23	0,6	13	3,23	0,6	13	R
1,2,1,14	4	0	13	3,69	0,63	13	3,77	0,44	13	V
1,2,1,15	3,92	0,28	13	3,77	0,44	13	3,85	0,38	13	V
1,2,2,1	4	0	13	3,92	0,28	13	3,92	0,28	13	V
1,2,2,2	3,77	0,44	13	3,77	0,6	13	3,77	0,6	13	V
1,2,3,1	3,67	0,49	12	3,31	0,75	13	3,38	0,65	13	R
1,2,3,2	3,62	0,51	13	3,46	0,66	13	3,38	0,65	13	V
1,2,3,3	3,67	0,65	12	3,83	0,39	12	3,92	0,29	12	V
1,2,3,4	3,85	0,38	13	3,62	0,51	13	3,62	0,51	13	V
1,2,3,5	3,92	0,28	13	3,92	0,28	13	3,92	0,28	13	V
1,2,3,6	3,31	1,03	13	3,18	0,87	11	3,27	0,9	11	R
1,2,4,1	4	0	13	3,77	0,44	13	3,77	0,44	13	V
1,2,4,2	4	0	12	3,5	1	12	3,58	0,79	12	V
1,2,4,3	3,92	0,28	13	3,23	0,73	13	3,15	0,69	13	R
1,2,4,4	3,77	0,6	13	2,62	0,65	13	2,54	0,66	13	R
1,2,4,5	3	1,22	13	3,2	1,14	10	3,2	1,14	10	R
1,3,1,1	3,92	0,28	13	3,08	0,76	13	3,08	0,76	13	S
1,3,1,2	4	0	13	3,69	0,63	13	3,77	0,44	13	V
1,3,1,3	3,85	0,55	13	3,38	0,77	13	3,46	0,78	13	V
1,3,1,4	3,77	0,6	13	3,23	1,24	13	3,33	1,07	12	R
1,3,1,5	3,92	0,28	13	3,85	0,55	13	3,85	0,55	13	V
1,3,2,1	3,77	0,44	13	3,92	0,28	13	3,83	0,58	12	V
1,3,2,2	3,83	0,58	12	3,75	0,62	12	3,92	0,29	12	V
1,3,2,3	4	0	13	3,92	0,28	13	3,85	0,38	13	V
1,3,2,4	3,92	0,28	13	3,38	1,12	13	3,58	0,9	12	V
1,3,2,5	2,92	0,95	13	3,36	0,67	11	3,36	0,67	11	R
1,3,2,6	3,23	0,83	13	3,42	0,67	12	3,42	0,67	12	R
1,3,2,7	3,62	0,51	13	3,69	0,48	13	3,62	0,51	13	V
1,3,2,8	3,92	0,28	13	3,85	0,38	13	3,85	0,38	13	V
1,3,2,9	3,92	0,28	13	3,54	0,88	13	3,46	0,88	13	V
1,3,2,10	4	0	13	3,85	0,38	13	3,85	0,38	13	V

V indicateur validé, R indicateur rejeté, S indicateur soumis à un second jugement

Tableau VIII
Liste des indicateurs de la catégorie des intrants - structure

1.0	Intrants – Structure	
1.1	Ressources humaines	
1.1.1	Qualification de l’infirmière	
1.1.1.1	L’infirmière au triage possède une expérience professionnelle pertinente soit un an en soins d’urgence auprès des patients gravement atteints.	Validé
1.1.1.2	L’infirmière au triage détient un baccalauréat.	Rejeté
1.1.1.3	La description des activités de l’infirmière au triage est disponible.	Validé
1.1.1.4	La conformité de l’infirmière aux protocoles de triage est mesuré et évalué.	Validé
1.1.1.5	La sélection de l’infirmière du triage se base sur les qualités et l’engagement de cette dernière aux soins d’urgence évalués au cours d’une entrevue avec l’infirmière chef.	Rejeté
1.1.2	Formation de l’infirmière	
1.1.2.1	Le programme d’orientation spécifique au triage comprend une formation théorique, une période de supervision directe suivie d’évaluation de la qualité des triages effectués.	Validé
1.1.2.2	Un programme de maintien et d’amélioration de l’expertise (formation continue) des infirmières au triage est en place.	Validé
1.1.2.3	La rétroaction immédiate, appropriée à chaque situation de triage et adaptée à l’infirmière est utilisée dans une optique de formation (expérience formatrice).	Rejeté
1.1.2.4	Chaque infirmière a reçu une formation lui permettant de reconnaître et agir lors de situations potentiellement explosives.	Rejeté
1.1.2.5	Le personnel du service d’urgence a reçu la formation nécessaire à l’extraction d’un accidenté de sa voiture.	Rejeté
1.1.3	Personnel de soutien	
1.1.3.1	L’infirmière du triage bénéficie du soutien d’une infirmière clinicienne / personne ressource pour le service d’urgence.	Validé
1.2	Ressources matérielles	
1.2.1	Organisation physique des lieux	
1.2.1.1	L’aire de triage est située à la porte d’entrée du service d’urgence.	Validé
1.2.1.2	La signalisation permet un repérage rapide de l’aire de triage.	Validé
1.2.1.3	Les lieux physiques permettent à l’infirmière du triage d’effectuer une surveillance visuelle continue des usagers qui arrivent à pied ou en ambulance.	Validé
1.2.1.4	Les lieux physiques permettent à l’infirmière du triage d’effectuer une surveillance visuelle continue de l’aire d’enregistrement.	Validé
1.2.1.5	Les lieux physiques permettent à l’infirmière du triage d’effectuer une surveillance visuelle continue des patients dans la salle d’attente.	Validé
1.2.1.6	Les lieux physiques permettent à l’infirmière du triage d’effectuer une surveillance visuelle continue des patients dans l’aire d’attente du pré-triage.	Validé
1.2.1.7	L’aire de triage permet une entrevue confidentielle entre l’infirmière et la personne quel que soit le volume d’achalandage.	Validé

1.2.1.8	Les portes doivent permettre le passage aisé des chaises roulantes et des civières.	Validé
1.2.1.9	La salle de triage est suffisamment grande pour permettre le déplacement et l'examen des usagers.	Validé
1.2.1.10	La décoration de la salle de triage offre un aspect agréable et sécurisant pour la clientèle pédiatrique.	Validé
1.2.1.11	La salle de stabilisation est facilement accessible à partir de l'aire de triage.	Validé
1.2.1.12	Les toilettes sont situées près de l'aire de triage et de la salle d'attente.	Rejeté
1.2.1.13	Une section de la salle d'attente est réservée et aménagée pour les enfants et leur famille.	Rejeté
1.2.1.14	La salle d'attente dispose d'un nombre suffisant de sièges pour accommoder les usagers et leurs proches.	Validé
1.2.1.15	Les lieux de l'aire du triage sont propres.	Validé
1.2.2	Équipement de la salle de triage	
1.2.2.1	L'infirmière au triage a à sa disposition tout l'équipement nécessaire pour effectuer un triage adéquat (Voir appendice A soit à la fin de ce document ou sur le deuxième fichier ci-joint)	Validé
1.2.2.2	Le matériel nécessaire pour l'application des précautions universelles est présent dans la salle de triage.	Validé
1.2.3	Aspect sécuritaire des lieux (Sécurité)	
1.2.3.1	L'usager se sent en sécurité dans l'aire du triage.	Rejeté
1.2.3.2	L'usager se sent en sécurité dans la salle d'attente.	Validé
1.2.3.3	L'infirmière se sent en sécurité dans l'aire de triage.	Validé
1.2.3.4	L'infirmière se sent en sécurité dans la salle d'attente.	Validé
1.2.3.5	L'infirmière du triage a un système de communication directe avec le service de sécurité.	Validé
1.2.3.6	Il existe un protocole pour la collecte et l'enlèvement des matières dangereuses de la salle de triage.	Rejeté
1.2.4	Moyens de communication disponibles dans l'aire de triage	
1.2.4.1	L'aire de triage permet une communication directe avec les autres membres de l'équipe du service d'urgence. Note explicative : via : téléphone, intercom, ordinateur.	Validé
1.2.4.2	Une ligne téléphonique directe relie l'aire de triage avec le service ambulancier.	Validé
1.2.4.3	Un service d'interprètes est disponible 24 h/24.	Rejeté
1.2.4.4	De l'équipement spécial est disponible pour communiquer avec des personnes présentant un handicap visuel ou auditif (site internet du langage par signe, clavier pour malentendant).	Rejeté
1.2.4.5	Lorsque l'infirmière au triage a identifié un besoin non satisfait, elle le communique aux autres professionnels soignants de l'aire de traitement en l'inscrivant au dossier	Rejeté
1.3	Ressources informationnelles	
1.3.1	Transmission de l'information	
1.3.1.1	Les usagers sont informés sur le déroulement de la visite au moyen	Validé

	d'indications claires (verbales).	
1.3.1.2	Au changement de quart de travail l'infirmière transmet l'information sur les usagers qui attendent dans la salle d'attente.	Validé
1.3.1.3	Au changement de quart de travail l'infirmière transmet l'information sur les usagers qui sont attendus.	Validé
1.3.1.4	Lors de délai d'attente prolongé, un message annonce ce délai d'attente et avise les usagers de contacter le personnel soignant afin de l'informer, le cas échéant, de toute détérioration de leur condition.	Rejeté
1.3.1.5	Suite à l'appel téléphonique du répartiteur ambulancier, l'infirmière du triage transmet immédiatement l'information recueillie à l'équipe de réanimation.	Validé
1.3.2	Ressources scientifiques	
1.3.2.1	Une classification est utilisée dans le processus de triage pour déterminer le degré d'urgence des soins requis par le patient en fonction des signes et symptômes présentés (motif de consultation) afin d'éviter toute détérioration de son état pendant l'attente.	Validé
1.3.2.2	Le système de classification utilisée a été préétabli et accepté conjointement par les infirmières et les médecins.	Validé
1.3.2.3	L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG) est le système de classification utilisée au service d'urgence.	Validé
1.3.2.4	Un système à cinq niveaux de priorités est utilisé afin de mieux discriminer les besoins des usagers.	Validé
1.3.2.5	Le protocole de détermination du niveau d'urgence d'intervention médicale indique les conditions d'inclusion pour les usagers éligibles au service des consultations mineures rapides.	Rejeté
1.3.2.6	Le protocole de détermination du niveau d'urgence d'intervention médicale indique les conditions d'inclusion pour les usagers éligibles à une référence hors service.	Rejeté
1.3.2.7	Un protocole pour la réévaluation périodique et systématique des patients en attente indique le nombre, le type et la fréquence des réévaluations pour chaque niveau de classification.	Validé
1.3.2.8	Des protocoles élaborés par les médecins en collaboration avec les infirmières et approuvés par le CMDP indiquent les conditions d'initiation de mesures thérapeutiques.	Validé
1.3.2.9	Des protocoles élaborés par les médecins en collaboration avec les infirmières et approuvés par le CMDP indiquent les conditions d'initiation de mesures diagnostiques.	Validé
1.3.2.10	Un comité constitué d'une infirmière et d'un médecin discute des difficultés rencontrées au triage, suggère des solutions, évalue les diverses étapes du triage et réévalue périodiquement les différents protocoles du triage	Validé

Dans la première sous-catégorie, soit la qualification de l'infirmière, quatre indicateurs dépassent le niveau de consensus de 85 % pour la clarté mais seulement trois indicateurs ont été reconnus valides. Ces indicateurs portent sur l'expérience, la description des activités de l'infirmière et sa conformité aux procédures de triage. Pour les indicateurs rejetés, les informateurs clés ont jugé la scolarité (# 1.1.1.2) de l'infirmière au triage (bachelière) comme un élément peu pertinent (2,38) et peu important (2,31). Par ailleurs, l'indicateur # 1.1.1.5 portant sur les conditions de sélection de l'infirmière au triage fut jugé légèrement ambigu (3,23), peu pertinent (2,31) et peu important (2,32).

Dans la deuxième sous-catégorie, formation de l'infirmière, deux indicateurs sur cinq ont été jugés valides. Ces indicateurs traitent du programme d'orientation et de la formation continue de l'infirmière au triage. Dès trois indicateurs rejetés, les indicateurs # 1.1.2.3 portant sur l'évaluation rétroactive d'un triage et l'indicateur # 1.1.2.4 traitant de la formation en situation de crises furent jugés respectivement ambigu (2,67) et légèrement ambigu (3,23). Quant à l'indicateur # 1.1.2.5 les informateurs clés ont jugé la formation habilitant l'extraction d'un accidenté de sa voiture comme un élément non pertinent (1,85) et non important (1,85).

Dans la sous-catégorie personnel de soutien, un seul indicateur a été soumis à la validation. L'indicateur # 1.1.3.1 porte sur la possibilité de recevoir les services d'une infirmière clinicienne. Il a été jugé clair (3,92) et pertinent (3,38). Toutefois, au point de vue de l'importance, il a obtenu un niveau de consensus de 81% (3,23). Il a donc été décidé de le soumettre pour une deuxième consultation du point de vue de l'importance.

Au niveau des ressources matérielles, on retrouve quatre sous-catégories : l'organisation physique des lieux, l'équipement de la salle de triage, l'aspect sécuritaire des lieux (sécurité) et les moyens de communication disponibles dans l'aire de triage.

Des 15 indicateurs énoncés dans l'organisation physique des lieux, tous furent jugés clairs. Cependant treize indicateurs furent validés. Ils portent sur l'accessibilité des lieux, la visibilité des usagers, le respect de la confidentialité lors de l'entrevue et la salle d'attente. Toutefois, l'indicateur # 1.2.1.12, spécifiant l'emplacement des toilettes, fut jugé pertinent (3,25) et peu important (2,92). De même que l'indicateur # 1.2.1.13, concernant une section de la salle d'attente pour les enfants et leur famille, n'obtint pas le niveau de consensus requis de 85% pour la pertinence et l'importance avec des scores de 80,1 % (3,23) chacun. Quant à l'indicateur # 1.2.1.4, indiquant la possibilité d'une surveillance continue de l'aire d'enregistrement, il fut resoumis au jugement des informateurs clés du point de vue de l'importance, ayant été jugé clair (3,92), pertinent (3,38) mais important à (3,31; 83 %).

Les deux indicateurs de la sous-catégorie de l'équipement de la salle de triage furent jugés valides. Quant à la sous-catégorie de l'aspect sécuritaire des lieux (sécurité), quatre indicateurs sur six furent validés. Ils portent sur le sentiment de sécurité de l'utilisateur dans la salle d'attente et celui de l'infirmière dans la salle d'attente et dans l'aire de triage ainsi que des moyens de communication avec le service de sécurité. Dès deux indicateurs rejetés, l'indicateur # 1.2.3.6, traitant de la collecte des matières dangereuses, a été jugé légèrement ambigu (3,31), pertinent (3,18) et important (3,27). L'indicateur # 1.2.3.1, portant sur le sentiment de sécurité de l'utilisateur dans l'aire de triage, a été rejeté du point de vue de la pertinence (3,31).

Pour la sous-catégorie des moyens de communication disponibles dans l'aire de triage, deux indicateurs sur cinq furent validés. Ces indicateurs traitent des moyens de communication avec l'équipe du service d'urgence et du service ambulancier. Quant aux trois indicateurs rejetés, l'indicateur # 1.2.4.5, portant sur la transmission de besoins identifiés au triage, fut jugés légèrement ambigu (3), pertinent (3,20) et important (3,20). Quant aux indicateurs # 1.2.4.3 et # 1.2.4.4, portant sur un service d'interprètes et de l'équipement spécial de communication, ils furent rejetés du point de vue de la pertinence ((3,23; 2,62) et de l'importance (3,15; 2,54).

Pour la dernière catégorie de la structure soit les ressources informationnelles, on retrouve les sous-catégories de la transmission de l'information et celles des ressources scientifiques. La sous-catégorie de la transmission de l'information comprend cinq indicateurs dont trois furent validés. Ces indicateurs portent sur les indications transmises à l'utilisateur sur le déroulement de la visite et la transmission d'informations lors du changement de quart de travail. L'indicateur # 1.3.1.4, spécifiant un message divulguant le délai d'attente, fut rejeté ayant obtenu un score de 3,23 pour la pertinence et 3,33 pour l'importance. L'indicateur # 1.3.1.1, énonçant que des indications écrites informent du déroulement de la visite, fut reconnu clair (3,92), mais obtient un niveau de consensus de 77% pour la pertinence (3,08) et l'importance (3,08). À la lumière des commentaires des informateurs clés, il fut décidé de le modifier et de le resoumettre tant pour la clarté, la pertinence et l'importance.

Pour la sous-catégorie des ressources scientifiques, huit indicateurs sur dix ont été validés. Ces indicateurs traitent du système de classification utilisé au service d'urgence, du système de réévaluation, des mesures thérapeutiques et diagnostiques. Des deux indicateurs

rejetés, l'indicateur # 1.3.2.6, touchant les références hors service, fut jugé légèrement ambigu (3,32) et l'indicateur # 1.3.2.5, portant sur les conditions d'inclusion pour les consultations mineures rapides, fut rejeté du point de vue de la clarté (2,92), de la pertinence (3,36) et de l'importance (3,36).

La deuxième partie de la grille de validation soit celle des processus – activités comprend des activités cliniques et des activités de gestion (voir tableau IX page suivante). Les activités cliniques sont réparties en cinq sous-catégories soit : l'évaluation initiale de la condition de l'utilisateur, la détermination de l'urgence d'intervention médicale selon une classification prédéterminée, l'orientation des usagers vers l'aire de traitement ou de soins appropriée, la réévaluation périodique et systématique des usagers en attente et l'initiation des mesures diagnostiques ou thérapeutiques. Les activités de gestion ne formant qu'une seule catégorie.

L'évaluation initiale de la condition de l'utilisateur se partage en deux subdivisions soient celles de l'accueil et de la collecte de données. Ainsi, des 13 indicateurs énoncés pour l'accueil douze ont été validés. Ces indicateurs précisent que l'infirmière est la première personne à accueillir l'utilisateur lors de son arrivée au service d'urgence et ceci dans les meilleurs délais. Ils indiquent aussi le type d'accueil. Toutefois l'indicateur # 2.1.1.1.12, portant sur le moment de l'inscription de l'utilisateur, fut jugé clair (3,85), mais obtient un niveau de consensus de 77 % (3,08) pour la pertinence et de 75% (3,00) pour l'importance. Étant donné les commentaires expliquant ces niveaux de consensus, il a été décidé de resoumettre cet indicateur au jugement des informateurs clés.

Tableau IX
Moyenne et écart type de chacun des indicateurs proposés à la première étape de validation pour les activités - processus

Indicateurs	Clarté			Pertinence			Importance			Résultat
	Moyenne	Écart type	n Inf-clés	Moyenne	Écart type	n Inf-clés	Moyenne	Écart type	n Inf-clés	
2,1,1,1,1	3,62	0,65	13	3,77	0,44	13	3,58	0,51	12	V
2,1,1,1,2	3,46	0,66	13	3,77	0,44	13	3,77	0,44	13	V
2,1,1,1,3	3,62	0,87	13	3,58	0,51	12	3,42	0,51	12	V
2,1,1,1,4	4	0	13	3,62	0,51	13	3,62	0,51	13	V
2,1,1,1,5	3,85	0,38	13	3,75	0,62	12	3,73	0,65	11	V
2,1,1,1,6	3,62	0,77	13	3,85	0,38	13	3,85	0,38	13	V
2,1,1,1,7	3,92	0,28	13	3,77	0,44	13	3,77	0,44	13	V
2,1,1,1,8	3,92	0,28	13	3,54	0,52	13	3,54	0,52	13	V
2,1,1,1,9	3,85	0,38	13	3,69	0,48	13	3,62	0,51	13	V
2,1,1,1,10	3,85	0,55	13	3,62	0,51	13	3,62	0,65	13	V
2,1,1,1,11	3,85	0,38	13	3,69	0,48	13	3,69	0,48	13	V
2,1,1,1,12	3,85	0,55	13	3,08	1,19	13	3	1,15	13	S
2,1,1,1,13	4	0	13	3,54	0,88	13	3,54	0,88	13	V
2,1,1,2,1	3,69	0,63	13	3,77	0,44	13	3,77	0,44	13	V
2,1,1,2,2	3,92	0,28	13	3,23	0,44	13	3,23	0,44	13	S
2,1,1,2,3	3,92	0,28	13	3,31	0,75	13	3,54	0,52	13	S
2,1,1,2,4	3,69	0,63	13	3,46	0,78	13	3,54	0,66	13	V
2,1,1,2,5	3,92	0,28	13	3,62	0,87	13	3,62	0,87	13	V
2,1,1,2,6	4	0	13	3,38	0,77	13	3,38	0,77	13	V
2,1,1,2,7	4	0	13	2,46	0,52	13	2,54	0,52	13	R
2,1,1,2,8	4	0	13	3,69	0,48	13	3,69	0,48	13	V
2,1,1,2,9	4	0	13	3,54	0,78	13	3,62	0,65	13	V
2,1,1,2,10	4	0	13	3,85	0,38	13	3,92	0,29	12	V
2,1,1,2,11	3,92	0,29	12	3,18	0,98	11	3,27	0,79	11	R
2,1,1,2,12	3,85	0,55	13	3,17	0,94	12	3,17	0,94	12	S
2,1,1,2,13	4	0	13	3,92	0,28	13	3,85	0,38	13	V
2,1,1,2,14	4	0	13	2,92	1,04	13	3	1,08	13	S
2,1,1,2,15	3,92	0,28	13	3,54	0,66	13	3,38	0,87	13	V
2,1,1,2,16	3,92	0,28	13	3,85	0,38	13	3,85	0,38	13	V
2,1,1,2,17	4	0	13	3,92	0,28	13	3,85	0,38	13	V
2,1,1,2,18	3,77	0,44	13	3,31	0,85	13	3,31	0,85	13	R
2,1,1,2,19	3,46	0,78	13	3,69	0,48	13	3,69	0,48	13	V
2,1,1,2,20	3,92	0,28	13	3,23	0,73	13	3,15	0,69	13	R
2,1,2,1	3,62	0,65	13	3,77	0,44	13	3,77	0,44	13	V
2,1,2,2	3,92	0,28	13	3,69	0,48	13	3,69	0,48	13	V
2,1,2,3	4	0	13	3,54	0,66	13	3,77	0,44	13	V
2,1,3,1	3,92	0,28	13	3,69	0,63	13	3,85	0,38	13	V
2,1,3,2	3,92	0,28	13	2,92	1,26	13	2,69	1,18	13	R
2,1,3,3	4	0	13	3,77	0,44	13	3,69	0,48	13	V
2,1,3,4	4	0	13	3,62	0,65	13	3,54	0,66	13	V
2,1,3,5	3,85	0,55	13	2,58	1	12	2,42	1,08	12	R
2,1,4,1	4	0	12	3,75	0,45	12	3,67	0,49	12	V
2,1,4,2	3,69	0,75	13	3,46	0,66	13	3,54	0,52	13	V
2,1,4,3	4	0	13	3,54	0,52	13	3,54	0,52	13	V
2,1,4,4	4	0	13	3,77	0,44	13	3,77	0,44	13	V
2,1,5,1	4	0	13	3,85	0,38	13	3,85	0,38	13	V
2,1,5,2	3,85	0,55	13	3,85	0,38	13	3,85	0,38	13	V
2,1,5,3	3,92	0,28	13	3,15	1,14	13	3,42	0,51	12	S
2,1,5,4	4	0	13	3,54	0,66	13	3,54	0,52	13	V
2,1,5,5	3,92	0,28	13	3	0,58	13	3,31	0,63	13	R
2,1,5,6	3,92	0,29	12	2,83	0,72	12	3	0,74	12	R
2,1,5,7	3,92	0,28	13	3,54	0,52	13	3,54	0,52	13	V
2,1,5,8	4	0	13	3,31	1,03	13	3,38	0,96	13	R
2,1,5,9	3,83	0,58	12	3,67	0,49	12	3,67	0,49	12	V
2,1,5,10	3,92	0,29	12	3,75	0,45	12	3,67	0,49	12	V
2,1,5,11	4	0	13	3,77	0,44	13	3,85	0,38	13	V

Indicateurs	Clarté			Pertinence			Importance			Résultat
	Moyenne	Écart type	n Inf-clés	Moyenne	Écart type	n Inf-clés	Moyenne	Écart type	n Inf-clés	
2,2,1,2	3,69	0,63	13	3,92	0,28	13	3,92	0,28	13	V
2,2,1,3	4	0	13	3,77	0,44	13	3,77	0,44	13	V
2,2,1,4	4	0	13	3,15	1,07	13	3,31	0,85	13	R
2,2,1,5	3,92	0,28	13	3,46	0,66	13	3,54	0,66	13	V
2,2,1,6	3,77	0,6	13	3,46	0,52	13	3,5	0,67	12	V
2,2,1,7	3,69	0,63	13	3,46	0,66	13	3,62	0,51	13	V
2,2,1,8	3,85	0,55	13	3,23	0,73	13	3,23	0,73	13	R

V indicateur validé, R indicateur rejeté, S indicateur soumis à un second jugement

Tableau X

Liste des indicateurs de la catégorie d'activités – processus

2.0	Activités - Processus	
2.1	Activités cliniques	
2.1.1	Évaluation initiale de la condition de l'utilisateur	
2.1.1.1	Accueil	
2.1.1.1.1	Une infirmière formée à la fonction du triage est la première personne qui accueille les usagers au service d'urgence.	Validé
2.1.1.1.2	Tout usager qui se présente au service d'urgence est accueilli dans les meilleurs délais afin d'identifier ses besoins en fonction du risque potentiel que son état présente pour sa vie ou sa santé.	Validé
2.1.1.1.3	L'infirmière du triage se présente.	Validé
2.1.1.1.4	L'infirmière du triage explique qu'elle va procéder à l'évaluation initiale.	Validé
2.1.1.1.5	L'infirmière du triage demeure attentive à l'arrivée de nouveaux patients même lorsqu'elle effectue une évaluation initiale.	Validé
2.1.1.1.6	L'infirmière du triage interrompt l'évaluation en cours lors d'une arrivée impromptue d'un usager ayant une condition urgente.	Validé
2.1.1.1.7	L'infirmière du triage démontre des capacités à entrer en relation avec l'utilisateur quel que soit son âge, sa culture ou son niveau intellectuel.	Validé
2.1.1.1.8	L'infirmière du triage démontre de la compréhension, du doigté, de la patience et de la discrétion.	Validé
2.1.1.1.9	L'infirmière du triage démontre des habiletés d'écoute.	Validé
2.1.1.1.10	L'infirmière du triage démontre de la réceptivité aux questions des usagers.	Validé
2.1.1.1.11	L'infirmière du triage démontre des habiletés afin de désamorcer des situations potentielles d'agression.	Validé
2.1.1.1.12	L'inscription de l'utilisateur ne se fait que lorsque toutes mesures d'évaluation et de traitement nécessaires de façon urgente ont été initiées.	Validé
2.1.1.1.13	Lorsque l'état de l'utilisateur nécessite des soins immédiats, la procédure d'inscription se fait une fois que les soins ont été amorcés.	Validé
2.1.1.2	Collecte de données	

2.1.1.2.1	L'évaluation initiale débute par une évaluation visuelle rapide de l'ABC (état de conscience, voies aériennes, respiration et circulation) de l'utilisateur dès son entrée en service d'urgence.	Validé
2.1.1.2.2	Le motif de consultation est inscrit au dossier incluant les mots ou expressions utilisés par l'utilisateur si possible.	Rejeté
2.1.1.2.3	L'évaluation initiale de l'utilisateur porte notamment sur le motif de consultation et les signes et symptômes qui y sont reliés.	Rejeté
2.1.1.2.4	L'évaluation des symptômes indique a) la partie du corps atteint, b) le moment d'apparition, c) leur sévérité (quantité et qualité), d) leur évolution, e) la durée f) l'existence antérieure d'un épisode similaire, g) les facteurs les soulageant, ou associés.	Validé
2.1.1.2.5	Lors de la collecte d'information subjective, si l'utilisateur est incapable de s'exprimer, l'infirmière recueille cette information auprès de la famille ou des proches accompagnant l'utilisateur.	Validé
2.1.1.2.6	Dans le cas où un usager serait incapable de s'exprimer et qu'une autre personne, un proche ou un membre de la famille, le fait pour lui, le nom de cette personne et sa relation avec l'utilisateur sont inscrits au dossier.	Validé
2.1.1.2.7	Lors de l'évaluation initiale, l'infirmière note l'état de détresse du membre de la famille qui accompagne l'utilisateur, s'il y a lieu.	Rejeté
2.1.1.2.8	Lors de l'évaluation initiale de l'utilisateur, l'infirmière utilise des termes compréhensibles pour ce dernier.	Validé
2.1.1.2.9	Les données objectives décrivent a) l'état général de l'utilisateur, b) l'état émotionnel, c) la mesure des paramètres fondamentaux (signes vitaux et signes neurologiques), d) les résultats d'un bref examen physique s'il est jugé nécessaire.	Validé
2.1.1.2.10	Lors de blessure orthopédique, l'évaluation du membre comprend les signes d'une altération de la circulation, de la sensation et de l'étendue du mouvement ainsi que des signes d'une fracture probable (la déformation, l'inflammation et la douleur).	Validé
2.1.1.2.11	Chez l'utilisateur polytraumatisé, l'index pré hospitalier de trauma (IPT) ou le « <i>Pediatric Trauma Score</i> » (PTS) est utilisé.	Rejeté
2.1.1.2.12	L'évaluation initiale fait état des antécédents médicaux ou chirurgicaux jugés pertinents.	Rejeté
2.1.1.2.13	L'évaluation initiale fait état de la présence ou de l'absence d'allergie.	Validé
2.1.1.2.14	Si l'utilisateur prend des médicaments, l'infirmière note au dossier, a) le nom du médicament, b) sa posologie, c) la voie d'administration, d) sa fréquence d'administration si cette information est pertinente et rapidement disponible.	Rejeté
2.1.1.2.15	Lors d'une perte d'intégrité des téguments, l'information portant sur l'immunisation tétanique est recueillie.	Validé
2.1.1.2.16	L'instrument de triage fait état de a) l'identification de l'utilisateur b) la date et l'heure du triage, c) la détermination de l'urgence d'intervention médicale (jugement clinique et niveau d'urgence), d) les mesures diagnostiques ou thérapeutiques initiées e) le lieu d'acheminement, f) la réévaluation s'il y a lieu g) la signature de l'infirmière.	Validé

2.1.1.2.17	L'information recueillie est inscrite au dossier de façon claire et concise.	Validé
2.1.1.2.18	Lors d'un appel téléphonique d'un répartiteur ambulancier, l'infirmière du triage recueille a) l'information relative à la nature de l'urgence, b) l'état de l'utilisateur, c) les mesures thérapeutiques initiées, d) une estimation du temps de transport au service d'urgence.	Rejeté
2.1.1.2.19	La durée de l'évaluation initiale doit être brève tout en étant suffisamment élaborée.	Validé
2.1.1.2.20	L'entrevue est menée dans une atmosphère calme.	Rejeté
2.1.1.2.21	Lors de l'évaluation initiale de l'utilisateur, l'infirmière démontre des habiletés à procéder à l'examen physique ex : auscultation des poumons.	Rejeté
2.1.2	Détermination de l'urgence d'intervention médicale selon une classification prédéterminée	
2.1.2.1	Un niveau d'urgence d'intervention médicale est assigné à chaque patient.	Validé
2.1.2.2	L'assignation du niveau d'urgence d'intervention médicale tient compte des indices de gravités, de l'intensité des symptômes et des facteurs de risques.	Validé
2.1.2.3	Lors de prise de décision difficile pour l'assignation du niveau d'urgence d'intervention médicale, l'infirmière du triage peut compter en tout temps sur le soutien de ses collègues seniors et du personnel médical.	Validé
2.1.3	Orientation des usagers vers l'aire de traitement ou de soins appropriée	
2.1.3.1	L'infirmière du triage accompagne d'office les usagers assignés au niveau I et II (réanimation et très urgent) à la salle de stabilisation.	Validé
2.1.3.2	Lorsqu'elle le juge nécessaire, l'infirmière du triage accompagne les usagers assignés au niveau III, IV et V à l'aire de traitement appropriée.	Rejeté
2.1.3.3	L'infirmière du triage oriente la famille des usagers classifiés au niveau I (réanimation) vers un endroit approprié.	Validé
2.1.3.4	L'infirmière du triage transmet un rapport verbal sur la condition de l'utilisateur qu'elle transfère à l'infirmière de l'aire de traitement ou au médecin d'urgence.	Validé
2.1.3.5	L'infirmière du triage inscrit sur l'instrument du triage le nom de la personne à laquelle elle a transféré l'utilisateur dans l'aire de traitement	Rejeté
2.1.4	Réévaluation périodique et systématique des usagers en attente	
2.1.4.1	Les usagers sont en mesure d'identifier l'infirmière au triage afin de l'aviser s'ils notent un changement dans leur condition.	Validé
2.1.4.2	Un système de réévaluation systématique des usagers en attente est enclenché lorsque le délai d'attente est dépassé.	Validé
2.1.4.3	L'infirmière du triage et le personnel de l'urgence ont accès au dossier de l'utilisateur en attente afin de pouvoir effectuer les réévaluations systématiques et périodiques.	Validé
2.1.4.4	La réévaluation de l'utilisateur est consignée au dossier ainsi que tout changement du niveau d'urgence d'intervention médicale.	Validé
2.1.5	Initiation des mesures diagnostiques ou thérapeutiques	
2.1.5.1	L'infirmière du triage informe les usagers de lui signaler tout changement de leur condition lorsqu'ils sont en attente.	Validé

2.1.5.2	Dans une situation d'urgence, l'infirmière du triage initie les mesures thérapeutiques jusqu'à ce qu'elle obtienne de l'aide. par exemple : CPR, contrôle d'hémorragie.	Validé
2.1.5.3	Pour tout usager en attente, l'infirmière du triage l'informe au besoin de sa priorité de soins.	Rejeté
2.1.5.4	L'infirmière du triage explique au besoin à l'usager et sa famille le cheminement des interventions en services d'urgence.	Validé
2.1.5.5	Lorsque l'usager et /ou sa famille présente une détresse émotionnelle l'infirmière du triage leur offre un soutien.	Rejeté
2.1.5.6	Lorsque l'usager présente un déficit d'apprentissage face à un besoin de santé, l'infirmière du triage dispense un court enseignement approprié à la situation.	Rejeté
2.1.5.8	Un bracelet d'identification est posé au poignet de l'usager qui est incapable de s'identifier ou présentant des signes de confusion.	Rejeté
2.1.5.9	Les usagers ayant une maladie contagieuse sont isolés suivant le protocole de l'établissement.	Validé
2.1.5.10	Les usagers immunodéprimés bénéficient d'une isolation protectrice.	Validé
2.1.5.11	L'infirmière se lave les mains en respectant la technique préconisée avant toute série de contacts directs avec l'usager et après tout soin ou traitement susceptible de favoriser la transmission de microorganismes.	Validé
2.1.5.12	Dans le cas où le récit d'une blessure ne concorde pas avec celle-ci et qui fait soupçonner une situation de violence conjugale, l'infirmière informe l'équipe soignante afin d'investiguer toute situation potentielle d'abus.	Validé
2.2	<u>Activités de gestion</u>	
2.2.1	Organisation du travail	
2.2.1.1	Le système de triage est en opération 24h sur 24.	Validé
2.2.1.2	Un nombre suffisant d'infirmières assure la permanence du triage (24 h sur 24).	Validé
2.2.1.3	L'accueil des usagers en tout temps se fait au cours des 10 minutes qui suivent leur arrivée.	Validé
2.2.1.4	Le nombre d'usagers en attente pour l'évaluation initiale par l'infirmière du triage ne dépasse pas deux personnes.	Rejeté
2.2.1.5	Le nombre d'infirmière au triage est ajusté afin de tenir compte des variations d'achalandage, des repas et des pauses et lors de l'accompagnement des usagers vers la salle de stabilisation.	Validé
2.2.1.6	Lors de période d'achalandage, une évaluation sommaire est effectuée afin de respecter un délai de 10 minutes pour le contact initial avec l'usager.	Validé
2.2.1.7	L'usager ayant fait l'objet d'une évaluation sommaire reçoit une évaluation complète dans les meilleurs délais.	Validé
2.2.1.8	Lors de période d'achalandage élevé et que l'infirmière du triage est soumise à un stress élevé, un système de rotation permet à cette dernière de travailler la moitié du quart de travail au triage.	Rejeté

Quant à la collecte des données, douze indicateurs sur vingt furent validés, quatre rejetés et quatre resoumis. Les douze indicateurs validés concernent le contenu de l'évaluation initiale et sa durée. Des quatre indicateurs rejetés, l'indicateur # 2.1.1.2.7, portant sur l'état de détresse des membres de la famille, a été jugé peu pertinent (2,46) et peu important (2,54). L'indicateur # 2.1.1.2.11, traitant de l'index d'évaluation des polytraumatisés, fut apprécié comme important (3,18) et pertinent (3,27). L'indicateur # 2.1.1.2.18, spécifiant la réponse à l'appel des ambulanciers, fut trouvé pertinent (3,31) et important (3,31). Le quatrième indicateur # 2.1.1.2.20, spécifiant l'atmosphère de l'entrevue, fut reconnu pertinent (3,23) et important (3,15). Quant aux indicateurs # 2.1.1.2.2, # 2.1.1.2.3, # 2.1.1.2.12, # 2.1.1.2.14, ils n'obtinrent pas le niveau de consensus de 85 % pour la pertinence ni pour l'importance, mais à la lumière des commentaires des informateurs clés, ils furent soumis à un second jugement. Ainsi, l'indicateur # 2.1.1.2.2, portant sur le motif de consultation, fut jugé pertinent (3,23) et important (3,23). L'indicateur # 2.1.1.2.3, traitant aussi du motif de consultation, fut considéré clair (3,92), pertinent (3,31) et important (3,54). L'indicateur # 2.1.1.2.12, portant sur les antécédents médicaux, fut considéré clair (3,85), pertinent (3,17) et important (3,17). L'indicateur # 2.1.1.2.14, traitant de la médication de l'utilisateur, fut jugé clair (4,00), peu pertinent (2,92) et important (3,00).

Pour la sous-catégorie de la détermination de l'urgence d'intervention médicale selon une classification prédéterminée, les trois indicateurs soumis furent validés. Ces indicateurs spécifient que tous les usagers doivent être assignés un niveau d'urgence et ceci selon l'intensité de leurs symptômes et facteurs de risque et que l'infirmière bénéficie du soutien de ses collègues seniors lors de prises de décisions difficiles. Quant à la sous-catégorie de l'orientation des usagers vers l'aire de traitement ou de soins appropriée, des cinq indicateurs soumis, trois furent validés. Ces

indicateurs portent sur l'accompagnement des usagers catégorisés I ou II, l'orientation de leur famille vers un endroit approprié et la transmission d'un rapport verbal sur la condition de l'utilisateur transféré. L'indicateur # 2.1.3.2, spécifiant l'accompagnement des usagers catégorisés III, IV et V, fut trouvé clair (3,92), mais peu pertinent (2,92) et peu important (2,69). Finalement, l'indicateur # 2.1.3.5, spécifiant l'identification de la personne à laquelle l'utilisateur est transféré, fut trouvé clair (3,85), mais peu pertinent (2,58) et peu important (2,42).

Pour la sous-catégorie de la réévaluation périodique et systématique des usagers en attente, les quatre indicateurs soumis furent validés. Ils portent sur la capacité de l'utilisateur d'identifier l'infirmière au triage afin de l'aviser de changement dans sa condition, du système de réévaluation systématique et de l'accessibilité du dossier de l'utilisateur afin de pouvoir effectuer ces réévaluations systématiques et périodiques.

En ce qui concerne la sous-catégorie de l'initiation des mesures diagnostiques et thérapeutiques, des onze indicateurs soumis, sept furent validés. Ces indicateurs portent sur la communication d'instructions à l'utilisateur afin de signaler tout changement dans sa condition, l'explication du cheminement des interventions en service d'urgence, l'initiation de mesures thérapeutiques urgentes (contrôle d'hémorragie), le dépistage d'une situation potentielle d'abus, l'isolement de l'utilisateur ayant une maladie contagieuse ou étant immunodéprimé et les mesures d'hygiène. Les onze indicateurs furent jugés clairs. Toutefois, trois indicateurs furent rejetés. L'indicateur # 2.1.5.5, traitant du soutien offert lors de détresse émotionnelle de l'utilisateur, fut jugé clair (3,92), pertinent (3,00) et important (3,31). L'indicateur # 2.1.5.6, préconisant un court enseignement lorsque approprié à la situation, fut jugé clair (3,92), peu pertinent (2,83) et

important (3,00). L'indicateur # 2.1.5.8, suggérant la mise d'un bracelet d'identification à l'usager, fut trouvé clair (4,00), pertinent (3,31) et important (3,38).

Quant à l'indicateur # 2.1.5.3, traitant de la divulgation de l'information relativement au délai d'attente, il fut trouvé clair (3,92) et important (3,42), mais il obtint un niveau de consensus de 79% (3,15) pour la pertinence. Étant donné les commentaires suscités par les informateurs clés, il fut décidé de le resoumettre suivant une légère modification.

Concernant les huit indicateurs portant sur les activités de gestion et plus particulièrement l'organisation du travail, ils furent jugés clair, mais seulement six furent validés. Ces indicateurs portent sur la couverture du triage (24h/24), un nombre suffisant d'infirmières pour effectuer cette couverture, le délai limite d'attente au pré-triage, l'enclenchement d'une évaluation sommaire lors de période d'achalandage suivie d'une évaluation complète dans les meilleurs délais. Deux indicateurs ont été rejetés l'indicateur # 2.2.1.4, portant sur le nombre maximal d'usager en attente pour être trié, fut trouvé clair (4,00), pertinent (3,15) et important (3,31). L'indicateur # 2.2.1.8, traitant d'un système de rotation des infirmières au triage, fut jugé clair (3,85), pertinent (3,23) et important (3,23).

Tableau XI
Moyenne et écart type de chacun des indicateurs proposés à la première étape de validation pour les extraits – soins & services

Indicateurs	Clarté			Pertinence			Importance			Résultat
	Moyenne	Écart type	n Inf-clés	Moyenne	Écart type	n Inf-clés	Moyenne	Écart type	n Inf-clés	
3,1,1,1	3,77	0,6	13	3,5	0,67	12	3,58	0,51	12	V
3,1,1,2	3,62	0,77	13	3,25	0,62	12	3,17	0,58	12	R
3,1,1,3	3,67	0,89	12	3,25	0,87	12	3,25	0,87	12	S
3,1,2,1,1	3,92	0,28	13	2,92	0,95	13	2,92	0,95	13	R
3,1,2,1,2	4	0	13	2,31	1,03	13	2,33	0,98	12	R
3,1,2,1,3	3,92	0,28	13	3,46	0,52	13	3,46	0,52	13	V
3,1,2,2,1	3,77	0,44	13	3,23	0,44	13	3,15	0,55	13	R
3,1,2,2,2	4	0	13	3,15	0,8	13	3,08	0,76	13	R
3,1,2,3,1	4	0	13	3,62	0,51	13	3,62	0,51	13	V
3,1,2,3,2	4	0	12	3,17	0,72	12	3,08	0,86	13	R
3,1,2,4,1	3,85	0,55	13	3,42	0,51	12	3,42	0,67	12	V
3,1,2,4,2	3,69	0,75	13	2,92	0,79	12	2,92	0,79	12	R
3,1,2,4,3	3,92	0,28	13	3,58	0,51	12	3,5	0,67	12	V
3,1,2,4,4	3,85	0,55	13	3,31	0,95	13	3,38	0,96	13	V
3,1,2,4,5	3,92	0,28	13	2,92	0,95	13	3	0,91	13	R
3,1,2,4,6	4	0	12	3,5	0,52	12	3,5	0,52	12	V
3,1,2,4,7	3,92	0,28	13	3,08	0,76	13	3,33	0,49	12	R
3,1,2,4,8	4	0	13	3	0,71	13	3	0,71	13	R
3,1,2,4,9	3,85	0,38	13	3,31	0,63	13	3,23	0,73	13	R
3,1,2,5,1	3,85	0,55	13	3,15	0,69	13	3,23	0,6	13	R
3,1,2,6,1	3,69	0,63	13	3,58	0,51	12	3,58	0,51	12	V

V indicateur validé, R indicateur rejeté, S indicateur soumis à un second jugement

Tableau XII
Liste des indicateurs de la catégorie des extraits – soins & services

3.0	Extraits - Soins & Services	
3.1	Résultats directs de production	
3.1.1	Résultats d'activités cliniques directes	
3.1.1.1	L'information donnée est claire avec des termes compréhensibles pour l'utilisateur.	Validé
3.1.1.2	L'utilisateur a la possibilité de faire des commentaires, de poser des questions ou d'adapter l'information à son problème et à sa réalité.	Rejeté
3.1.1.3	Lors de la réévaluation, l'utilisateur confirme avoir eu un soulagement de sa douleur suite à une intervention de l'infirmière du triage.	Rejeté
3.1.2	Satisfaction	
3.1.2.1	Accessibilité	
3.1.2.1.1	L'utilisateur se dit satisfait de l'accessibilité physique du service d'urgence.	Rejeté
3.1.2.1.2	L'utilisateur se dit satisfait de l'accessibilité du service de stationnement.	Rejeté
3.1.2.1.3	L'utilisateur se dit satisfait de l'accessibilité de l'infirmière du triage après son évaluation initiale.	Validé
3.1.2.2	Lieux physiques	
3.1.2.2.1	L'utilisateur se dit satisfait des lieux physiques de l'aire du triage	Rejeté
3.1.2.2.2	L'utilisateur se dit satisfait des lieux physiques de la salle d'attente.	Rejeté
3.1.2.3	Communication interpersonnelle	

3.1.2.3.1	L'utilisateur se dit satisfait de l'accueil reçu de la part du personnel du triage.	Validé
3.1.2.3.2	L'utilisateur et sa famille disent satisfait de leur participation à la planification des soins avec l'infirmière du triage.	Rejeté
3.1.2.4	Compétences techniques et professionnelles	
3.1.2.4.1	L'utilisateur perçoit que l'infirmière du triage est à l'aise avec le problème soulevé.	Validé
3.1.2.4.2	L'utilisateur perçoit que l'infirmière au triage connaît les solutions possibles à son besoin de santé.	Rejeté
3.1.2.4.3	L'utilisateur perçoit que l'infirmière au triage a une compétence dans les gestes techniques qu'elle pose.	Validé
3.1.2.4.4	L'utilisateur perçoit que l'infirmière au triage est capable d'évaluer ce qui est fait, d'avoir un sens critique et de réajuster le plan de soins en fonction de l'évolution du problème.	Validé
3.1.2.4.5	L'utilisateur se dit satisfait des explications données au sujet des mesures diagnostiques initiées lors du triage.	Rejeté
3.1.2.4.6	L'utilisateur se dit satisfait des explications données au sujet des mesures thérapeutiques initiées lors du triage.	Validé
3.1.2.4.7	Les personnes accompagnant l'utilisateur se disent satisfaites de l'attention qui leur est prodiguée par l'infirmière lors du tirage.	Rejeté
3.1.2.4.8	L'utilisateur se dit satisfait de la durée de l'entrevue du triage.	Rejeté
3.1.2.4.9	L'utilisateur se dit satisfait de la surveillance effectuée par l'infirmière du triage lors de leur attente pour rencontrer le médecin.	Rejeté
3.1.2.5	L'information	
3.1.2.5.1	L'utilisateur qui désire loger une plainte reçoit l'information nécessaire pour le faire.	Rejeté
3.1.2.6	La continuité des soins	
3.1.2.6.1	Les protocoles guidant la pratique de l'infirmière au triage sont facile d'utilisation et promeuvent la continuité des soins.	Validé

La dernière partie de la première grille de validation soit celle des extraits – soins & services, présenté au tableau XI ci-dessus, comprend la catégorie des résultats directs de production qui se subdivisent en résultats d'activités cliniques directes et satisfaction. La sous-catégorie des résultats d'activités cliniques directes comprend trois indicateurs dont un seul fut validé. Cet indicateur porte sur le caractère compréhensible de l'information transmise à l'utilisateur. L'indicateur # 3.1.1.2, portant sur la génération de commentaires de la part de l'utilisateur, n'obtint

pas un niveau de consensus de 85% pour la pertinence (3,25) et l'importance (3,17); il fut rejeté. L'indicateur # 3.1.1.3, spécifiant le soulagement de la douleur lors d'une intervention au triage, fut trouvé clair (3,67), pertinent (3,25) et important (3,25). Il fut toutefois décidé de le soumettre à un deuxième jugement à la lumière des commentaires fournis par les informateurs clés.

En ce qui concerne la sous-catégorie de la satisfaction relative à l'accessibilité, un indicateur sur trois énoncés fut validé. Cet indicateur porte sur la satisfaction de l'utilisateur à l'égard de l'accessibilité de l'infirmière du triage après l'évaluation initiale de l'utilisateur. Les trois indicateurs furent toutefois tous jugés clairs, mais les indicateurs # 3.1.2.1.1, portant sur l'accessibilité du service d'urgence et # 3.1.2.1.2, traitant de l'accessibilité du stationnement, furent rejetés parce qu'ils furent jugés clairs (3,92; 4,00), mais peu pertinents (2,92; 2,31) et peu importants (2,92; 2,33).

Pour la subdivision des lieux physiques, les deux indicateurs soumis furent jugés clairs. Mais furent tout de même rejetés. L'indicateur # 3.1.2.2.1, portant sur la satisfaction de l'utilisateur au niveau de l'aire du triage, fut jugé clair (3,77), pertinent (3,23) et important (3,15). L'indicateur # 3.1.2.2.2, traitant de la satisfaction de l'utilisateur au niveau de la salle d'attente, fut trouvé clair (4,00), pertinent (3,15) et important (3,08).

La subdivision suivante, soit celle de la communication interpersonnelle proposait deux indicateurs dont un fut rejeté. L'indicateur validé énonce la satisfaction de l'utilisateur face à l'accueil reçu de la part du personnel du triage. Quant à l'indicateur # 3.1.2.3.2 traitant de la satisfaction de l'utilisateur à la participation de la planification des soins, il fut jugé clair (4,00), pertinent (3,17) et important (3,08).

Quant à la subdivision des compétences techniques et professionnelles, neuf indicateurs furent élaborés, ils furent tous jugés clairs. Les quatre indicateurs validés portent sur la perception que l'utilisateur a de l'infirmière face au problème soulevé, à la compétence de l'infirmière et sa capacité d'évaluer ce qui est fait ainsi que de la satisfaction de l'utilisateur face aux explications données au sujet des mesures thérapeutiques initiées au triage. Par contre, cinq indicateurs furent rejetés. L'indicateur # 3.1.2.4.2, portant sur la perception que l'utilisateur a des connaissances de l'infirmière au triage, fut jugé clair (3,69), mais peu pertinent (2,92) et peu important (2,92). L'indicateur # 3.1.2.4.5, traitant de la satisfaction de l'utilisateur au sujet des explications fournies sur les mesures diagnostiques, fut jugé clair (3,92), mais non pertinent (2,92) et important (3,00). L'indicateur # 3.1.2.4.7, spécifiant la satisfaction des personnes accompagnatrices, fut trouvé clair (3,92), pertinent (3,08) et important (3,33). L'indicateur # 3.1.2.4.8, ayant rapport à la satisfaction de l'utilisateur au niveau de la durée du triage, fut jugé clair (4,00), pertinent (3,00) et important (3,00). L'indicateur # 3.1.2.4.9, décrivant la satisfaction de l'utilisateur au sujet de la surveillance lors du séjour en salle d'attente, fut trouvé clair (3,85), pertinent (3,31) et important (3,23). Pour la subdivision de l'information, l'indicateur # 3.1.2.5.1, énonçant la transmission de l'information nécessaire pour loger une plainte, fut jugé clair (3,85), pertinent (3,15) et important (3,23).

Quant à la dernière subdivision portant sur la continuité des soins, l'indicateur # 3.1.2.6.1 fut validé.

En somme, cette première consultation auprès d'informateurs clés, a permis d'identifier 91 indicateurs ayant obtenu un niveau de consensus de 85% et plus pour la clarté, la pertinence et l'importance donc reconnus suffisamment valides pour préciser la situation idéale lors du triage en service d'urgence. Trente-huit (27,3%) indicateurs ont été rejetés, et dix autres (7,2%) ont été

soumis aux informateurs clés pour une seconde étape de validation. Les 38 indicateurs rejetés étaient répartis en quatre groupes (tableau XIII).

Tableau XIII
Description des indicateurs rejetés lors de la première étape de validation

Jugement	Nombre d'indicateur	Identification des indicateurs
Ambigu Peu pertinent Peu important	4	1.1.1.5, 1.2.3.6, 1.2.4.5, 1.3.2.5
Clair Peu pertinent Peu important	29	1.1.1.2, 1.1.2.5, 1.2.1.12, 1.2.1.13, 1.2.4.3, 1.2.4.4, 1.3.1.4 2.1.1.2.7, 2.1.1.2.11, 2.1.1.2.18, 2.1.1.2.20, 2.1.3.2, 2.1.3.5, 2.1.5.5, 2.1.5.6, 2.2.1.4, 2.2.1.8, 3.1.1.2, 3.1.2.1.1, 3.1.2.1.2, 3.1.2.2.1, 3.1.2.2.2, 3.1.2.3.2, 3.1.2.4.2, 3.1.2.4.5, 3.1.2.4.7, 3.1.2.4.8, 3.1.2.4.9, 3.1.2.5.1
Clair Peu pertinent Très important	4	1.2.3.1, 2.1.5.8
Ambigu Très pertinent Très important	3	1.1.2.3, 1.1.2.4, 1.3.2.6

Ainsi, quatre indicateurs furent rejetés tant du point de vue de la clarté, de la pertinence et de l'importance, 29 indicateurs obtinrent un niveau de consensus de 85 % et plus pour la clarté mais n'obtinrent pas 85 % pour la pertinence et l'importance, deux indicateurs furent rejetés uniquement du point de vue de la pertinence et trois indicateurs furent rejetés uniquement du point de vue de la clarté.

Des dix indicateurs sélectionnés pour un second jugement, l'indicateur # 1.2.1.4, fut soumis sans modification de l'énoncé pour un deuxième jugement du point de vue de l'importance. L'indicateur # 1.1.3.1 fut modifié selon les commentaires des informateurs clés et soumis

uniquement à un deuxième jugement sur l'importance parce qu'il a obtenu un niveau de consensus de 85% pour la clarté et la pertinence.

Quant aux huit indicateurs suivants, # 1.3.1.1, #2.1.1.1.12, # 2.1.1.2.2, # 2.1.1.2.3, # 2.1.1.2.12, # 2.1.1.2.14, # 2.1.5.3 et # 3.1.1.3, ils furent modifiés selon les commentaires des informateurs clés et soumis à un deuxième jugement du point de vue de la clarté, de la pertinence et de l'importance.

Pour l'ensemble des indicateurs, les informateurs clés ont formulé 672 commentaires ou suggestions. Seuls les commentaires reliés aux indicateurs qui n'ont pas atteint le niveau de consensus de 85% ($\geq 3,38$) ont été utilisés pour la deuxième étape de validation. L'ensemble de ces commentaires et suggestions se retrouvent à l'Annexe VI à la page cvii et à l'Annexe VIII à la page cxxx.

De plus, au cours de cette première consultation deux nouveaux indicateurs ont été suggérés par les informateurs clés. Le tableau XIV, présente ces deux indicateurs.

Tableau XIV
Liste des nouveaux indicateurs proposés par certains informateurs clés

# 2.1	Activités cliniques
# 2.1.1	Évaluation initiale de la condition de l'utilisateur
# 2.1.1.2	Collecte de données
# 2.1.1.2.21 Nouvel indicateur	Lors de l'évaluation initiale de l'utilisateur, l'infirmière démontre des habiletés à procéder à l'examen physique ex : auscultation des poumons.
# 2.1	Activités cliniques
# 2.1.5	Initiation des mesures diagnostiques ou thérapeutiques
# 2.1.5.12 Nouvel indicateur	Dans le cas où le récit d'une blessure ne concorde pas avec celle-ci et qui fait soupçonner une situation de violence conjugale, l'infirmière informe l'équipe soignante afin d'investiguer toute situation potentielle d'abus.

Tableau XV
Niveau de consensus des indicateurs communs à la première et deuxième étape de validation

Indicateur	Clarté				Pertinence				Importance				Résultats
	Première étape		Deuxième étape		Première étape		Deuxième étape		Première étape		Deuxième étape		
	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type	
1,1,3,1	3,92	0,28			3,38	0,77			3,23	0,83	3,69	0,48	V
1,2,1,4	3,92	0,28			3,38	0,65			3,31	0,75	3,54	0,52	V
1,3,1,1	3,92	0,28			3,08	0,76			3,08	0,76	3,46	0,66	V
2,1,1,1,12	3,85	0,55			3,08	1,19			3	1,15	3,46	0,66	V
2,1,1,2,2	3,92	0,28			3,23	0,44			3,23	0,44	3,08	0,64	R
2,1,1,2,3	3,92	0,28			3,31	0,75			3,54	0,52	3,31	0,75	R
2,1,1,2,12	3,85	0,55			3,17	0,94			3,17	0,94	3,15	0,69	R
2,1,1,2,14	4	0			2,92	1,04			3	1,08	3	0,95	R
2,1,1,2,21											2,92	0,86	R
2,1,5,3	3,92	0,28			3,15	1,14			3,42	0,51	2,92	0,76	R
2,1,5,12											3,38	0,65	V
3,1,1,3	3,67	0,89			3,25	0,87			3,25	0,87	3,31	0,63	R

V indicateur validé

R indicateur rejeté

4.2. Résultats de la deuxième étape de validation

La deuxième étape de validation portait sur douze indicateurs. De ces douze indicateurs, cinq furent validés et sept rejetés. Les moyennes et les écarts types obtenus pour ces indicateurs lors de la deuxième consultation sont présentés au tableau XV. Ce tableau illustre simultanément les résultats de la première et deuxième étape de validation.

Dans la catégorie de la structure – intrants, trois indicateurs ont été soumis de nouveau au jugement des informateurs clés. L'indicateur # 1.1.3.1 portant sur le personnel de soutien proposait des services d'une infirmière clinicienne. Selon les commentaires des informateurs clés, il fut modifié comme suit : « *infirmière clinicienne / personne ressource* ». Et fut soumis pour un second jugement du point de vue de l'importance. Cet indicateur obtint alors un niveau de consensus de 92.5 % (3,69).

L'indicateur # 1.2.1.4 portant sur l'organisation physique des lieux, indiquant la possibilité d'une surveillance continue de l'aire d'enregistrement, obtint un niveau de consensus de 88.5 % (3,54) pour l'importance sans avoir subi de modification. L'indicateur # 1.3.1.1 portant sur la transmission de l'information a été modifié comme suit : « *les usagers sont informés sur le déroulement de la visite au moyen d'indications claires (verbales)* ». Il obtint un niveau de consensus supérieur à 85% tant pour la clarté (3,77), la pertinence (3,54) et l'importance (3,46).

Dans la partie des processus – activités, se retrouve huit indicateurs soit : six indicateurs soumis à un second jugement et deux nouveaux indicateurs. De ces huit indicateurs, deux furent

acceptés et six rejetés. L'indicateur # 2.1.1.1.12 : «*L'inscription de l'utilisateur ne se fait que lorsque toutes mesures d'évaluation et de traitement nécessaires de façon urgente ont été initiées*», a obtenu un niveau de consensus supérieur à 85% pour la clarté (3,62), la pertinence (3,54) et l'importance (3,46) tout en enregistrant une baisse du niveau de consensus pour la clarté de 96% à 90,5%. Quant aux indicateurs de la subdivision de la collecte des données dans la sous-catégorie de l'évaluation initiale de la condition de l'utilisateur, ils ont été modifiés selon les commentaires des informateurs clés. Ainsi, les indicateurs # 2.1.1.2.2 et # 2.1.1.2.3, portant sur le motif de consultation, accusèrent une diminution du niveau de consensus pour la clarté de 98% à 90,5% pour l'indicateur # 2.1.1.2.2 et de 98% à 84,5% pour l'indicateur # 2.1.1.2.3 tout en demeurant valide sur ce point. Toutefois, ils obtinrent toujours un niveau de consensus inférieur à 85% pour la pertinence (3,15; 3,31) et l'importance (3,08; 3,31), ces niveaux étant aussi inférieurs à ceux obtenus lors de la première consultation. Pour les indicateurs # 2.1.1.2.12, portant sur les antécédents médicaux et # 2.1.1.2.14, traitant de la médication de l'utilisateur, ils obtinrent des niveaux de consensus pour la pertinence et l'importance semblables à ceux obtenus lors de la première validation, soit pour la pertinence (3,23; 3,00) et pour l'importance (3,15; 3,00), mais qui s'avèrent inférieurs à 85%. Du point de vue de la clarté, leur niveau de consensus diminua légèrement de 96% à 94% pour l'indicateur # 2.1.1.2.12 et passa de 100% à 82,7% pour l'indicateur # 2.1.1.2.14. Quant au nouvel indicateur # 2.1.1.2.21, énonçant que l'infirmière démontre des habiletés à procéder à l'examen physique, il fut jugé clair à 94% mais il n'obtint pas le niveau de consensus de 85 % pour la pertinence (2,85) et l'importance (2,92). Pour les deux derniers indicateurs de la sous-catégorie de l'initiation des mesures diagnostiques ou thérapeutiques, l'indicateur modifié # 2.1.5.3, traitant de la divulgation du délai d'attente, fut reconnu clair (3,46), tout en enregistrant un niveau de consensus inférieur à 85% pour la

pertinence (3,08) et l'importance (2,92) qui s'avérèrent inférieurs à ceux obtenus lors de la première consultation. Pour le nouvel indicateur # 2.1.5.12, portant sur le dépistage de violence conjugale, il fut reconnu valide ayant un niveau de consensus égal ou supérieur à 85% pour la clarté (3,77), la pertinence (3,69) et l'importance (3,38).

Quant au dernier indicateur, le # 3.1.1.3 de la partie des extraits – soins & services et de la catégories des résultats directs de production, spécifiant le soulagement de la douleur suite à une intervention au triage, a obtenu, en deuxième consultation, un niveau de consensus supérieur à 85% pour la clarté (de 3,67 à 3,92). Malheureusement, malgré une légère augmentation du niveau de consensus lors de la deuxième consultation, il enregistra un niveau de consensus toujours inférieur à 85% du point de vue de la pertinence (3,31) et de l'importance (3,31).

En conclusion, cette deuxième étape a permis de valider cinq indicateurs et d'en rejeter sept. Le tableau XVI, de la page suivante, décrit ces sept indicateurs rejetés.

Tableau XVI
Description des indicateurs rejetés lors de la deuxième étape de validation

Jugement	Nombre d'indicateur	Identification des indicateurs
Légèrement ambigu Peu pertinent Peu important	1	2.1.1.2.14
Clair Peu pertinent Peu important	6	2.1.1.2.2, 2.1.1.2.3, 2.1.1.2.12, 2.1.5.3, 2.1.1.2.21
		3.1.1.3

4.3. Synthèse des résultats

Dans cette étude, 139 indicateurs furent soumis à un premier jugement de la part de 13 informateurs clés. À la seconde étape de validation, 12 indicateurs incluant 2 nouveaux furent soumis à un second jugement. Des 141 indicateurs initiaux, 96 (68 %) ont atteint un niveau de consensus de 85 % ou plus pour être reconnus valides et devenir utilisables pour construire un instrument de mesure de la qualité du triage en service d'urgence. Le tableau XVII présente une synthèse des résultats au terme de ces deux consultations.

Tableau XVII
Synthèse des résultats des deux étapes de validation

Classification des indicateurs		Nombre d'indicateurs dans la catégorie	Nombre d'indicateurs validés	% d'indicateurs validés
1.0	Intrants – Structure	54	39	72,2 %
1.1	Ressources humaines	11	6	54,5%
1.1.1	Qualification de l'infirmière	5	3	60 %
1.1.2	Formation de l'infirmière	5	2	40 %
1.1.3	Personnel de soutien	1	1	100 %
1.2	Ressources matérielles	28	21	75%
1.2.1	Organisation physique des lieux	15	13	86,6 %
1.2.2	Équipement de la salle de triage	2	2	100 %
1.2.3	Aspect sécuritaire des lieux (Sécurité)	6	4	66,6 %
1.2.4	Moyens de communication disponibles dans l'aire de triage	5	2	40%
1.3	Ressources informationnelles	15	12	80 %
1.3.1	Transmission de l'information	5	4	80 %
1.3.2	Ressources scientifiques	10	8	80 %
2.0	Activités - Processus	66	49	74 %
2.1	Activités cliniques	58	43	74 %
2.1.1	Évaluation initiale de la condition de l'utilisateur	34	25	73,5%
2.1.1.1	Accueil	13	13	100 %
2.1.1.2	Collecte de données	21	12	57 %
2.1.2	Détermination de l'urgence d'intervention médicale selon une classification prédéterminée	3	3	100%
2.1.3	Orientation des usagers vers l'aire de traitement ou de soins appropriée	5	3	60 %
2.1.4	Réévaluation périodique et systématique des usagers en attente	4	4	100 %
2.1.5	Initiation des mesures diagnostiques ou thérapeutiques	12	8	66,6 %
2.2	Activités de gestion	8	6	75 %
2.2.1	Organisation du travail	8	6	75 %
3.0	Extrants - Soins & Services	21	8	38 %
3.1	Résultats directs de production	21	8	38 %
3.1.1	Résultats d'activités cliniques directes	3	1	33,3 %
3.1.2	Satisfaction	18	7	38,8 %
3.1.2.1	Accessibilité	3	1	33,3 %
3.1.2.2	Lieux physiques	2	0	0 %
3.1.2.3	Communication interpersonnelle	2	1	50 %
3.1.2.4	Compétences techniques et professionnelles	9	4	44,4 %
3.1.2.5	L'information	1	0	0 %
3.1.2.6	La continuité des soins	1	1	100 %
Total		141	96	68 %

CHAPITRE V

INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre, les résultats présentés au chapitre précédent sont discutés ainsi que la méthode utilisée. Des recommandations concernant les possibilités de recherche futures sont émises et finalement des implications de cette étude sont proposée pour la pratique et la discipline infirmière.

5.1. Discussion des résultats

Au terme de cette étude, 96 indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence ont été validés. Cette validation repose entièrement sur le jugement et l'expertise de 13 informateurs clés professionnels représentatifs du milieu des services d'urgence.

L'interprétation et la discussion des résultats obtenus sont présentées selon l'approche systémique telle que précisée dans la question de recherche soit les intrants – structure, le processus – activités et les extrants – soins & services.

Au niveau des Intrants – Structure, 72 % des 54 indicateurs soumis furent jugés valides. Ainsi en ce qui à trait aux ressources humaines – qualification des infirmières, 60% des cinq indicateurs furent validés. Toutefois, l'indicateur # 1.1.1.2, *l'infirmière au triage détient un baccalauréat*, fut rejeté du point de vue de la pertinence (2,38) et de l'importance (2,31). Les commentaires suivants des informateurs clés expliquent leurs jugements : «le programme de

formation des infirmières est en transformation et il y aura intégration du cegep avec l'université» et «les données semblent très limités à ce sujet».

Il semble que certains informateurs clés n'ont pas jugé l'indicateur en fonction de ce qui devrait être, mais sur la faisabilité de l'application de cet indicateur dans le contexte actuel. De plus, les informateurs clés estiment que «le nombre des infirmières techniciennes est beaucoup plus grand que le nombre d'infirmières détenant un baccalauréat et il faut prendre en compte le «manque de ressource». Plusieurs informateurs clés sont d'avis que l'expérience (l'indicateur # 1.1.1.1 est validé) doit primer sur la diplomation.

Quant à l'indicateur # 1.1.1.5, *la sélection de l'infirmière du triage se base sur les qualités et l'engagement de cette dernière aux soins d'urgence évalués au cours d'une entrevue avec l'infirmière chef*, fut rejeté tant pour la pertinence (2,31) que l'importance (2,31) et ce pour diverses raisons. La première est que cet indicateur introduit la notion de deux types d'infirmières : « les «trieuses» et les autres » et que la notion d'engagement est jugée « trop forte » par un informateur clé et « nécessaire » pour un autre. Pour certains informateurs clés, l'évaluation des qualités d'une infirmière ne peuvent être estimées lors d'une unique entrevue. La sélection de l'infirmière au triage doit tenir compte de ses qualités de communication, de sa capacité de gérer, de son jugement clinique et de son expérience en soins critiques.

Pour la catégorie des ressources humaines- formation de l'infirmière, 40% des cinq indicateurs furent validés. Quant aux trois indicateurs rejetés, l'indicateur # 1.1.2.3, préconisant la rétroaction comme moyen de formation, il fut rejeté car jugé ambigu (2,67), même si on l'avait

estimé pertinent (3,63) et important (3,63). L'indicateur # 1.1.2.4, portant sur les situations potentiellement explosives, fut aussi rejeté, car lui aussi jugé ambigu (3,23). En plus du manque de clarté généré par le terme «situations potentiellement explosives», les commentaires indiquent que cet indicateur traite d'un aspect général des services d'urgence et n'est donc pas spécifique au triage. Quant à l'indicateur # 1.1.2.5, traitant de l'extraction des accidentés de leur voiture, il fut rejeté car il déborde du champ d'exercice de l'infirmière au triage et il fut trouvé non pertinent (1,85) et non important (1,85).

Pour la catégorie des ressources humaines – personnel de soutien, l'indicateur # 1.1.3.1, *l'infirmière du triage bénéficie du soutien d'une infirmière clinicienne du service d'urgence*, fut validé en deuxième consultation, après l'ajout de « personne ressource » à la suite d'infirmière clinicienne, car tous les milieux ne bénéficient pas d'une infirmière clinicienne.

Au niveau des Ressources matérielles – organisation physique des lieux, 86,6 % des quinze indicateurs furent validés. L'indicateur # 1.2.1.12, indiquant l'emplacement des toilettes, fut rejeté car selon les commentaires, il est jugé spécifique aux services d'urgence, mais peu important (2,92) pour le triage. Quant à l'indicateur # 1.2.1.13, *une section de la salle d'attente est réservée et aménagée pour les enfants et leur famille*, il fut rejeté au niveau de la pertinence (3,23) et de l'importance (3,23). Cependant les commentaires émis par les informateurs clés expriment des avis partagés. Certains informateurs clés justifient leur rejet de l'indicateur en soulignant qu'en contexte de service d'urgence, une aire réservée à la clientèle pédiatrique n'est pas faisable et que l'hygiène requise afin que les jouets ne deviennent pas des vecteurs de contamination ne pourrait pas être assuré. Toutefois, deux informateurs clés sont de l'avis contraire et soulignent

l'importance de réserver une section pour la clientèle pédiatrique. En tant qu'infirmière pédiatrique de service d'urgence, l'investigatrice croit fortement qu'il est impératif de réserver une aire d'attente séparée de celle des adultes. Les enfants sont des être en développement, n'ayant pas atteint la maturité cognitive et émotive des adultes. La vue de personnes souffrantes ou d'adultes en état de crise est génératrice d'anxiété inutile et délétère.

En ce qui concerne les Ressources matérielles – aspects sécuritaires des lieux (sécurité), 66,6 % des six indicateurs furent validés. L'indicateur # 1.2.3.1, *l'usager se sent en sécurité dans l'aire de triage*, fut rejeté uniquement au niveau de la pertinence (3,31). Il semble, à la lumière des commentaires, que si le sentiment de sécurité de l'usager avait été décrit par une note explicative, cet indicateur aurait pu être validé. Quant à l'indicateur # 1.2.3.6, suggérant un protocole d'enlèvement des matières dangereuses, il fut rejeté tant au niveau de la clarté (3,31), de la pertinence (3,18) et de l'importance (3,27), car comme le souligne un informateur clé, il n'est pas spécifique au triage. Selon l'auteure, un protocole encadrant l'enlèvement des matières dangereuses, qu'elles soient chimiques ou biologiques (anthrax), est primordiale pour assurer la sécurité des usagers et du personnel du service d'urgence. Toutefois, étant donné la diversité des contaminants et la complexité de la décontamination, ils est nécessaire que toute intervention soit effectuée par une équipe national ou municipale de spécialistes. Il apparaît alors important que le rôle des infirmières du triage n'est pas de décontaminer l'usager mais de reconnaître toute situation dangereuse et d'alerter les autorités.

Pour les Ressources matérielles – moyen de communication disponible dans l'aire de triage, seulement 40% des cinq indicateurs furent validés. Ainsi, l'indicateur # 1.2.4.3, *un service*

d'interprètes est disponible 24h/24, fut rejeté du point de vue de la pertinence (3,23) et de l'importance (3,15). Un commentaire d'un informateur clé explique bien ce jugement: « il est seulement utile dans certaines régions ». L'investigatrice reconnaît la justesse de ce commentaire. Ce ne sont pas toutes les régions qui sont appelées à desservir avec une clientèle multiethnique. Toutefois, quelque soit le lieu, et le moment, les professionnels de la santé sont liés au principe d'accessibilité et d'universalité des soins à tous les Canadiens. Il apparaît alors à l'investigatrice que le service d'interprètes est primordiale afin de pouvoir recueillir toute l'information nécessaire auprès de l'utilisateur afin de lui assurer les meilleurs soins. Cet indicateur est difficile à assurer même dans la région métropolitaine. À défaut d'un interprète sur place, il existe en Ontario un service d'interprète par téléphone 24h/24.

Dans le même ordre d'idées, l'indicateur # 1.2.4.4, spécifiant des outils de communication (site internet du langage par signe, clavier pour malentendant) fut rejeté tant du point de vue de la pertinence (2,62) que de l'importance (2,54). Les commentaires des informateurs clés indiquent que l'utilisation de ces outils allongerait beaucoup trop le temps du triage et qu'elle vise une clientèle très limitée. De plus, il semble que certains informateurs clés ne jugent pas en fonction de ce qui «devrait être» mais de «ce qui est» dans leur milieu lorsqu'ils disent :« ce n'est pas toujours possible ». Quant à l'indicateur # 1.2.4.5, visant la communication de besoin non satisfait de l'utilisateur aux autres professionnels, il fut rejeté tant du point de vue de la pertinence (3,20) que de l'importance (3,20) et deux raisons sont fournies. Celles-ci sont : « un besoin non satisfait semble un concept trop large» et « La collecte des données pour les besoins fondamentaux du patient doit être faite dans l'aire de traitement » .

Pour les Ressources informationnelles – transmission de l'information, 80% des cinq indicateurs furent validés. Ainsi, l'indicateur # 1.3.1.1, portant sur l'information des usagers sur le déroulement de la visite, fut validé lors de la deuxième consultation après avoir changé « les indications claires écrites » par « verbales ». Toutefois l'indicateur # 1.3.1.4 : *lors de délai d'attente prolongé, un message annonce ce délai d'attente et avise les usagers de contacter le personnel soignant afin de l'informer, le cas échéant, de toute détérioration de leur condition*, fut rejeté du point de vue de la pertinence (3,23) et de l'importance (3,33). Les commentaires de plusieurs informateurs clés soulignent alors que ce message sur la divulgation du délai d'attente est controversé, jugé illégal, dangereux et pouvant porter préjudice à l'utilisateur. Selon eux, ce délai d'attente peut être mal interprété et c'est plutôt sa priorité de soins qu'il faut transmettre à l'utilisateur lors de l'entrevue initiale avec la consigne d'aviser l'infirmière si la condition de l'utilisateur se détériore. De plus, ce message public n'est pas pertinent pour tous les usagers (spécialement les plus malades). Il entre aussi en contradiction avec l'obligation de prodiguer des soins personnalisés à tous les usagers. Et finalement, il soulève une interrogation sur l'application de l'étape de la réévaluation de l'utilisateur en attente. Si cette étape est effectuée systématiquement, l'infirmière, à ce moment, réinforme personnellement l'utilisateur de sa priorité de soins, il n'est pas alors nécessaire d'avoir recours à un message public.

Pour les Ressources informationnelles – ressources scientifiques, 80 % des dix indicateurs furent validés. Les indicateurs # 1.3.2.5 et # 1.3.2.6 furent rejetés en raison d'un problème de clarté (2,92; 3,23). Ainsi, pour l'indicateur # 1.3.2.5, *le protocole de détermination du niveau d'urgence d'intervention médicale indique les conditions d'inclusion pour les usagers éligibles au service des consultations mineures rapides*, la notion de condition d'inclusion est

insuffisante aux yeux de certains informateurs clés et devrait inclure l'ensemble du processus décisionnel. De plus, cet indicateur fait la promotion des consultations mineures rapides (ou fast track) et soulève un dilemme. Ce dilemme apparaît lorsque pour désengorger les services d'urgences, les usagers catégorisés IV ou V sont vus plus rapidement que ceux catégorisés III grâce au service de consultations mineures rapides.

Quant à l'indicateur # 1.3.2.6, *le protocole de détermination du niveau d'urgence d'intervention médicale indique les conditions d'inclusion pour les usagers éligibles à une référence hors service*, il achoppe selon les commentaires recueillis tant au niveau de la définition de référence hors service que du point de vue légal. Actuellement, il y a une absence d'autorisation légale concernant la référence hors service qui, de plus, relève du champ de compétence des établissements.

En résumé, la catégorie des intrants – structure est une catégorie importante, comprenant 39 indicateurs (sur 96 indicateurs validés) soit 40%. Cette catégorie porte sur les ressources qui se répartissent en trois sous catégories soit : les ressources humaines, les ressources matérielles et les ressources informationnelles. Du point de vue des ressources humaines, les informateurs clés s'entendent pour que l'infirmière au triage soit qualifiée, formée et soutenue. Toutefois, il y a désaccord sur certains détails tels que le comment (ex : rétroaction) et le contenu de la formation.

En ce qui concerne les ressources matérielles, cette sous catégorie se subdivisent en plusieurs sections. Les informateurs clés ont validé 75% des 28 indicateurs soumis soit 21 indicateurs. Ils s'entendent quant à l'organisation physique des lieux (le repérage et l'accessibilité

de l'aire de triage, la possibilité d'effectuer une surveillance des lieux d'attente, l'accès de la salle de stabilisation) et l'équipement de la salle de triage. Il y a toutefois désaccord quant à l'aspect sécuritaire des lieux. Ainsi il semble que les informateurs clés ne se sentent pas concernés du point de vue des matières dangereuses. Mais c'est la sous catégorie des moyens de communication disponibles dans l'aire de triage qui enregistre le plus bas taux de consensus soit 40%. De ces cinq indicateurs, les deux indicateurs décrivant les moyens de communication de l'infirmière au triage avec les autres professionnels de la santé furent validés. Quant aux deux indicateurs traitant principalement de moyens de communication utilisés avec un usager ayant une barrière de communication (ex. problème linguistique nécessitant le recours à un interprète) ou sensorielle (handicap visuel, auditif), ils furent rejetés. Quant au troisième indicateurs rejetés, il spécifie l'usage du dossier de l'usager comme moyen de transmission de l'information au personnel soignant du service d'urgence. Il est intéressant d'isolé ainsi le bénéficiaire du moyen de communication et de constater que les indicateurs validés bénéficient principalement au personnel soignant. Toutefois, les commentaires émis par les informateurs clés n'évoquent pas cette raison pour les rejeter. Il fut plutôt mentionné que ces indicateurs s'adressaient à un faible pourcentage d'utilisateurs et que la durée du triage ne permet pas l'analyse et la transmission des besoins.

Quant à la dernière sous catégories des intrants – structure soit celle des ressources informationnelles, les informateurs clés s'entendent pour valider 80% des quinze indicateurs soumis. Les commentaires recueillis font état de l'importance de transmettre les informations ayant trait à l'état de santé des usagers attendu ou en attente et de communiquer l'information nécessaire aux usagers sur le fonctionnement du service d'urgence. Toutefois ces commentaires

diverges quant à la façon de transmettre cette information (par écrit, de façon verbale, etc.). Quant aux ressources scientifiques les indicateurs validés soulignent l'importance d'encadrer la pratique du triage afin de la standardiser et ainsi promouvoir des soins de qualité aux usagers dans tout le Québec.

Au niveau des Activités - processus des 66 indicateurs soumis, 74 % furent validés. La sous-catégorie des activités cliniques est celle qui comporte le plus d'indicateurs soit 58. Car c'est dans cette sous catégorie que l'on retrouve les cinq étapes du triage. Plus particulièrement, c'est la section de l'accueil dans la première étape de l'évaluation initiale de la condition de l'utilisateur qui attire l'attention des informateurs clés, les treize indicateurs élaborés furent tous validés. Ce résultat démontre à lui seul l'importance accordée par les infirmières à cette fonction. En effet un accueil de qualité augmente la satisfaction de l'utilisateur et permet l'obtention d'information pertinente lors de l'évaluation initiale et résulte en l'énoncé d'un jugement clinique juste de sa condition de santé. L'évaluation initiale et le jugement clinique qui en découle représente alors le cœur de la pratique infirmière au triage

Pour la sous catégorie : collecte de données, 57 % des 21 indicateurs furent validés. L'indicateur # 2.1.1.2.2, *le motif de consultation est inscrit au dossier incluant les mots ou expressions utilisés par l'utilisateur si possible*, fut rejeté au cours des deux consultations, tant du point de vue de la pertinence (3,23; 3,15) que de l'importance (3,23; 3,08). Malgré l'ajout du particule « si possible » qui rendait facultatif l'usage des mots ou expressions de l'utilisateur, les informateurs clés rejettent cet indicateur. Ils commentent toutefois qu'il est important d'inscrire le motif de consultation mais pas nécessairement avec les mots et expressions de l'utilisateur. Selon

l'investigatrice, il est malheureux que cet indicateur aie été rejeté après deux consultations. Car comme un informateur clé l'indiquait, le motif de consultation est une information subjective qui est aussi importante que toute autre information objective. De plus, le motif de consultation s'avère primordial lorsque l'on désire offrir une approche client.

En ce qui a trait à l'indicateur # 2.1.1.2.3, *l'évaluation initiale de l'utilisateur porte exclusivement sur le motif de consultation et les signes et symptômes qui y sont reliés*. Il fut rejeté lors de la première et de la deuxième consultations, malgré la modification remplaçant le mot « exclusivement » par « notamment ». Les commentaires fournis soulignent l'importance d'élargir l'évaluation initiale à toute autre information que celle fournie par le motif de consultation.

Pour l'indicateur # 2.1.1.2.7, *lors de l'évaluation initiale, l'infirmière note l'état de détresse du membre de la famille qui accompagne l'utilisateur, s'il y a lieu*, fut rejeté tant du point de vue de la pertinence (2,46) que de l'importance (2,54). Cet indicateur fut élaboré selon une approche familiale. Étant donné les contraintes de temps spécifiques au triage et le focus de ce dernier sur l'utilisateur, si un membre de la famille nécessite des soins, il est préférable d'inscrire cette personne et de l'évaluer comme le suggère un informateur clé: « *si on note un état de détresse, on doit peut-être ouvrir un dossier pour cette personne et l'évaluer* ».

Quant à l'indicateur # 2.1.1.2.11, *chez l'utilisateur polytraumatisé, l'index pré hospitalier de trauma (IPT) ou le « Pediatric Trauma Score » (PTS) est utilisé*, il fut rejeté tant du point de vue de la pertinence (3,18) que de l'importance (3,27). Ces deux index proviennent des écrits pertinents consultés. Il semble que ce rejet découle de deux principales raisons. La première est tributaire à

l'organisation même du service d'urgence. Dans certains établissements, la clientèle des polytraumatisés, pour laquelle sont conçus ces index, ne transite pas par l'aire de triage. La deuxième consiste en son lieu d'utilisation, ainsi deux informateurs clés préconisent l'usage de ces index ailleurs qu'au triage soit par les ambulanciers ou par l'infirmière soignante à l'urgence. De plus, trois informateurs clés disent ne pas utiliser ces index dans leur pratique au triage. Ces informateurs clés semblent juger cet indicateur en se basant sur ce qui se fait et non pas sur ce que la pratique devrait être.

Pour l'indicateur # 2.1.1.2.12, *l'évaluation initiale fait état des antécédents médicaux et chirurgicaux*, il fut rejeté lors des deux consultations, tant pour la pertinence (3,17; 3,23) que l'importance (3,17; 3,15). Les commentaires indiquent que cet indicateur demande du temps, qu'il doit être limité aux antécédents jugés pertinents à l'assignation d'une priorité, qu'il varie selon la gravité de l'état de l'usager : « si j'ai une priorité 1 STAT en convulsion ou un trauma ce n'est pas ma priorité » et qu'il n'est pas pertinent à la fonction du triage, mais incombe aux infirmières soignantes.

L'indicateur # 2.1.1.2.14, portant sur la médication de l'usager, génère des commentaires similaires à ceux de l'indicateur précédent (# 2.1.1.2.12). Ainsi après deux consultations, il fut rejeté tant du point de vue de la pertinence (2,92; 3,00) que de l'importance (3,00; 3,00).

Pour l'indicateur # 2.1.1.2.18, portant sur l'information recueillie lors d'appel téléphonique de la part d'un répartiteur ambulancier, il fut rejeté du point de vue de la pertinence (3,31) et de l'importance (3,31). Deux raisons peuvent expliquer ce rejet. Cet indicateur n'est pas spécifique

au triage, ces appels pouvant être répondus par l'infirmière responsable du service. Quant à la seconde raison, remettant en question la faisabilité de l'indicateur pour les centres achalandés, elle reflète un jugement émis sur « ce qui est » plutôt que sur « ce qui devrait être ».

Quant à l'indicateur # 2.1.1.2.20, *l'entrevue est menée dans une atmosphère calme*, il fut rejeté tant du point de vue de la pertinence (3,23) que de l'importance (3,15). Selon les commentaires, il est difficile à atteindre dans un service d'urgence. Pour le nouvel indicateur # 2.1.1.2.21, suggéré par un informateur clé, portant sur les habiletés de l'infirmière à procéder à l'examen physique, il fut rejeté tant du point de vue de la pertinence (2,85) que de l'importance (2,92). Les commentaires appuyant ce jugement sont : « la contrainte de temps qu'exige un examen même sommaire au triage », « la qualité de l'auscultation est dépendante du lieu, le triage n'étant pas un lieu optimal ». Un informateur clé remet en question la pertinence de l'examen physique qui n'aurait qu'une contribution minime à l'assignation des priorités. Plus particulièrement, il est souligné que l'auscultation pulmonaire est la responsabilité de l'infirmière soignante. Pour un informateur clé, « ce ne sont pas les habiletés à procéder à l'examen qui sont pertinentes, mais bien l'utilisation des résultats de cet examen dans l'assignation d'un niveau de triage».

Les sous catégories traitant de la détermination de l'urgence d'intervention médicale selon une classification prédéterminée et de la réévaluation périodique et systématique des usagers en attente comportaient sept indicateurs qui furent tous validés. Ce qui démontre que ces indicateurs réussissent bien à cerner ces deux sous catégories.

Quant à l'orientation des usagers vers l'aire de traitement ou de soins appropriée, 60 % des cinq indicateurs furent validés. Ainsi, l'indicateur # 2.1.3.2, spécifiant l'accompagnement des catégorie III, IV et V, fut rejeté tant du point de vue de la pertinence (2,92) que de l'importance (2,69). Les commentaires d'informateurs clés soulignent que les déplacements de l'infirmière au triage diminuent sa disponibilité et augmentent ainsi le temps d'attente en pré-triage. Quant à l'indicateur # 2.1.3.5, il est rejeté tant du point de vue de la pertinence (2,58) que de l'importance (2,42). Il est souligné que l'inscription sur l'instrument du triage du nom de la personne à laquelle est transféré l'utilisateur, est une information qui peut être obtenue d'une manière plus simple et qui ne demande pas d'implication de la part de l'infirmière du triage.

Pour la sous-catégorie de l'initiation des mesures diagnostiques ou thérapeutiques, 66,6 % des onze indicateurs furent validés. Ces indicateurs traitent des consignes aux usagers, de l'initiation de mesures thérapeutiques d'urgence, du dépistage et de l'isolement des usagers. Quant aux quatre indicateurs rejetés, l'indicateur # 2.1.5.3, *pour tout usager en attente, l'infirmière du triage l'informe (au besoin) des délais d'attente*, fut rejeté à la première consultation du point de vue de la pertinence (3,15). Les commentaires explicatifs soulignent le danger de divulguer le délai d'attente. Il fut alors suggéré d'utiliser la notion de priorité de soins à la place du délai d'attente. Lors de la deuxième consultation, cet indicateur fut reformulé : «pour tout usager en attente, l'infirmière du triage l'informe au besoin de sa priorité de soin». Cette modification ne fit pas l'unanimité tant du point de vue de la pertinence (3,08) que de l'importance (2,92) et l'indicateur fut définitivement rejeté. Lors de cette deuxième consultation, il semble, à la lumière des commentaires, y avoir eu une confusion entre délai d'attente et priorité de soins jumelée à une

réticence de la part des infirmières à divulguer et à expliquer le niveau de priorité assigné à l'utilisateur.

L'indicateur # 2.1.5.5, *lorsque l'utilisateur et/ou sa famille présente une détresse émotionnelle l'infirmière du triage leur offre un soutien*, fut rejeté tant du point de vue de la pertinence (3,00) que de l'importance (3,31). Selon les commentaires fournis, les contraintes de temps lors du triage limitent le soutien offert. Il est alors proposé de référer cette personne à une autre infirmière. L'indicateur # 2.1.5.6, *lorsque l'utilisateur présente un déficit d'apprentissage face à un besoin de santé, l'infirmière du triage dispense un court enseignement approprié à la situation*, fut rejeté tant du point de vue de la pertinence (2,83) que de l'importance (3,00). Trois informateurs clés croient que le lieu du triage n'est pas approprié pour l'enseignement. Un autre évoque la contrainte de temps allouée pour trier. Quant à l'indicateur # 2.1.5.8, *un bracelet d'identification est posé au poignet de l'utilisateur qui est incapable de s'identifier ou présentant des signes de confusion*, il fut rejeté du point de vue de la pertinence (3,31). Selon les informateurs clés, l'identification des personnes confuses n'est pas une tâche effectuée au triage. Il a alors été mentionné que ces personnes doivent être prises en charge immédiatement par l'équipe de soin qui leur apposera un bracelet d'identification.

Pour la sous catégorie activités de gestion – organisation du travail, 75 % des huit indicateurs soumis furent validés. L'indicateur # 2.2.1.4, *le nombre d'utilisateurs en attente pour l'évaluation initiale par l'infirmière au triage ne dépasse pas deux personnes*, fut rejeté tant du point de vue de la pertinence (3,15) que de l'importance (3,31). Les commentaires qui s'y rattachent soulignent que cet indicateur serait idéal mais qu'étant donné l'achalandage, il est

difficile à atteindre, voire irréaliste. Il appert que cet indicateur ne fut pas jugé selon « ce qui devrait être ». Quant à l'indicateur # 2.2.1.8, portant sur la rotation des infirmières lors de stress élevé, il fut rejeté du point de vue de la pertinence (3,23) et de l'importance (3,23). Une infirmière au triage et une infirmière- chef trouvent cet indicateur très intéressant. Par contre, cette même infirmière- chef et une autre précisent que ce système de rotation est parfois difficile à mettre en application. L'investigatrice, quant à elle, réalise que cet indicateur fut énoncé non pas afin de promouvoir l'instauration d'un système de rotation mais plutôt afin d'atténuer le stress élevé vécue par les infirmières du triage. Il sera peut être alors nécessaire d'augmenter le nombre d'infirmières affectées au triage et ainsi, en diminuer la cadence.

En résumé, la catégorie des activités – processus les résultats se divisent en deux groupes. Le premier traite des activités cliniques qui comprend les cinq étapes du triage. Des 58 indicateurs énoncés 43 furent validés. Ce sont les étapes de la collecte de données, de l'orientation des usagers vers l'aire de traitement ou de soins appropriée et de l'initiation des mesures diagnostiques ou thérapeutiques qui enregistrèrent le plus faible taux de validation. Pour ces trois catégories, une tendance est identifiée, il s'avère que les informateurs clés rejetèrent tant ce qui requiert une description détaillé soit : le motif de consultation, l'état émotionnel de la famille, les antécédents médicaux ou chirurgicaux, la posologie médicale que ce qui prolonge la durée du triage tel que l'examen physique, l'accompagnement de l'usager vers l'aire de traitement appropriée pour les niveaux III, IV et V et la dispensation d'un court enseignement à l'usager.

Pour les activités de gestion six des huit indicateurs furent validés soit 75%. La validation ou le rejet des indicateurs semble tributaire de la faisabilité de l'indicateur. Ainsi même si

l'indicateur énonçant le nombre minimal d'utilisateur en attente pour l'évaluation initiale est une norme de l'ETG, il fut rejeté car il semble impossible à respecter en tout temps.

Finalement, la dernière partie des résultats porte sur les extraits – soins & services. Cette section comporte vingt et un indicateurs. Comparé aux parties précédentes, le pourcentage de validation obtenu pour cette section est exceptionnellement faible, soit 38 %.

Pour la sous catégorie de résultats d'activités cliniques directes, un seul des trois indicateurs fut validé. L'indicateur # 3.1.1.2, *l'utilisateur a la possibilité de faire des commentaires, de poser des questions ou d'adapter l'information à son problème et à sa réalité*, fut rejeté tant du point de vue de la pertinence (3,25) que de l'importance (3,17). Les commentaires l'accompagnant soulignent les contraintes de temps alloué au triage. Quant à l'indicateur # 3.1.1.3, *l'utilisateur confirme avoir eu un soulagement de sa douleur suite à une intervention de l'infirmière au triage*, il obtint à la première et à la deuxième étape des scores de pertinence (3,25; 3,31) et d'importance (3,25; 3,31). Même si les scores ont augmenté lors de la deuxième consultation, ils n'atteignirent pas le niveau de consensus nécessaire (85%). Les commentaires recueillis semblent indiquer qu'il n'y aurait pas de lien entre un triage de qualité et le soulagement de la douleur. De plus, les informateurs clés semblent situer cet indicateur au niveau du processus plutôt que du résultat « d'où l'importance de la réévaluation ».

Quant à la catégorie de la satisfaction des usagers, seulement 38,8 % des dix-huit indicateurs furent validés. Il est probable que les indicateurs de satisfaction de l'utilisateur et de sa famille auraient eu avantage à être validés par les utilisateurs plutôt que par les dispensateurs de

ces services. Ainsi, dans la sous catégorie de la satisfaction relative à l'accessibilité du service d'urgence et du stationnement, les indicateurs # 3.1.2.1.1 et # 3.1.2.1.2 furent rejetées par les informateurs clés tant pour la pertinence (2,92; 2,31) que pour l'importance (2,92; 2,33). Selon les commentaires fournis, ces indicateurs ne sont pas pertinents au triage. Il est toutefois intéressant de noter que l'accessibilité du stationnement est un service. Une interrogation se pose : l'offre de services est-elle jugée moins importante que la dispensation de soins dans nos services d'urgence? Dans la sous catégorie des lieux physiques, les indicateurs de satisfaction des usagers face à la salle d'attente (# 3.1.2.2.2) et de l'aire de triage (# 3.1.2.2.1) furent aussi rejetés. Pour ce qui est de la sous catégorie des communications interpersonnelles, l'indicateur # 3.1.2.3.2, *l'usager et sa famille se disent satisfaits de leur participation à la planification des soins avec l'infirmière du triage*, fut rejeté tant du point de vue de la pertinence (3,17) que de l'importance (3,08). Selon deux informateurs clés, la participation de l'usager et de sa famille à la planification des soins n'est pas pertinente et se fait rarement au triage. À la lumière de ces commentaires, peut-on déduire que le triage consiste uniquement en la détermination d'une priorité de soins et qu'il n'y a pas de place à l'initiation de soins ? Ou bien, y aurait-il eu confusion entre la notion de la planification des soins et celle de détermination de priorité de soins ?

Pour la sous catégorie des compétences techniques et professionnelles, 44,4 % des neuf indicateurs furent validés. L'indicateur # 3.1.2.4.2, *l'usager perçoit que l'infirmière au triage connaît les solutions possibles à son besoin de santé*, fut rejeté car jugé non pertinent (2,92) et non important (2,92). Il semble, en se référant aux commentaires, que les informateurs clés ont confondu le terme «solutions possibles» avec «diagnostic définitif et information en profondeur».

L'indicateur # 3.1.2.4.5, *l'utilisateur se dit satisfait des explications données au sujet des mesures diagnostiques initiées lors du triage*, fut rejeté tant du point de vue de la pertinence (2,92) que de l'importance (3,00). Selon les commentaires, il semble y avoir eu confusion entre initier des mesures diagnostiques et poser des diagnostics au triage. Par exemple dans le contexte actuel, selon le code des professions, il est légalement impossible pour une infirmière de demander une radiographie comme mesure diagnostique ce qui rend d'emblée cet indicateur non pertinent. Il appert que différentes dispositions légales devront être adoptées dans un avenir rapproché, s'il y a une volonté politique et professionnelle pour développer la pratique avancée des infirmières en service d'urgence. Mais avant tout changement, il serait intéressant en premier lieu d'analyser l'impact réel de l'initiation de mesures diagnostiques sur la durée de visite, la qualité des soins et la satisfaction de l'utilisateur.

L'indicateur # 3.1.2.4.7, *les personnes accompagnant l'utilisateur se disent satisfaites de l'attention qui leur est prodiguée par l'infirmière lors du triage*, fut rejeté tant du point de vue de la pertinence (3,08) que de l'importance (3,33). Cet indicateur fut élaboré dans une optique familiale. Les commentaires formulés par les informateurs clés soulèvent deux interrogations. La première consiste en la présence d'accompagnateurs lors de l'évaluation initiale qui entache la confidentialité. La deuxième remet en question l'attention portée aux accompagnateurs lors du triage étant donné que la préoccupation initiale de l'infirmière au triage est l'utilisateur en tant que tel.

L'indicateur # 3.1.2.4.8, *l'utilisateur se dit satisfait de la durée de l'entrevue du triage*, fut aussi rejeté du point de vue de la pertinence (3,00) et de l'importance (3,00). Dans son commentaire un informateur clé souligne la nuance entre la perception de la durée appropriée et

l'efficacité du triage, notions qui peuvent différer selon la perspective de l'utilisateur et la perspective du pourvoyeur de soins. La relative longueur de l'entrevue initiale n'est pas automatiquement garante de sa qualité.

Quant à l'indicateur # 3.1.2.4.9, *l'utilisateur se dit satisfait de la surveillance effectuée par l'infirmière du triage lors de l'attente pour rencontrer le médecin*, il fut aussi rejeté tant du point de vue de la pertinence (3,31) que de l'importance (3,23). Selon les commentaires fournis, c'est l'application de cette surveillance qui est remise en question : «Quelle surveillance ? du coin de l'œil, de son triage ? ». Un autre commentaire suggère qu'il est plus difficile d'effectuer une surveillance dans les services d'urgence très achalandés.

Finalement l'indicateur # 3.1.2.5.1, *l'utilisateur qui désire déposer une plainte reçoit l'information nécessaire pour le faire*, fut rejeté tant pour la pertinence (3,15) que pour l'importance (3,23), car cet indicateur n'est pas exclusif au triage.

En résumé, les extraits –soins & services forment la catégorie qui a enregistré le plus faible taux de validation soit 38%. Seulement huit indicateurs furent validés sur 21. Pour la sous-catégorie des résultats d'activités cliniques directes, le seul indicateur validé spécifie la qualité de l'information prodiguée à l'utilisateur. Quant aux deux autres indicateurs rejetés, ils traitent de la participation et de la réaction de l'utilisateur aux soins prodigués. Ce qui laisse croire que l'opinion ou la satisfaction de l'utilisateur ne semble pas une préoccupation majeure pour les infirmières du triage. Par conséquent, les indicateurs de satisfaction de l'utilisateur et de sa famille auraient eu

avantage à être validés par ces derniers plutôt que par les dispensateurs des soins et des services.

En conclusion, à la suite de cette analyse, il est possible d'isoler certains facteurs expliquant le rejet des indicateurs soumis à la validation. Ces facteurs et les indicateurs correspondants sont présentés au tableau XVIII qui suit.

Tableau XVIII
Résumé des facteurs de rejet des indicateurs soumis à la validation

Nombre d'indicateurs	Cause du rejet	Identification de l'indicateur
4	Rejeté uniquement du point de vue de la clarté (\leq à 3,38)	# 1.1.2.3., # 1.1.2.4., # 1.3.2.5., # 1.3.2.6.,
13	Non spécifique, au triage mais traitant des services d'urgence	# 1.1.2.4., # 1.2.1.12., # 1.2.3.6., # 2.1.1.2.11., # 2.1.1.2.21., # 2.1.5.8., # 3.1.1.3., # 3.1.2.1.1., # 3.1.2.1.2., # 3.1.2.1.1., # 3.1.2.2.2., # 3.1.2.3.2., # 3.1.2.5.1.
1	Non spécifique ni triage ni au service d'urgence	# 1.1.2.5.,
3	Trop spécifique ex : à une clientèle	# 1.2.1.13., # 1.2.4.3., # 1.2.4.4.,
8	Jugé selon ce qui se fait plutôt que sur le devrait être souhaitable	# 1.1.1.2., # 1.2.4.4., # 2.1.1.2.18., # 2.1.1.2.20., # 2.2.1.4., # 2.2.1.8., # 3.1.2.3.2., # 3.1.2.4.9.,
8	Rejeté car nécessite plus de temps que celui alloué pour le triage	# 1.2.4.4., # 2.1.1.2.7., # 2.1.1.2.12., # 2.1.1.2.14., # 2.1.1.2.21., # 2.1.5.5., # 2.1.5.6., # 3.1.1.2.,
6	Confusion de termes	# 1.1.1.2., # 2.1.5.3., # 3.1.2.2.1., # 3.1.2.3.2., # 3.1.2.4.2., # 3.1.2.4.5.,
7	Tributaire des différentes organisations des services d'urgence	# 1.2.4.5., # 2.1.1.2.11., # 2.1.1.2.12., # 2.1.1.2.14., # 2.1.1.2.18., # 2.1.1.2.21., # 2.1.5.6.,
3	Cadre légal absent	# 1.3.1.4., # 1.3.2.6., # 3.1.2.4.5
1	Jugé non sécuritaire	# 1.3.1.4.,
1	Contexte politique actuel et pratique avancée	# 3.1.2.4.5
2	Paradigme de la catégorisation	# 2.1.1.2.7., # 3.1.2.4.7.,
5	Indicateurs de satisfaction qui devraient être jugés par les usagers	# 3.1.2.1.1., # 3.1.2.1.2., # 3.1.2.2.1., # 3.1.2.2.2., # 3.1.2.3.2

Les facteurs de rejet des indicateurs soumis à la validation se divisent en treize principales catégories. Il est alors intéressant de noter que parfois le rejet d'un indicateur est motivé par une ou plusieurs raisons. Comme c'est le cas pour l'indicateur # 1.1.1.2 traitant de la formation de l'infirmière au triage qui fut jugé selon ce qui est actuellement que plutôt sur ce qui devrait être et les commentaires suggèrent une confusion entre les termes de la formation et de l'expérience.

5.2. Discussion sur la méthode

Le but de cette étude consistait à élaborer et valider des indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence. L'étude a effectivement permis d'élaborer et de valider 96 indicateurs auprès de treize informateurs clés.

Le devis de recherche choisit fut une étude méthodologique selon une approche déductive. Cette démarche systématique qui consista à identifier des indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence et à les valider auprès d'informateurs clés grâce à une technique Delphi modifiée, s'avéra adéquate. Elle se justifiait parce qu'il n'existait pas, à notre connaissance, d'indicateurs valides adaptés au contexte québécois et basés sur une approche tripartite permettant d'établir «ce que devrait être» un triage de qualité en service d'urgence.

La première étape a consisté à élaborer des indicateurs selon une approche déductive normative et empirique, c'est-à-dire identifiés à partir des écrits pertinents et dérivés de la pratique de l'investigatrice. Elle a permis une énumération exhaustive d'indicateurs, ce qui aurait été très laborieux si nous avions eu recours aux informateurs clés pour ce faire.

La méthode de recherche de consensus sélectionnée a rendu possible la validation des indicateurs sans avoir à réunir les informateurs clés dont l'un d'eux provenait de la région de Toronto et deux autres de la région de Québec. De plus, cette technique a offert une flexibilité aux informateurs clés quant au choix du moment pour poser un jugement sur les indicateurs soumis, voire même approfondir leur réflexion. Du point de vue du contenu, elle a permis de recueillir de nouvelles informations et un ensemble de points de vue différents qui furent diffusés aux participants.

Cette méthode comporte toutefois des désavantages. Elle est reconnue pour sa longue durée, la construction répétée de questionnaires, un risque élevé d'attrition des répondants augmentant avec le nombre de rétroactions ainsi que pour son coût élevé rattaché au support papier. Dans le cadre de cette étude, nous avons eu recours à deux périodes de consultation qui s'échelonnèrent sur trois mois pour la première et sur un mois et demi pour la deuxième. La première période de consultation a été prolongée parce que l'envoi de la première grille de validation a été effectuée début décembre 2000, ce qui coïncida avec la période la plus achalandée de l'année pour les services d'urgence. D'autre part, plusieurs informateurs clés ont demandé plus de temps en raison du nombre élevé d'indicateurs à valider. Ces deux raisons peuvent aussi expliquer le phénomène d'attrition qui s'observa uniquement lors de la première étape de validation. Ainsi, sur 17 informateurs clés consentants, 13 complétèrent la première étape de validation soit un taux de participation de 76,4 %. Toutefois, ces derniers ont tous participé à la deuxième consultation. Quant au nombre d'informateurs clés, 17 reçurent une grille de validation afin d'atteindre l'objectif visé de quinze informateurs clés. Malheureusement, quatre

se sont désistés. Cependant, selon Lynn (1986) un nombre de cinq informateurs est suffisant, même s'il est alors indispensable que pour un critère donné, tous soient d'accord pour atteindre un niveau de consensus de 85%.

Finalement, en ce qui concerne les coûts reliés à cette étude, ils furent limités étant donné l'utilisation du support électronique tant pour l'envoi des grilles de validation que pour les lettres de rappel. L'utilisation du courriel a eu l'avantage appréciable d'accélérer l'envoi et la réception des grilles de validation ainsi que les communications avec les informateurs clés.

Cependant, n'eut été des contraintes financières et temporelles, l'utilisation de la technique du groupe nominal aurait permis de répondre à la question de recherche en un laps de temps plus court. Le groupe nominal aurait eu aussi l'avantage de permettre aux informateurs d'exprimer personnellement leurs opinions et d'en discuter face à face.

En ce qui a trait aux informateurs clés, ils formaient un groupe hétérogène réparti en quatre catégories professionnelles (infirmières, infirmières cliniciennes, infirmières gestionnaires, médecins) afin de générer une quantité d'idées selon différentes perspectives. De plus, les résultats de cette étude étaient tributaires du niveau d'expertise des répondants. Une attention particulière fut portée afin de solliciter des infirmières ainsi que des médecins reconnus pour leur expertise professionnelle, leur niveau d'implication dans leur milieu et leur intérêt pour le triage en service d'urgence.

Les infirmières sont bien représentées sur le continuum de novice à expert. Nous retrouvons en effet : deux infirmières possédant 2,5 années d'expérience, six d'entre elles possédant de 5 à 13 années d'expérience et trois infirmières ayant de 16 à 25 années

d'expérience. Par rapport au type de fonctions exercées, les groupes d'infirmières gestionnaires et d'infirmières cliniciennes n'était pas surreprésentés.

En ce qui concerne la formation infirmière complétée, celle-ci n'était pas un critère de sélection des informateurs clés. Des onze infirmières sélectionnées, 72% possèdent un diplôme de premier cycle, 18% un diplôme de deuxième cycle et 9 % une formation hospitalière.

Toutefois, à la lumière des résultats observés pour les indicateurs de satisfaction qui furent validés à seulement 38,8 %, il eut été pertinent d'inclure des usagers comme informateurs clés pour valider notamment ce type d'indicateurs.

L'échelle d'analyse proposée, de type Likert à quatre points, s'est avérée adéquate puisqu'elle ne comportait pas de valeur centrale ambivalente. Toutefois, une interrogation est soulevée en ce qui a trait à la compréhension de la distinction entre les termes «pertinence» et «importance» étant donnée la fréquence élevée des scores identiques enregistrés pour 45% des indicateurs lors de la première étape de validation et pour 25% des indicateurs lors de la deuxième consultation.

En ce qui a trait aux commentaires, la consigne donnée aux informateurs clés précisait d'en rédiger un dès qu'ils jugeaient un indicateur avec un score de 1 ou 2 soit pour la clarté, l'importance ou la pertinence. Les informateurs clés ne se limitèrent pas à ces instructions. Ils s'exprimèrent librement et furent très prolifiques et générèrent au moins 667 commentaires et/ou suggestions. Ce nombre élevé de commentaires indique un intérêt certain pour la qualité du triage

en service d'urgence. Seuls les commentaires reliés aux indicateurs n'ayant pas fait consensus lors de la première étape de validation furent retenus afin de les modifier en vue de la deuxième étape de validation. De plus, ces commentaires ont l'avantage de clarifier et d'exposer le rationnel soutenant la prise de décision de rejet de l'indicateur et dans certains cas, proposer une alternative.

5.3. Implications pour les sciences infirmières

La présente étude nous a permis de valider 96 indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence. La liste de ces indicateurs constitue un outil de référence valide pour guider notamment l'enseignement portant sur le triage en service d'urgence soit dans le cadre d'une démarche d'orientation du nouveau personnel ou de formation continue. Il représente également un outil de référence que les infirmières et infirmiers peuvent consulter dans le cadre de leur pratique professionnelle quotidienne du triage en service d'urgence.

Enfin, l'élaboration et la validation des indicateurs de qualité du triage en service d'urgence constituent les deux premières étapes préalables à la création d'un instrument de mesure de la qualité du triage en service d'urgence. La prochaine étape consisterait à construire un instrument de mesure et à l'expérimenter. Les données ainsi recueillies par l'expérimentation permettraient de procéder à une validation du construit lequel a été élaboré dans le cadre de la présente étude.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, 96 indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence ont été élaborés et validés à l'aide de la technique Delphi modifiée auprès de 13 informateurs clés. Désormais, les infirmières du triage œuvrant dans les services d'urgence disposent d'indicateurs valides de la qualité du triage en service d'urgence auxquels elles peuvent se référer dans le cadre de leur pratique professionnelle quotidienne du triage. Elles peuvent utiliser ces indicateurs afin de mesurer et d'évaluer la qualité existante du triage et ainsi apporter les correctifs nécessaires pour son amélioration. Les résultats de cette évaluation permettraient aux infirmières et infirmiers l'accomplissement de leurs obligations professionnelles et sociales de développement continu de la qualité (Grenier, 1996). Ces résultats pourront influencer, dans un contexte de restriction de coûts, les mécanismes d'allocation des ressources. De plus, l'utilisation de l'ensemble des indicateurs lors de la formation d'infirmière au triage en service d'urgence pourrait être un moyen didactique puissant. Enfin, l'analyse des indicateurs rejetés, jette un éclairage sur les valeurs et les intérêts influençant la pratique infirmière actuelle lors du triage. Cet éclairage permet l'exploration de nouvelles pistes de réflexion afin de, non seulement, améliorer la qualité des soins mais de changer les paradigmes de soins existants de façon à les orienter selon une perspective centrée sur le client et sa famille.

RÉFÉRENCES

Alderson, M. (1992). Élaboration et validation nominale de normes et critères de qualité des soins infirmiers de longue durée. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.

Ali, L. (1990). Models in accident and emergency. Nursing Standards, 5(3), 33-35.

Association des hôpitaux du Québec (1991). Manuel de gestion des risques.

Bedford, M. T. (1972). The value of coping experts and the impact of « drop-outs » on Delphi results. Montréal : Bell Corporation.

Béïque, M., & Vadeboncoeur, A. (hiver,1999). Triage à l'urgence : Saisir l'opportunité. Journal de l' Association des Médecins d'Urgence du Québec, 9-14.

Bélangier, G. (1993). Identification et validation des critères précisant les processus idéaux de gestion et de traitement informatisés des données spécifiques à la pratique infirmière. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.

Bellack, J. P., & Edlund, B. J. (1992). Nursing assessment and diagnosis (2 éd.). Boston : Jones & Bartlett.

Berwick, D. M. (1995). Continuous improvement as an ideal in health care. Dans N. O. Graham (Ed.), Quality in Health Care – Theory, Application and Evolution (pp. 64-71). Gaithersburg, Maryland : Aspen Publication.

Beveridge, R. (1998). The Canadian Triage and Acuity Scale : A new and critical element in health care reform. The Journal of Emergency Medicine, 16(3), 507-511.

Beveridge, R., Clarke, B., Janes, L., Savage, N., Thompson, J., Dodd, G., Murray, M., Nijssen-Jordan, C., Warren, D., & Vadeboncoeur, A. (1999). L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence. Guide d'implantation. Journal de l'Association Canadienne des Médecins d'Urgence, 1(3, suppl), 1-28.

Beveridge, R., Ducharme, J., Janes, L., Beaulieu, S., & Walter, S. (1999). Reliability of the Canadian emergency department triage and acuity scale : Interrater agreement. Annals of Emergency Medicine, 34(2), 155-159.

Bland, E. (1988). Assesement , triage, and priority setting. Dans L. Moward, & D.C. Ruhle (Éds), Handbook of emergency nursing. The nursing process approach (pp. 23-38). London : Appleton & Lange.

Bleich, M. R. (1990). Clinical judgments : Essential elements of the nursing process. Journal of Nursing Quality Assurance, 4(4), 1-6.

Blythin, P. (1988a). Triage documentation. Nursing, 3,32-34.

Blythin, P. (1988b). Triage – A nursing care system. Dans B. Wright (Éd), Management and practice in emergency nursing (pp. 97-120). London : Chapman and Hall.

Blythin, P. (1988c). Triage in the UK. Nursing, 3(31), 16-20.

Bojanowki, L. (1984). L'instrument de triage pour le service d'urgence. L'infirmière Canadienne, 26(3), 40-42.

Bojanowski, L., & Boivin, H. (1997). La réingénierie. Un nouveau concept appliqué au triage à l'urgence. L'infirmière du Québec, 4(3), 27-32.

Bowles, N. (1999). The Delphi technique. Nursing Standard, 13(45), 32-36.

Bracken, J. E. (1998). Triage. Dans L. Newberry(Éds), Sheehy's Emergency Nursing : Principles and Practice, (4ième éd.) (pp.105-111). St-Louis : Mosby.

Brook, R. H., & Lohr, K.N. (1981). Quality of care assessment : Its role in the 1980s. American Journal of Public Health, 71(7), 681-682.

Brunelle, G. D. (1995). Élaboration et validation nominale de normes et critères de qualité de soins infirmiers en hémodialyse conventionnelle chez la clientèle adulte. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.

Brunelle, Y. (1993). La qualité des soins et des services : un cadre conceptuel. Québec : Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Brunelle, Y., & Saucier, A. (1999). Les indicateurs et le système de soins. Québec : Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Burns, N., & Groves, S.K. (1997). The practice of nursing research – Conduct, Critique, & Utilization. (3rd éd.). Philadelphia : W.B. Saunders Company.

Chinns, A., & White, K.R. (1999). Challenging the dominant logic of emergency departments : Guidelines from chaos theory. The Journal of Emergency Medicine, 17(6), 1049-1054.

Cioffi, J. (1998). Decision making by emergency nurses in triage assesement. Accident and Emergency Nursing, 6(4), 184-191.

Clark, J. (1991). Nursing : An intellectual activity. British Medical Journal, 303, 376.

Cloutier L. (2000). Examen clinique dans la pratique infirmière à l'urgence. Dans, 17ieme congrès scientifique annuel de l'association des médecins d'urgence du Québec (pp. 79-82). Montréal, Québec, Canada

Collège des médecins du Québec, & Ordre des infirmières et infirmiers du Québec(2000). Triage à l'urgence. Un processus dynamique pour assurer une évaluation de la condition des patients dès leur arrivée à l'urgence. Montréal : CMQ.

Conseil canadien d'agrément des établissements de santé. (1992). Projet de recherche sur les indicateurs de résultats. Kingston : Case Mix research Group, Université Queen's.

D'Amour, D. (1998, mai). La collaboration interprofessionnelle : relever le défi d'une action commune! Communication présentée au Colloque annuel de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en psychiatrie et santé mentale.

Delbecq, A.L., Van de Ven, A.H., & Gustafson, D.H. (1975). Group techniques for program planning : A guide to nominal group and Delphi processes. Glenview : Scott Foresman and Company.

Donabedian, A. (1966). Evaluation of the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly, 59(2nd part), 166-206.

Donabedian, A. (1980). Exploration in quality assessment and monitoring – volume I- The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan : University of Michigan.

Donabedian, A. (1986). Criteria and Standards for Quality Assessment and Monitoring. Quality Review Bulletin, 99-108.

Donabedian, A. (1988). The quality of care : How can it be assessed ? Journal of the American Medical Association, 260, 1743-1748.

Donabedian, A. (1989). Institutional and professional responsibilities in quality assurance. Quality Assurance in Health Care, 1(1), 3-11.

Edwards. B. (1994). Telephone triage : How experienced nurses reach decisions. Journal of Advanced Nursing, 19, 717-724.

Emergency Nurses Association (1992). Triage : meeting the challenge. Park Ridge : Emergency Nurses Association.

Emergency Nurses Association (1995). Standards of emergency nursing practice (3^e éd.). St-Louis : Mosby.

Emergency Nurses Association (1998). Triage : meeting the challenge (2^e éd.). Park Ridge : Emergency Nurses Association.

- Estrada, E. G. (1979). Advanced triage by a RN. Journal of Emergency Nursing, 15-18.
- Estrada, E. G. (1981). Triage systems. Nursing Clinics of North America, 16(1), 13-24.
- Farrell, P., & Scherer, K. (1983). The Delphi technique as a method for selecting criteria to evaluate nursing care. Nursing Papers 15(1), 51-60.
- Fédération des CLSC du Québec. (1996). Virage ambulatoire, Services courants, Volet 5.
- Geraci, E. B., & Geraci, T. A. (1994). An observational study of the emergency triage nursing role in a managed care facility. Journal of Emergency Nursing, 20(3), 189-194.
- Gray, R. (1991). Introducing triage to a new department. Nursing Standard, 5(30), 25-27.
- Grenier, R. (1985). L'analyse des besoins en sciences infirmières. Nursing Papers, 17(2), 11-21.
- Grenier, R. (1993). Une terminologie à apprivoiser. Gésiqualité, 2(3), 1-7.
- Grenier, R. (1998). La qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients. Journal de Réadaptation Médicale, 18(3), 87-90.
- Grenier, R. (2000). Qu'est-ce qu'une étude Delphi ? Document inédit, Université de Montréal. Montréal.
- Grenier, R., Drapeau, J., & Désautels, J. (1989). Normes et critères de qualité des soins infirmiers. Montréal : Décarie.
- Haddad, S., Roberge, D., & Pineault, R. (1997). Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 4(1), 59-78.
- Hagen, E. (1979). Conceptual issues in the appraisal of the quality of care. Dans E.L. Lamonica (Eds). The nursing process : A humanistic approach. Menlo Park, CA. : Addison-Wesley Publishing Company.

Hankey, L. (1994). Development of a training program for triage nursing. British Journal of Nursing, 3(1), 19-22.

Harris, J., & Hendricks, J. (1996). The lifeline of triage. Accident and Emergency Nursing, 4(2), 82-87.

Helmer, O. (1967). Convergence of Expert Consensus through Feedback. Los Angeles : Rand Corporation.

Hughes, D. (1988). When nurse knows best : Some aspects of nurse/doctor interaction in a casualty department. Sociology of Health and Illness, 10(1), 1-22.

Jarvis, C. (2000). Pocket Companion for Physical Examination and Health Assessment (3rd éd.). Philadelphia : W.B. Saunders Company.

Jones, G. (1990). Accident and Emergency Nursing. A structured approach. London : Faber and Faber.

Kelley, S. J. (1994). Pediatric emergency nursing (2^e éd.). Norwalk : Appelton & Lange.

Kitt, S. (1995). Emergency nursing : a physiologic and clinical perspective. Philadelphia : WB Saunders Co.

Koch, T. (1992). A review of nursing quality assurance. Journal of Advanced Nursing 17, 785-794.

Leprohon, J. (2000). Vers une culture d'amélioration continue. L'infirmière du Québec, 7(5), 25-41.

Leprohon, J. et Lévesque-Barbès, H. (1999). Direction de la qualité de l'exercice. Nouvelles orientations. Montréal : OIIQ.

Lewis, B., & Bradbury, Y. (1982). The role of the nursing profession in hospital accident and emergency departments. Journal of Advanced Nursing, 7, 211-221.

- Lohr, K.N. (1988). Outcome measurement : Concepts and questions. Inquiry, 25, 37-50.
- Lohr, K. N., Yordy, K. D., & Thier, S. O. (1988). Current issues in quality of care. Health Affairs, 7(1), 5-18.
- Lomas, J., & Haynes, R. B. (1988). A taxonomy and critical review of tested strategies for the application of clinical practice recommendations : From « official » to « individual » clinical policy. American Journal of Preventive Medicine, 4(4), 77-94.
- Loughlin, K.G., & Moore, L.F. (1979). Using Delphi to achieve congruent objectives and activities in a paediatrics department. Journal of Medical Education, 54(2), 101-106.
- Lynn, M.R. (1986). Determination and Quantification of Content Validity. Nursing Research, 35(6), 382-385.
- MacStravic, R.E. (1978). Determining Health Needs. Ann Arbour : Health Administration Press.
- Mallett, J. & Woolwich, C. (1990). Triage in accident and emergency departments. Journal of Advanced Nursing, 15, 1443-1451.
- Mardsen, J. (1998). Decision- making in A&E by expert nurses. Nursing Times, 94(41), 62-65.
- Mason, E. ., (1984). How to write meaningful nursing standards (2^e éd.). New York : John Wiley & Sons.
- McKenna, H.P. (1994). The Delphi technique : a worthwhile research approach for nursing? Journal of Advanced Nursing, 19(6), 1221-1225.
- McMillan, J. R., Younger, M. S., & DeWine, L. C. (1986). Satisfaction with hospital emergency department as a function of patient triage. Health Care and Management Review, 11, 21-27.

McNally, S. (1996). The triage role in emergency nursing : Development of an educational programme. International Journal of Nursing Practice, 2, 122-128.

Messner, R.L. & Lewis, S.J. (1996). Increasing patient satisfaction : A guide for nurses. New-York, NY : Springer.

Mezza, I. (1992). Triage : Setting priorities for health care. Nursing Forum, 27(2), 15-19.

Ministère de la santé et des services sociaux (1999a). Relever ensemble le défi des urgences. Plan d'action issu du forum sur la situation dans les urgences, Montréal : Gouvernement du Québec.

Ministère de la santé et des services sociaux (1999b). Projet. Urgence 2000 de paratonnerre à plaque tournante. Groupe de travail sur l'analyse de la situation dans les urgences. Montréal : Gouvernement du Québec.

Ministère de la santé et des services sociaux (1999c). Plan d'action. La situation dans les Urgences en 1999. Un défi majeur pour le réseau. Groupe d'experts en organisation clinique. Montréal : Gouvernement du Québec.

Morin, D. (1999). Mesure de résultat en soins infirmiers : Satisfaction des usagers. Recherche en soins infirmiers, 58, 95-102.

O'Connor, S. J., & Bowers, M. R. (1990). An integrative overview of the quality dimension : Marketing implications for the consumer-oriented health care organization. Medical Care Review, 47(2), 193-219.

Office of Technology Assessment. (1988). Evaluation of quality from the perspective of Individual consumers. Quality of Medical Care. Information for consumers. Washington D. C. : Department of Commerce. National Technical Information service.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1995). Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne. Un triage efficace et une prise en charge globale. Montréal : OIIQ.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (1996). Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière. Montréal : OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1998). Bilan et perspectives de l'OIIQ sur la réforme du système de santé. Montréal : OIIQ.

Ouellet, S., Bernier, J., & Grenier, R. (1996). L'élaboration et la validation de normes et de critères de qualité de soins et services dispensés en UHRESS aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et leurs proches. Gésiqualité, 14(3), 4-7.

Pascoe, G.C. (1983). Patient satisfaction in primary health care : a literature review and analysis. Evaluation and Program Planning, 6, 185-210.

Paterson, M. L. (1988). The challenge to technology assessment : An industrial view point. Dans K. N. Lohr, & R. A. Rettig (Éds), Quality of care and technology assessment (pp. 106-125). Washington : National Academy Press.

Pill, J. (1971). The Delphi method : substance, context, critique and an annotated bibliography. Socioeconomic Planning Science, 5, 57-71.

Pineault, R., & Daveluy, C. (1986). La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. Montréal : Agence d'Arc inc.

Pineault, R., & Daveluy, C. (1995). La détermination des besoins. Dans, La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies. (pp.73-275). Montréal : Éditions Nouvelles.

Poirier, D. (1999). Élaboration et validation a priori de normes et d'indicateurs de qualité du processus des soins infirmiers à domicile. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1983). Nursing research : Principles and methods (2nd éd.). Philadelphia : J. B. Lippincott Company.

Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1991). Nursing Research – Principles and Methods. (4th éd.). New York : J.B. Lippincott Company.

Read, S., George, S., Westlake, L., Williams, B., Glasgow, J., & Potter, T. (1992). Piloting and evaluation of triage. International Journal of Nursing Studies, 29(3), 275-288.

Reid, N.G. (1988). The Delphi technique, its contribution to the evaluation of professional practice. Dans Professional Competence and Quality Assurance in the Caring Professions (Ellis R. éd.), Croom Helm, Beckenham, Kent.

Rhee, K. J., Donabedian, A., & Burney, R. E. (1987). Assessing the quality of care in an hospital emergency unit : A framework and its application. Quality Review Bulletin, 4-16.

Roberts, J. G., & Tugwell, P. (1987). Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care. Health Services Research, 22, 637-654.

Rochon, J., Gélinau, G., Barkun, H., Bernatchez-Simard, J., Bertrand, R., Duplantie J.-P., & Rodrigue, N. (1988). Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Québec : Les publications du Québec.

Roos, N. (1991). Issues & recommendations from the proceedings of the National Workshop on patient care outcome measures – It is time to do it. Toronto : Mount Sinai Hospital.

Rund, D. A. , & Rausch, T. S. (1981). Triage. St-Louis : The CV Mosby Company.
Sackman, H. (1975). Delphi Critique. Lexington : Lexington Books.

Saucier, A., & Brunelle, Y. (1995). Les indicateurs et la gestion par résultats. Québec : Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Scherer, J., Cameron, C., & Farrell, P. (1982). Summary report : responses to the Delphi survey to validate the Manitoba Association of Registered Nurses standards of nursing care. Proceedings of the Nursing Research Conference. Victoria, Canada.

Siegel, L.M ., Attkisson, C.C., & Carson, L.G. (1978). Need identification and program planning in the community context. Dans C.C., Attkisson, Evaluation of Human Service Programs (p.216). New York : Academic Press.

Smith, T.C. (1991). A process to validate nursing standards : a vital element of nursing quality improvement programs. Dans P.S. Schroeder (Eds), Approaches to Nursing Standards, The Encyclopedia of Nursing Care Quality volume II (pp. 157-170). Gaithersburg : An Aspen Publication.

Soud, T. E., & Andry, C. (1998). Pediatric triage. Dans T.E. Soud, & J. Rogers (Éds), Manual of Pediatric Emergency Nursing (pp. 89-106). St-Louis : Mosby Year Book.

Thompson, J. & Dains, J. (1982). Comprehensive triage. Reston, VA : Reston Publishing Company, Inc.

Tremblay, G. (1984). Les approches communautaires : des méthodes utiles dans une perspective d'analyse de besoins en services de santé pour une communauté. Document inédit, Hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec, Direction de la Santé Communautaire.

Williams, G. (1992). Sorting out triage. Nursing Times, 88(30), 34-36.

Williams, P. L., & Webb, C. (1994). The Delphi technique : A methodological discussion. Journal of Advanced Nursing, 19(1), 180-186.

Withkin, B.R. (1984). Assessing Needs in Educational and Social Programs. Washington : Jossey-Bass Publishers.

Yurt, R. W. (1992). Triage, initial assessment, and early treatment of the pediatric trauma patient. Pediatric Clinics of North America, 39(5), 1083-1091.

ANNEXE I

LISTE DES INDICATEURS DE LA QUALITÉ DU TRIAGE EN SERVICE D'URGENCE

(liste initiale)

1.0	Intrants – Structure
1.1	Ressources humaines
1.1.1	Qualification de l'infirmière
1.1.1.1	L'infirmière au triage possède une expérience professionnelle pertinente soit un an en soins d'urgence auprès des patients gravement atteints.
1.1.1.2	L'infirmière au triage détient un baccalauréat.
1.1.1.3	La description des activités de l'infirmière au triage est disponible.
1.1.1.4	La conformité de l'infirmière aux protocoles de triage est mesurée et évaluée.
1.1.1.5	La sélection de l'infirmière du triage se base sur les qualités et l'engagement de cette dernière aux soins d'urgence évalués au cours d'une entrevue avec l'infirmière chef.
1.1.2	Formation de l'infirmière
1.1.2.1	Le programme d'orientation spécifique au triage comprend une formation théorique, une période de supervision directe suivie d'évaluation de la qualité des triages effectués.
1.1.2.2	Un programme de maintien et d'amélioration de l'expertise (formation continue) des infirmières au triage est en place.
1.1.2.3	La rétroaction immédiate, appropriée à chaque situation de triage et adaptée à l'infirmière est utilisée dans une optique de formation (expérience formatrice).
1.1.2.4	Chaque infirmière a reçu une formation lui permettant de reconnaître et agir lors de situations potentiellement explosives.
1.1.2.5	Le personnel du service d'urgence a reçu la formation nécessaire à l'extraction d'un accidenté de sa voiture.
1.1.3	Personnel de soutien
1.1.3.1	L'infirmière du triage bénéficie du soutien d'une infirmière clinicienne pour le service d'urgence.
1.2	Ressources matérielles
1.2.1	Organisation physique des lieux
1.2.1.1	L'aire de triage est située à la porte d'entrée du service d'urgence.
1.2.1.2	La signalisation permet un repérage rapide de l'aire de triage.
1.2.1.3	Les lieux physiques permettent à l'infirmière du triage d'effectuer une surveillance visuelle continue des usagers qui arrivent à pied ou en ambulance.
1.2.1.4	Les lieux physiques permettent à l'infirmière du triage d'effectuer une surveillance visuelle continue de l'aire d'enregistrement.
1.2.1.5	Les lieux physiques permettent à l'infirmière du triage d'effectuer une surveillance visuelle continue des patients dans la salle d'attente.

1.2.1.6	Les lieux physiques permettent à l'infirmière du triage d'effectuer une surveillance visuelle continue des patients dans l'aire d'attente du pré-triage.
1.2.1.7	L'aire de triage permet une entrevue confidentielle entre l'infirmière et la personne quel que soit le volume d'achalandage.
1.2.1.8	Les portes doivent permettre le passage aisé des chaises roulantes et des civières.
1.2.1.9	La salle de triage est suffisamment grande pour permettre le déplacement et l'examen des usagers.
1.2.1.10	La décoration de la salle de triage offre un aspect agréable et sécurisant pour la clientèle pédiatrique.
1.2.1.11	La salle de stabilisation est facilement accessible à partir de l'aire de triage.
1.2.1.12	Les toilettes sont situées près de l'aire de triage et de la salle d'attente.
1.2.1.13	Une section de la salle d'attente est réservée et aménagée pour les enfants et leur famille.
1.2.1.14	La salle d'attente dispose d'un nombre suffisant de sièges pour accommoder les usagers et leurs proches.
1.2.1.15	Les lieux de l'aire du triage sont propres.
1.2.2	Équipement de la salle de triage
1.2.2.1	Voir annexe C pour les détails de l'équipement.
1.2.2.2	Le matériel nécessaire pour l'application des précautions universelles est présent dans la salle de triage.
1.2.3	Aspect sécuritaire des lieux (Sécurité)
1.2.3.1	L'usager se sent en sécurité dans l'aire du triage.
1.2.3.2	L'usager se sent en sécurité dans la salle d'attente.
1.2.3.3	L'infirmière se sent en sécurité dans l'aire de triage.
1.2.3.4	L'infirmière se sent en sécurité dans la salle d'attente.
1.2.3.5	L'infirmière du triage a un système de communication directe avec le service de sécurité.
1.2.3.6	Il existe un protocole pour la collecte et l'enlèvement des matières dangereuses de la salle de triage.
1.2.4	Moyens de communication disponibles dans l'aire de triage
1.2.4.1	L'aire de triage permet une communication directe avec les autres membres de l'équipe du service d'urgence. Note explicative : via : téléphone, intercom, ordinateur.
1.2.4.2	Une ligne téléphonique directe relie l'aire de triage avec le service ambulancier.
1.2.4.3	Un service d'interprètes est disponible 24 h/24.
1.2.4.4	De l'équipement spécial est disponible pour communiquer avec des personnes présentant un handicap visuel ou auditif (site internet du langage par signe, clavier pour malentendant).
1.2.4.5	Lorsque l'infirmière au triage a identifié un besoin non satisfait, elle le communique aux autres professionnels soignants de l'aire de traitement en l'inscrivant au dossier
1.3	Ressources informationnelles

1.3.1	Transmission de l'information
1.3.1.1	Des indications claires (écrites) informent les usagers du déroulement de la visite.
1.3.1.2	Au changement de quart de travail l'infirmière transmet l'information sur les usagers qui attendent dans la salle d'attente.
1.3.1.3	Au changement de quart de travail l'infirmière transmet l'information sur les usagers qui sont attendus.
1.3.1.4	Lors de délai d'attente prolongé, un message annonce ce délai d'attente et avise les usagers de contacter le personnel soignant afin de l'informer, le cas échéant, de toute détérioration de leur condition.
1.3.1.5	Suite à l'appel téléphonique du répartiteur ambulancier, l'infirmière du triage transmet immédiatement l'information recueillie à l'équipe de réanimation (selon le cas).
1.3.2	Ressources scientifiques
1.3.2.1	Une classification est utilisée dans le processus de triage pour déterminer le degré d'urgence des soins requis par le patient en fonction des signes et symptômes présentés (motif de consultation) afin d'éviter toute détérioration de son état pendant l'attente.
1.3.2.2	Le système de classification utilisée a été préétabli et accepté conjointement par les infirmières et les médecins.
1.3.2.3	L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG) est le système de classification utilisée au service d'urgence.
1.3.2.4	Un système à cinq niveaux de priorités est utilisé afin de mieux discriminer les besoins des usagers.
1.3.2.5	Le protocole de détermination du niveau d'urgence d'intervention médicale indique les conditions d'inclusion pour les usagers éligibles au service des consultations mineures rapides.
1.3.2.6	Le protocole de détermination du niveau d'urgence d'intervention médicale indique les conditions d'inclusion pour les usagers éligibles à une référence hors service.
1.3.2.7	Un protocole pour la réévaluation périodique et systémique des patients en attente indique le nombre, le type et la fréquence des réévaluations pour chaque niveau de classification.
1.3.2.8	Des protocoles élaborés par les médecins en collaboration avec les infirmières et approuvés par le CMDP indiquent les conditions d'initiation de mesures thérapeutiques.
1.3.2.9	Des protocoles élaborés par les médecins en collaboration avec les infirmières et approuvés par le CMDP indiquent les conditions d'initiation de mesures diagnostiques.
1.3.2.10	Un comité constitué d'une infirmière et d'un médecin discute des difficultés rencontrées au triage, suggère des solutions, évalue les diverses étapes du triage et réévalue périodiquement les différents protocoles du triage
2.0	Activités – Processus
2.1	Activités cliniques
2.1.1	Évaluation initiale de la condition de l'utilisateur
2.1.1.1	Accueil

2.1.1.1.1	Une infirmière formée à la fonction du triage est la première personne qui accueille les usagers au service d'urgence.
2.1.1.1.2	Tout usager qui se présente au service d'urgence est accueilli dans les meilleurs délais afin d'identifier ses besoins en fonction du risque potentiel que son état présente pour sa vie ou sa santé.
2.1.1.1.3	L'infirmière du triage se présente.
2.1.1.1.4	L'infirmière du triage explique qu'elle va procéder à l'évaluation initiale.
2.1.1.1.5	L'infirmière du triage demeure attentive à l'arrivée de nouveaux patients même lorsqu'elle effectue une évaluation initiale.
2.1.1.1.6	L'infirmière du triage interrompt l'évaluation en cours lors d'une arrivée imprévue d'un usager ayant une condition urgente.
2.1.1.1.7	L'infirmière du triage démontre des capacités à entrer en relation avec l'usager quel que soit son âge, sa culture ou son niveau intellectuel.
2.1.1.1.8	L'infirmière du triage démontre de la compréhension, du doigté, de la patience et de la discrétion.
2.1.1.1.9	L'infirmière du triage démontre des habiletés d'écoute.
2.1.1.1.10	L'infirmière du triage démontre de la réceptivité aux questions des usagers.
2.1.1.1.11	L'infirmière du triage démontre des habiletés afin de désamorcer des situations potentielles d'agression.
2.1.1.1.12	L'inscription de l'usager ne se fait que lorsque le triage est complété.
2.1.1.1.13	Lorsque l'état de l'usager nécessite des soins immédiats, la procédure d'inscription se fait une fois que les soins ont été amorcés.
2.1.1.2	Collecte de données
2.1.1.2.1	L'évaluation initiale débute par une évaluation visuelle rapide de l'ABC (état de conscience, voies aériennes, respiration et circulation) de l'usager dès son entrée en service d'urgence.
2.1.1.2.2	Le motif de consultation est inscrit au dossier avec les mots ou expressions utilisés par l'usager.
2.1.1.2.3	L'évaluation initiale de l'usager porte exclusivement sur le motif de consultation et les signes et symptômes qui y sont reliés.
2.1.1.2.4	L'évaluation des symptômes indique a) la partie du corps atteint, b) le moment d'apparition, c) leur sévérité (quantité et qualité), d) leur évolution, e) la durée f) l'existence antérieure d'un épisode similaire, g) les facteurs les soulageant, ou associés.
2.1.1.2.5	Lors de la collecte d'information subjective, si l'usager est incapable de s'exprimer, l'infirmière recueille cette information auprès de la famille ou des proches accompagnant l'usager.
2.1.1.2.6	Dans le cas où un usager serait incapable de s'exprimer et qu'une autre personne, un proche ou un membre de la famille, le fait pour lui, le nom de cette personne et sa relation avec l'usager sont inscrits au dossier.
2.1.1.2.7	Lors de l'évaluation initiale, l'infirmière note l'état de détresse du membre de la famille qui accompagne l'usager, s'il y a lieu.
2.1.1.2.8	Lors de l'évaluation initiale de l'usager, l'infirmière utilise des termes compréhensibles pour ce dernier.

2.1.1.2.9	Les données objectives décrivent a) l'état général de l'utilisateur, b) l'état émotionnel, c) la mesure des paramètres fondamentaux (signes vitaux et signes neurologiques), d) les résultats d'un bref examen physique s'il est jugé nécessaire.
2.1.1.2.10	Lors de blessure orthopédique, l'évaluation du membre comprend les signes d'une altération de la circulation, de la sensation et de l'étendue du mouvement ainsi que des signes d'une fracture probable (la déformation, l'inflammation et la douleur).
2.1.1.2.11	Chez l'utilisateur polytraumatisé, l'index pré hospitalier de trauma (IPT) ou le « <i>Pediatric Trauma Score</i> » (PTS) est utilisé.
2.1.1.2.12	L'évaluation initiale fait état des antécédents médicaux ou chirurgicaux.
2.1.1.2.13	L'évaluation initiale fait état de la présence ou de l'absence d'allergie.
2.1.1.2.14	Si l'utilisateur prend des médicaments, l'infirmière note au dossier, a) le nom du médicament, b) sa posologie, c) la voie d'administration, d) l'heure d'administration.
2.1.1.2.15	Lors d'une perte d'intégrité des téguments, l'information portant sur l'immunisation tétanique est recueillie.
2.1.1.2.16	L'instrument de triage fait état de a) l'identification de l'utilisateur b) la date et l'heure du triage, c) la détermination de l'urgence d'intervention médicale (jugement clinique et niveau d'urgence), d) les mesures diagnostiques ou thérapeutiques initiées e) le lieu d'acheminement, f) la réévaluation s'il y a lieu g) la signature de l'infirmière.
2.1.1.2.17	L'information recueillie est inscrite au dossier de façon claire et concise.
2.1.1.2.18	Lors d'un appel téléphonique d'un répartiteur ambulancier, l'infirmière du triage recueille a) l'information relative à la nature de l'urgence, b) l'état de l'utilisateur, c) les mesures thérapeutiques initiées, d) une estimation du temps de transport au service d'urgence.
2.1.1.2.19	La durée de l'évaluation initiale doit être brève tout en étant suffisamment élaborée.
2.1.1.2.20	L'entrevue est menée dans une atmosphère calme.
2.1.2	Détermination de l'urgence d'intervention médicale selon une classification prédéterminée
2.1.2.1	Un niveau d'urgence d'intervention médicale est assigné à chaque patient.
2.1.2.2	L'assignation du niveau d'urgence d'intervention médicale tient compte des indices de gravité, de l'intensité des symptômes et des facteurs de risques.
2.1.2.3	Lors de prise de décision difficile pour l'assignation du niveau d'urgence d'intervention médicale, l'infirmière du triage peut compter en tout temps sur le soutien de ses collègues seniors et du personnel médical.
2.1.3	Orientation des usagers vers l'aire de traitement ou de soins appropriée
2.1.3.1	L'infirmière du triage accompagne d'office les usagers assignés au niveau I et II (réanimation et très urgent) à la salle de stabilisation.
2.1.3.2	Lorsqu'elle le juge nécessaire, l'infirmière du triage accompagne les usagers assignés au niveau III, IV et V à l'aire de traitement appropriée.
2.1.3.3	L'infirmière du triage oriente la famille des usagers classifiés au niveau I (réanimation) vers un endroit approprié.

2.1.3.4	L'infirmière du triage transmet un rapport verbal sur la condition de l'utilisateur qu'elle transfère à l'infirmière de l'aire de traitement ou au médecin d'urgence.
2.1.3.5	L'infirmière du triage inscrit sur l'instrument du triage le nom de la personne à laquelle elle a transféré l'utilisateur dans l'aire de traitement
2.1.4	Réévaluation périodique et systématique des usagers en attente
2.1.4.1	Les usagers sont en mesure d'identifier l'infirmière au triage afin de l'aviser s'ils notent un changement dans leur condition.
2.1.4.2	Un système de réévaluation systématique des usagers en attente est enclenché lorsque le délai d'attente est dépassé.
2.1.4.3	L'infirmière du triage et le personnel de l'urgence ont accès au dossier de l'utilisateur en attente afin de pouvoir effectuer les réévaluations systématiques et périodiques.
2.1.4.4	La réévaluation de l'utilisateur est consignée au dossier ainsi que tout changement du niveau d'urgence d'intervention médicale.
2.1.5	Initiation des mesures diagnostiques ou thérapeutiques
2.1.5.1	L'infirmière du triage informe les usagers de lui signaler tout changement de leur condition lorsqu'ils sont en attente.
2.1.5.2	Dans une situation d'urgence, l'infirmière du triage initie les mesures thérapeutiques jusqu'à ce qu'elle obtienne de l'aide. Par exemple : CPR, contrôle d'hémorragie.
2.1.5.3	Pour tout usager en attente, l'infirmière du triage l'informe (au besoin) des délais d'attente.
2.1.5.4	L'infirmière du triage explique au besoin à l'utilisateur et sa famille le cheminement des interventions en services d'urgence.
2.1.5.5	Lorsque l'utilisateur et /ou sa famille présente une détresse émotionnelle l'infirmière du triage leur offre un soutien.
2.1.5.6	Lorsque l'utilisateur présente un déficit d'apprentissage face à un besoin de santé, l'infirmière du triage dispense un court enseignement approprié à la situation.
2.1.5.7	Dans le cas d'un enfant ou d'une personne âgée, lorsque le récit de la blessure ne concorde pas avec celle-ci, l'infirmière informe l'équipe soignante afin d'investiguer toute situation potentielle d'abus ou de négligence.
2.1.5.8	Un bracelet d'identification est posé au poignet de l'utilisateur qui est incapable de s'identifier ou présentant des signes de confusion.
2.1.5.9	Les usagers ayant une maladie contagieuse sont isolés suivant le protocole de l'établissement.
2.1.5.10	Les usagers immunodéprimés bénéficient d'une isolation protectrice.
2.1.5.11	L'infirmière se lave les mains en respectant la technique préconisée avant toute série de contacts directs avec l'utilisateur et après tout soin ou traitement susceptible de favoriser la transmission de microorganismes.
2.2	Activités de gestion
2.2.1	Organisation du travail
2.2.1.1	Le système de triage est en opération 24h sur 24.
2.2.1.2	Un nombre suffisant d'infirmières assure la permanence du triage (24 h sur 24).
2.2.1.3	L'accueil des usagers en tout temps se fait au cours des 10 minutes qui suivent

	leur arrivée.
2.2.1.4	Le nombre d'utilisateurs en attente pour l'évaluation initiale par l'infirmière du triage ne dépasse pas deux personnes.
2.2.1.5	Le nombre d'infirmière au triage est ajusté afin de tenir compte des variations d'achalandage, des repas et des pauses et lors de l'accompagnement des utilisateurs vers la salle de stabilisation.
2.2.1.6	Lors de période d'achalandage, une évaluation sommaire est effectuée afin de respecter un délai de 10 minutes pour le contact initial avec l'utilisateur.
2.2.1.7	L'utilisateur ayant fait l'objet d'une évaluation sommaire reçoit une évaluation complète dans les meilleurs délais.
2.2.1.8	Lors de période d'achalandage élevé et que l'infirmière du triage est soumise à un stress élevé, un système de rotation permet à cette dernière de travailler la moitié du quart de travail au triage.
3.0	Extrants - Soins & Services
3.1	Résultats directs de production
3.1.1	Résultats d'activités cliniques directes
3.1.1.1	L'information donnée est claire avec des termes compréhensibles pour l'utilisateur.
3.1.1.2	L'utilisateur a la possibilité de faire des commentaires, de poser des questions ou d'adapter l'information à son problème et à sa réalité.
3.1.1.3	L'utilisateur confirme avoir eu un soulagement de sa douleur suite à une intervention de l'infirmière du triage.
3.1.2	Satisfaction
3.1.2.1	Accessibilité
3.1.2.1.1	L'utilisateur se dit satisfait de l'accessibilité physique du service d'urgence.
3.1.2.1.2	L'utilisateur se dit satisfait de l'accessibilité du service de stationnement.
3.1.2.1.3	L'utilisateur se dit satisfait de l'accessibilité de l'infirmière du triage après son évaluation initiale.
3.1.2.2	Lieux physiques
3.1.2.2.1	L'utilisateur se dit satisfait des lieux physiques de l'aire du triage
3.1.2.2.2	L'utilisateur se dit satisfait des lieux physiques de la salle d'attente.
3.1.2.3	Communication interpersonnelle
3.1.2.3.1	L'utilisateur se dit satisfait de l'accueil reçu de la part du personnel du triage.
3.1.2.3.2	L'utilisateur et sa famille se disent satisfait de leur participation à la planification des soins avec l'infirmière du triage.
3.1.2.4	Compétences techniques et professionnelles
3.1.2.4.1	L'utilisateur perçoit que l'infirmière du triage est à l'aise avec le problème soulevé.
3.1.2.4.2	L'utilisateur perçoit que l'infirmière au triage connaît les solutions possibles à son besoin de santé.
3.1.2.4.3	L'utilisateur perçoit que l'infirmière au triage a une compétence dans les gestes techniques qu'elle pose.
3.1.2.4.4	L'utilisateur perçoit que l'infirmière au triage est capable d'évaluer ce qui est fait, d'avoir un sens critique et de réajuster le plan de soins en fonction de l'évolution du problème.

3.1.2.4.5	L'utilisateur se dit satisfait des explications données au sujet des mesures diagnostiques initiées lors du triage.
3.1.2.4.6	L'utilisateur se dit satisfait des explications données au sujet des mesures thérapeutiques initiées lors du triage.
3.1.2.4.7	Les personnes accompagnant l'utilisateur se disent satisfaites de l'attention qui leur est prodiguée par l'infirmière lors du triage.
3.1.2.4.8	L'utilisateur se dit satisfait de la durée de l'entrevue du triage.
3.1.2.4.9	L'utilisateur se dit satisfait de la surveillance effectuée par l'infirmière du triage lors de leur attente pour rencontrer le médecin.
3.1.2.5	L'information
3.1.2.5.1	L'utilisateur qui désire signaler une plainte reçoit l'information nécessaire pour le faire.
3.1.2.6	La continuité des soins
3.1.2.6.1	Les protocoles guidant la pratique de l'infirmière au triage sont faciles d'utilisation et promeuvent la continuité des soins.

ANNEXE II

LETTRE DE « DIRECTIVES À L'INTENTION DES INFORMATEURS CLÉS »

Madame, Monsieur,

Montréal, date

Je vous remercie d'avoir accepté de participer, à titre d'informateur clé, dans le cadre de mon mémoire de maîtrise portant sur la validation des indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence.

But et type de l'étude

Cette étude méthodologique selon une approche déductive vise la validation consensuelle d'indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence à l'aide de la technique Delphi modifiée.

Définitions des termes

Indicateur : Un indicateur est une mesure dont les valeurs sont utilisées comme point de repère dans l'appréciation de l'état ou de l'évolution d'un phénomène non ou difficilement quantifiable (Brunelle & Saucier, 1999). Il est un énoncé explicite et observable de ce qui est considéré comme souhaitable (Grenier et al., 1989). Dans le contexte de cette étude, les indicateurs de structure (intrants) porteront sur les ressources humaines, matérielles et informationnelles, les indicateurs de processus (activités) porteront sur les activités cliniques et les activités de gestion et les indicateurs de résultats (extrants) porteront sur les résultats directs de production.

Informateur clé : L'informateur clé est une personne reconnue comme ayant une bonne connaissance du milieu de travail en fonction de la nature du contact et de la durée de leur expérience du travail auprès des personnes (Pineault & Daveluy, 1986). Dans le contexte de cette étude, les informateurs clés seront des médecins et des infirmières possédant un minimum de deux ans d'expérience avec le triage en service d'urgence. Ils seront choisis selon leur expertise spécifique (représentant du CMQ et de l'OIIQ ayant participé à la prise de position conjointe du triage), selon leur caractéristiques professionnelles (médecin, infirmière chef, infirmière clinicienne, infirmière) et selon leur appartenance à une organisation professionnelle (membre de l'AMUQ, de l'AGIUQ ou de l'AIIUQ).

Consensus : Le consensus est un accord entre plusieurs personnes, (entre experts, Donabedian, 1986). Le degré de consensus est fixé à 85%. Car selon, Ouellet, Bernier & Grenier (1996), lorsque le nombre d'indicateurs clés dépasse cinq, le consensus peut varier entre 83% et 90%. Les items n'ayant pas fait l'objet de consensus suite au processus de révision seront éliminés (Lynn, 1986).

Triage : Il consiste à évaluer la condition du patient, à déterminer l'urgence d'intervention médicale selon une classification prédéterminée. Par conséquent les cinq étapes du triage en service d'urgence sont : (1) évaluation de la condition de l'utilisateur, (2) détermination de l'urgence d'intervention médicale selon une classification prédéterminée, (3) orientation des usagers vers l'aire de traitement ou de soins appropriée, (4) réévaluation périodique et systématique des usagers en attente de soins, (5) initiation des mesures diagnostiques ou thérapeutiques (CMQ & OIIQ, 2000).

Déroulement de l'étude

L'étude se déroule en deux étapes.

Déroulement de l'étude	
Étapes	Activités
1	
Élaborer des indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence à partir de la littérature (normatif) ainsi que de la pratique de l'investigatrice (empirique).	Dériver de la littérature un échantillon d'indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence guidée par l'approche systémique et selon les cinq étapes du triage.
2	
Valider les indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence.	Choix d'une méthode de consensus Formation du groupe d'informateurs clés. Validation des indicateurs par l'entremise de la technique Delphi modifiée.

Première étape

La première étape, selon l'approche déductive, consiste en l'**élaboration des indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence** à partir des écrits pertinents et de l'expérience de l'investigatrice.

Ces indicateurs sont élaborés selon l'approche tripartite de la structure, du processus et des résultats de Donabedian (1986). De plus, pour les indicateurs de processus, la recension des écrits a été guidée par les cinq étapes du triage au service d'urgence selon le CMQ et l'OIIQ (2000).

Deuxième étape

La deuxième étape consiste en la **validation consensuelle de contenu de ces indicateurs** de la qualité au moyen de la méthode Delphi modifiée.

La validité d'un indicateur consiste en sa capacité de mesurer réellement ce qu'il doit mesurer. Pour ce faire, il est fréquent d'avoir recours au consensus ce qui confère aux indicateurs de qualité une validité *à priori* ainsi qu'une légitimité professionnelle (Donabedian, 1986).

Première activité – choix d'une méthode de consensus La recherche d'un consensus s'obtiendra grâce à une technique Delphi modifiée qui consiste en une méthode d'enquête à itération multiple qui rend possible le raffinement anonyme et systématique d'opinion d'expert.

La technique Delphi modifiée consiste en une série de questionnaires adressés à des informateurs clés leur permettant de réagir à l'information soumise lors d'un premier questionnaire et à l'information émise par les autres participants lors des questionnaires subséquents (pour un maximum de trois questionnaires). De la sorte, les informateurs clés en arrivent généralement à un consensus sans qu'ils aient eu discussion entre eux (Pineault & Daveluy, 1995).

La technique Delphi modifiée comprend cinq étapes : 1) développement d'un premier questionnaire (grille de validation), 2) envoi du questionnaire à un groupe d'informateurs clés, 3) retour du questionnaire; les réponses sont étudiées pour identifier les points d'accord et de désaccord, 4) le second questionnaire fait état des résultats obtenus au premier questionnaire. Pour les items ne faisant pas consensus, les arguments des informateurs clés sont énoncés et un second jugements est demandé (Grenier, 1985). Chaque participant peut alors reconsidérer ses opinions antérieures à la lumière des réponses et des raisons évoquées par le groupe d'informateurs clés (Grenier, 2000), 5) l'étape précédente est répétée une autre fois, si nécessaire.

Deuxième activité – formation du groupe d'informateurs clés L'informateur clé est une personne reconnue comme ayant une bonne connaissance du milieu de travail en fonction de la nature du contact et de la durée de son expérience de travail auprès des personnes. Le groupe d'informateurs clés est constitué d'infirmières et de médecins possédant une expertise spécifique du triage en service d'urgence (Pineault & Daveluy, 1986).

Troisième activité – validation des indicateurs par l'entremise de la technique Delphi modifiée

Le premier questionnaire (ci-joint) s'intitule « Grille de validation des indicateurs ». Il est comprend trois parties (voir figure 1).

La première partie, indiquée par la flèche A, correspond à l'identification de l'indicateur et à son énoncé.

La deuxième partie, indiquée par les flèches B, est constituée des trois échelles de type « likert » de quatre points permettant aux informateurs clés d'établir la validité de contenu en se prononçant sur la « clarté », la « pertinence » et l'« importance » de chaque indicateur (Lynn, 1986; Smith, 1991). L'échelle de type « likert » à quatre points a été adoptée étant donné qu'elle n'inclut pas le degré ambivalent du milieu des échelles impaires (Lynn, 1986) .

La clarté est définie comme la qualité de ce qui est facilement intelligible (Bélanger, 1993). La clarté nous réfère à la netteté, à la précision et au vocabulaire utilisé dans l'énoncé des indicateurs (Bélanger, 1993; Brunelle, 1995). La clarté d'une formulation implique qu'elle soit précise et complète (Brunelle, 1995).

Les quatre énoncés pour l'échelle de type « likert » sont : 4 « **Clair** » -3 « **Légèrement ambigu** » -2 « **Ambigu** » -1 « **Incompréhensible** » (Brunelle, 1995).

La pertinence est définie comme le caractère de ce qui a rapport à la question (Bélanger, 1993). Elle détermine le degré auquel le contenu de l'énoncé de l'indicateur est représentatif de ce qui est connu sur le sujet (Smith, 1991).

Les quatre énoncés pour l'échelle de type « likert » sont : 4 « **Très pertinent** » -3 « **Pertinent** » -2 « **Peu pertinent** » -1 « **Non pertinent** » (Brunelle, 1995).

L'importance est définie comme le caractère d'une chose qui est de conséquence; l'intérêt porté par les experts sur la satisfaction de l'indicateur énoncé (Bélanger, 1993). Les quatre énoncés pour l'échelle de type « likert » sont : 4 « **Très important** » -3 « **Important** » -2 « **Peu important** » -1 « **Non important** » (Bélanger, 1993).

Dans la partie B, un espace est alloué afin de permettre à l'informateur clé d'expliquer son choix dans le cas où l'indicateur est jugé 2 « ambigu » ou 1 « incompréhensible », 2 « peu pertinent » ou 1 « non pertinent » ou bien 2 « peu important » ou 1 « non important ».

#	2.1.1	Étape du triage	Évaluation initiale de la condition de l'utilisateur
#	2.1.1.1	Indicateur	Accueil
#	2.1.1.1.1	Tout usager qui se présente au service d'urgence est accueilli dans les meilleurs délais afin d'identifier ses besoins en fonction du risque potentiel que son état présente pour sa vie ou sa santé.	
		Clarté	Pertinence
		<input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> (3) Légèrement ambigu <input type="checkbox"/> (2) Ambigu <input type="checkbox"/> (1) Incompréhensible	<input type="checkbox"/> (4) Très pertinent <input type="checkbox"/> (3) Pertinent <input type="checkbox"/> (2) Peu pertinent <input checked="" type="checkbox"/> (1) Non pertinent
			Importance
			<input type="checkbox"/> (4) Très important <input type="checkbox"/> (3) Important <input type="checkbox"/> (2) Peu important <input checked="" type="checkbox"/> (1) Non important
D		Raisons	Raisons
			Raisons
		Suggestions de modification d'indicateur	

Figure 1. Grille de validation des indicateurs.

D : exemples de réponses

La troisième partie, indiquée par la flèche C, se compose d'un espace, intitulé **suggestions / modifications d'indicateurs**, qui permet à l'informateur clé de proposer une nouvelle formulation de l'indicateur soumis plus haut (Lynn, 1986).

À la fin de chaque catégorie, un espace est prévu pour les propositions d'ajout de nouveaux indicateurs (Lynn, 1986).

Importance de la participation de l'informateur clé à l'étude

Votre participation en tant qu'informateur clé est primordial. Vos pratiques et idées novatrices seront diffusées à un groupe de pairs. Il sera alors possible de mettre à jour de l'information de première ordre, ancrée dans la pratique, non encore disponible dans la littérature. Ainsi, vous contribuerez à l'avancement des connaissances et ultimement à l'amélioration de la qualité du triage en service d'urgence.

Utilisation ultérieure des résultats de l'étude

La validation de ces indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence adaptés au contexte québécois permettront, lors d'une étape ultérieure, l'élaboration d'un instrument de mesure valide et fiable de la qualité du triage en service d'urgence. Cet instrument de mesure rendra alors possible la mesure et l'évaluation de la qualité existante du triage en service d'urgence ainsi que l'apport de correctifs nécessaires pour son amélioration. Par conséquent, les infirmières et infirmiers pourront ainsi accomplir leurs obligations professionnelle et sociale de développement continu de la qualité (Grenier, 1996).

Considérations éthiques

Votre participation comme informateur clé est anonyme, volontaire et bénévole. Vous êtes libres de participer à l'étude, de refuser d'émettre votre opinion sur certains items et de vous retirer de l'étude à tout moment.

Échéancier

Lorsque vous aurez complété ce questionnaire, nous apprécierions que vous nous le retourniez au plus tard 30 novembre 2000.

Si vous rencontrez des difficultés...

Dans le cas où vous auriez besoin d'informations supplémentaires, n'hésitez pas à me contacter : Denise Kudirka, au numéro de téléphone : (514) 362-8599 ou à l'adresse électronique deniseku@hotmail.com. Je vous remercie infiniment de participer à cette étude. Une copie des indicateurs validés vous sera remise une fois l'étude terminée.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à ma demande et vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Denise Kudirka, infirmière
Etudiante à la maîtrise, faculté des sciences infirmières
1647 Egan ave, Montréal, Qc, H4E 2J6

ANNEXE III

EQUIPEMENT DE LA SALLE DE TRIAGE

Équipement de la salle de triage
Oxygène
Équipement pour administrer de l'oxygène.(masques pour adulte et enfant, ambu bag pour adulte et enfant)
Appareil à succion.
cathéters pour aspirer (yaunker, 8 Fr)
Gel muco et solution saline pour instiller lors de succion.
Gants, masques et lunettes protectrices, boîte pour objets contaminés.
Bureau
Chaises : une pour l'infirmière et deux pour la famille.
Civière
Paravent ou rideau
Horloge
Réfrigérateur (glace, suppositoires d'acétaminophen, solution pour la réhydratation orale)
Lavabo, distributrice de papier, poubelle, panier à linge
Téléphone et système d'intercom.
Balance pour enfant et adulte
Mètre pour mesurer la taille
Ruban à mesurer
Sphygmomanomètre électronique avec brassard pour tous les âges et pour les personnes très grandes.
Doppler
Saturomètre
Thermomètre (rectale, orale, gel muco, axillaire, tympanique)
Glucomètre
Manomètre pour le débit expiratoire de pointe.
Électrocardiogramme (ECG)
Lampe de poche
Chaise roulante facilement accessible
Les équipements électroniques sont calibrés régulièrement. Glucomètre, saturomètre, sphygmomanomètre électronique.
Sacs de glace, glace, écharpes, bandages élastiques, attèles,
Compresses stériles et non-stériles, rubans adhésifs, bandages adhésif, bandelettes, solution saline stérile, chlorhexidine.
Contenants stériles et non-stérile, sac collecteur d'urine bébé et enfant, savon liquide, écouvillon pour culture, abaisses langue.

Masques protecteurs (Tuberculose et immunocompromis).
Haricots,
Jaquettes, draps, serviettes, piqués, couches de coton, serviette sanitaires.
Acétaminophen (comprimés, suppositoires, liquide), seringues, gobelets, verres,
Garrot, opsite, crème anesthésiante (ametop).
Bracelets d'identification, bracelets d'allergie.
Cartes d'isolation.
Dépliants pour l'enseignement (fièvre, réhydratation orale, CLSC...)
Livres de références et protocoles
Réquisitions et feuilles pour documenter.
Équipements pour immobiliser une victime d'accident se présentant à pied (collet cervical, planche, sangles).
Équipements pour accouchement d'urgence (sac d'obstétrique)
Un téléphone en lien avec les autres parties du département ainsi qu'un système d'intercom, liste de numéro de téléphone interne.
Un téléphone en ligne directe avec la centrale des services ambulancier.
Espace pour des ordinateurs, la station du centre anti-poison, et tout autre équipement de communication.
Tableau indicateur du temps d'attente à l'urgence (mis à jour fréquemment)

ANNEXE IV

PREMIÈRE GRILLE DE VALIDATION DES INDICATEURS DE LA QUALITÉ DU TRIAGE EN
SERVICE D'URGENCE

Grille de validation d'indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence

Identification de l'informateur clé	
Nom	
Formation	
Nombre d'années d'expérience en service d'urgence	
Nombre d'années d'expérience à la fonction du triage	

# 1.1	Ressources humaines	
# 1.1.1	Qualification de l'infirmière	
# 1.1.1.1 L'infirmière au triage possède une expérience professionnelle pertinente soit un an en soins d'urgence auprès des patients gravement atteints.		
Clarté	Pertinence	Importance
(4) Clair (3) Légèrement ambigu (2) Ambigu (1) Incompréhensible	(4) Très pertinent (3) Pertinent (2) Peu pertinent (1) Non pertinent	(4) Très important (3) Important (2) Peu important (1) Non important
Raisons	Raisons	Raisons
Suggestions de modification d'indicateur		

# 1.1	Ressources humaines	
#1.1.1	Qualification de l'infirmière	
#1.1.1.2 L'infirmière au triage détient un baccalauréat.		
Clarté	Pertinence	Importance
(4) Clair (3) Légèrement ambigu (2) Ambigu (1) Incompréhensible	(4) Très pertinent (3) Pertinent (2) Peu pertinent (1) Non pertinent	(4) Très important (3) Important (2) Peu important (1) Non important
Raisons	Raisons	Raisons
Suggestions de modification d'indicateur		

ANNEXE V

LETTRE DE RELANCE

Madame

Montréal, 12 janvier 2001

Objet : rappel pour l'achèvement de la grille de validation des indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence.

Bonjour Madame,

Je profite de cette mi-janvier pour vous offrir mes vœux pour la nouvelle année 2001 et solliciter votre participation comme informateur clé afin de compléter la grille de validation des indicateurs de qualité du triage en service d'urgence que vous avez en votre possession depuis le sept décembre 2000.

Je suis consciente que l'échéance, fixée au 20 décembre 2000, coïncide avec la période la plus achalandée de l'année pour les services d'urgence. Je désire m'excuser pour ce surcroît de travail et vous remercie pour les efforts fournis afin de rencontrer cette échéance.

Votre collaboration à cette étude est primordiale car elle lui donne toute sa validité professionnelle. Votre intérêt pour les soins infirmiers en service d'urgence est grandement apprécié. En espérant recevoir votre grille de validation complétée d'ici le 20 janvier 2001.

Dans le cas où vous préféreriez compléter la grille de validation sous le format papier et non électronique, n'hésitez pas à me contacter : Denise Kudirka, au numéro de téléphone : (514) 362-8599 ou à l'adresse électronique deniseku@hotmail.com. Je vous remercie infiniment de participer à cette étude.

Bien à vous.

Denise Kudirka, infirmière
Étudiante à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières
1647 ave Egan, Montréal, Qc,
H4E 2J6

ANNEXE VI

RÉSULTATS DE LA PREMIÈRE ÉTAPE DE VALIDATION

clé	indicateur	Clarté		Pertinence		Importance		Nombre	validé
		Moyenne	Écartype	Moyenne	Écartype	Moyenne	Écartype		
1	1,1,1,1	3.62	0.51	3.62	0.51	3.75	0.45	12	validé
		L'infirmière au triage possède une expérience professionnelle pertinente soit un an en soins d'urgence auprès des patients gravement atteints.							
		Très bien de spécifier: soins aux patients gravement atteints, donc l'infirmière doit avoir été orientée au «code» (les cas instables) et avoir cumulé un certain nombre de quarts de travail à cet endroit également (par exemple, 25 ou plus) -me paraissent aussi importants comme qualifications: formation spécifique au triage («orientations»), avec la supervision par pair qualifié durant quelques quarts de travail. L'infirmière doit posséder au moins 1 an d'expérience d'urgence (pas soins aigus confondus). L'expérience et l'éducation sont nécessaires. Soit un minimum d'un an. Plus il y a d'expérience mieux cela vaudra. Gravement atteints est ambigu. Très important que l'infirmière ait au moins 1 an d'expérience en soins d'urgence avant de faire du triage. L'infirmière au triage possède une expérience professionnelle pertinente soit un an en soins d'urgence. Un an me semble court. Suggère 2 ans. Je sais que c'est une norme OIQ par contre personnellement je trouve qu'un an n'est pas suffisant pour développer son jugement clinique et son							
2	1,1,1,2	4	0	2.38	0.87	2.31	0.75	13	rejeté
		L'infirmière au triage détient un baccalauréat.							
		C'est bien de se poser la question, en ces temps politiques, mais nos meilleures trieuses n'ont qu'un DEC. La détection d'un baccalauréat pour l'infirmière au triage est souhaitable. Le programme de formation est en voie de transformation, il y aura à mon avis intégration du osep avec l'université. Il ne faut pas oublier qu'actuellement que plusieurs infirmières détentrices d'un diplôme d'étude collégiale le font très bien à considérer l'expérience acquise sur le terrain. Importance d'aussi de considérer l'expérience sur le terrain. Manque de ressources à considérer. A considérer l'expérience. Il y a des infirmières avec une technique qui ont une meilleure expertise en triage que certaine avec un bacc. dont les connaissances ne sort pas à jour. En plus, c'est très dégradant et démoralisant pour une infirmière technicienne qui a une aussi bonne expertise. En plus le nombre de techniciennes est beaucoup plus grand que le nombre de bacc. Cet énoncé n'aide en rien à revaloriser la profession d'infirmière. Mais pas absolument nécessaire. Les							
		Mais pas absolument nécessaire. Les données me semblent très limitées à ce sujet. Le triage me semble une fonction opérationnelle où l'expérience et surtout l'excellence me semblent devoir primer sur la diplomation. Ajouter une nuance alternative comme "...ou une expérience suffisante à l'urgence en soins critiques." Le BAC ne donne pas l'expérience et le jugement clinique nécessaire au triage et si on met cette norme plus personne n'ira au triage. Il est impossible de croire que toutes les infirmières faisant du triage peuvent détenir un baccalauréat. Il faudrait donc inclure les infirmières ayant une expérience pertinentes. De plus, les infirmières qui sortent d'une formation avec baccalauréat n'ont pas les connaissances nécessaires au triage. L'infirmière au triage devrait détenir un baccalauréat et l'expérience nécessaire.							
3	1,1,1,3	3.38	0.87	3.42	0.67	3.55	0.52	11	accepté
		La description des activités de l'infirmière au triage est disponible.							
		Iniquerait plutôt sa description de tâches et sa description de fonctions. Je ne suis pas sure de l'énoncé. Veut-on dire à l'intérieur du département qu'il y a une description de tâches au triage? Cela ne me semble pas décrire une qualification mais bien une réalité externe. Activités est un mot à sens très large. La description de la procédure pour l'infirmière au triage est disponible							
4	1,1,1,4	3.67	0.49	3.92	0.28	3.92	0.28	13	validé
		La conformité de l'infirmière aux protocoles de triage est mesuré et évalué.							
		Quand est-elle évaluée : au début de sa carrière de trieuse (pour valider la formation?) en cours d'emploi ? De façon sporadique ? Aléatoire ? Et par qui ? Et quelles implications une évaluation négative a-t-elle ? (bien détailler les conséquences, et bien valider les outils). Mesure et évaluation : très important, et trop absent de notre système de soins, particulièrement diras-je, chez les infirmières (du moins dans mon milieu). Indiquer comment sera faite l'évaluation, la fréquence... Malheureusement cela n'existe pas chez nous. C'est à l'infirmière elle-même de vérifier ces triages le lendemain afin de s'auto évaluer elle-même afin d'améliorer sa pratique. Toute bonne infirmière devrait en faire un devoir. Comment on le mesure ??? Procédures et non pas protocoles. La conformité de l'infirmière aux procédures de triage est mesurée et évaluée.							
5	1,1,1,5	3.23	1.09	2.31	0.75	2.31	0.75	13	rejeté
		La sélection de l'infirmière du triage se base sur les qualités et l'engagement de cette dernière aux soins d'urgence évalués au cours d'une entrevue avec l'infirmière chef.							
		Laisse sous entendre qu'elle pourrait être dispensée du triage si elle n'était pas intéressée ou motivée à le faire ... pas d'accord. Laisse aussi sous entendre qu'il y aurait 2 catégories d'infirmières (ayant un poste) à l'urgence: les trieuses et les non-trieuses ...pas d'accord. Il faut ajouter ajout d'expérience en soins critiques, expérience sur le terrain, habiletés techniques et de jugement. Peu important si évalués que par l'entrevue. Est-ce qu'on parle ici de l'évaluation de l'expertise de l'infirmière au triage par son infirmière chef ou supérieur immédiat. Ne devrait pas être basé seulement sur cette entrevue. Si nous nous basons sur cet indicateur plus aucune infirmière ira au triage. Ou bien c'est le mot "engagement" qui est trop fort. Se base sur son expérience et son jugement. Cela devrait être une attente que toutes infirmières au triage tendent à bien fonctionner au triage. Les qualités d'une infirmière au triage ne peuvent être évaluées lors d'une entrevue. Il s'agit d'une façon d'être et non un savoir. La sélection de l'infirmière du triage tient compte de							

1.1.1.2 suite

13 1,2,1,2	3.77	0.6	13	3.77	0.44	13	3.69	0.48	13	Près de l'aire de l'enregistrement. le triage doit se faire avant l'inscription. L'aire de triage est située à la porte d'entrée du service d'urgence près de l'aire de l'enregistrement. Quand on parle de porte, on devrait spécifier qu'il s'agit de l'accès pour les patients, incluant les ambulants et les patients en ambulances.	validé
14 1,2,1,3	3.92	0.28	13	3.69	0.48	13	3.77	0.44	13	La signalisation permet un repérage rapide de l'aire de triage.	validé
15 1,2,1,4	4	0	13	3.62	0.51	13	3.77	0.44	13	Les lieux physiques permettent à l'infirmière du triage d'effectuer une surveillance visuelle continue des usagers qui arrivent à pied ou en ambulance.	validé
16 1,2,1,5	3.92	0.28	13	3.38	0.65	13	3.31	0.75	13	Les lieux physiques permettent à l'infirmière du triage d'effectuer une surveillance visuelle continue de l'aire d'enregistrement.	validé
17 1,2,1,6	4	0	13	3.69	0.48	13	3.69	0.48	13	Dans un futur rapproché, dans tous les hopitaux, les patients s'inscrivent après avoir été vus par l'infirmière du triage (normes de IETG), donc... À ne pas oublier que le triage doit se faire avant l'inscription.	sourmettre
18 1,2,1,7	3.85	0.38	13	3.62	0.65	13	3.77	0.44	13	Nous ne pouvons voir de la salle de triage la salle d'attente. Des patients dans l'aire d'attente du pré-triage. Est-ce qu'on veut dire l'aire de l'enregistrement?? ou le pré-triage avant un questionnaire plus complet. À mon avis cela se fait souvent dans la même aire. À mon avis se fait dans le même aire. Continueur veut dire tout le temps; cela est vraiment dans un monde idéal où l'infirmière à beaucoup de temps libre.	validé
19 1,2,1,8	4	0	13	3.85	0.38	13	3.85	0.38	13	La confidentialité en général, dans toutes les aires de soins à l'urgence (malheureusement si peu respectée).	validé
20 1,2,1,9	3.92	0.28	13	3.92	0.28	13	3.92	0.28	13	Les portes doivent permettre le passage aisé des chaises roulantes et des civières.	validé
21 1,2,1,10	4	0	13	3.77	0.44	13	3.77	0.44	13	De l'aire de triage ?	validé
22 1,2,1,11	4	0	13	3.38	0.77	13	3.38	0.65	13	Ajout examen <u> sommaire </u> puisque le triage n'est pas l'examen de l'utilisateur.	validé
23 1,2,1,12	3.77	0.44	13	3.62	0.51	13	3.62	0.51	13	La décoration de la salle de stabilisation est facilement accessible à partir de l'aire de triage.	validé
24 1,2,1,13	3.85	0.38	13	3.25	0.62	12	2.92	0.95	13	L'aire de réanimation et l'aire civière. Ceci est un problème moindre en autant que le processus de transfert des patients dans les chambres est bien compris. Salle de stabilisation = salle de choc ? Définir salle de stabilisation.	validé
25 1,2,1,14	4	0	13	3.23	0.6	13	3.23	0.6	13	Ajouterai, les portes permettent le passage aisé des chaises roulantes. Ceux-ci sont des points importants pour le triage. C'est un point qui maintient l'organisation. De la salle d'attente oui mais pourquoi du triage? La localisation des toilettes n'entre pas dans la procédure de triage	rejeté
26 1,2,1,15	3.92	0.28	13	3.77	0.44	13	3.85	0.38	13	Est-ce que votre mémoire vient avec des interventions pour les hôpitaux? sans blague, attention aux jouets de la salle d'attente comme vecteur de contamination infectieuse, particulièrement chez les enfants. Point très important pour tout service d'urgence qui a une population pédiatrique. Tout dépend de la vocation. Ajout aménagée sécuritairement. Il ne faut pas oublier que nous sommes dans un contexte de salle d'urgence.	rejeté
27 1,2,2,1	4	0	13	3.92	0.28	13	3.92	0.28	13	Proches pas nécessairement accompagnateurs	validé
28 1,2,2,2	3.77	0.44	13	3.77	0.6	13	3.77	0.6	13	Ainsi que les toilettes de la salle d'attente. Je comprend que l'aire devrait être propre. Je crois que ce n'est pas toujours possible et qu'on pourrait formuler la question ainsi : L'aire de triage devrait être maintenue propre.	validé
29 1,2,3,1	3.67	0.49	12	3.31	0.75	13	3.38	0.65	13	Proposition : La salle d'attente est pourvue d'une section spéciale pour les contagieux au lieu de les laisser dans un couloir froid (Voir appendice A soit à la fin de ce document ou sur le deuxième fichier ci-joint). Attention ! La liste contient du matériel qui n'est pas pertinent pour le triage.	validé
										Décrire précautions universelles (gants ? Masques ? Lavabo ? Savon ?	validé
										En sécurité : à quel égard? L'infirmière se sent en sécurité dans l'aire de triage. (deux portes de sortie, un gardien de sécurité visible à proximité, un bouton-poussoir d'appel à l'aide, etc...) Peut-être que je ne saisis pas cette question mais elle a rapport avec la sécurité ou la perception que quelqu'un est proche si une inquiétude surgit du à la détérioration de l'état de santé ? Sécurité = contact avec l'infirmière ? qu'est-ce qui fait sa sécurité médecins compétents ? la renommée du centre hospitalier éclairage porte de sortie près. Difficilement mesurable. L'utilisateur exprime son sentiment de sécurité dans l'aire de triage.	rejeté

30 1,2,3,2	L'usager se sent en sécurité dans la salle d'attente. 3.62 0.51 13 3.46 0.66 13 3.38 0.65 13	En sécurité, parce que l'infirmière le surveille (état de santé)? -ou en sécurité, parce que le gardien de sécurité s'assure qu'il n'y a pas de patient dangereux ou de délinquants qui traitent par là? Commentaire idem à l'indicateur 1,2,3,1. Difficilement mesurable. L'usager exprime son sentiment de sécurité en regard à la salle d'attente.	validé
31 1,2,3,3	L'infirmière se sent en sécurité dans l'aire de triage. 3.67 0.65 12 3.83 0.39 12 3.92 0.29 12	Décrive l'aire du triage. L'agent de sécurité doit se situer près de l'aire de triage. J'ajouterais en tout temps. Se sentir me semble insuffisant. Elle DOIT être en sécurité. Une cloche d'appel reliée à la sécurité une porte de sortie etc. L'infirmière exprime son sentiment de sécurité dans l'aire de triage grâce à un outil de validation.	validé
32 1,2,3,4	L'infirmière se sent en sécurité dans la salle d'attente. 3.85 0.38 13 3.62 0.51 13 3.62 0.51 13	Pas toujours. L'agent de sécurité doit se situer près de l'aire de triage. En tout temps. Commentaire idem à l'indicateur 1,2,3,1. L'infirmière exprime son sentiment de sécurité dans la salle d'attente.	validé
33 1,2,3,5	L'infirmière du triage a un système de communication directe avec le service de sécurité. 3.92 0.28 13 3.92 0.28 13 3.92 0.28 13	Facilement accessible. En tout temps. Ou de l'équipe d'intervention en situation de crise.	validé
34 1,2,3,6	Il existe un protocole pour la collecte et l'enlèvement des matières dangereuses de la salle de triage. 3.31 1.03 13 3.18 0.87 11 3.27 0.9 11	Désolé, je ne comprend pas cette question par conséquent, je ne peux pas la modifier ou apporter de suggestion. Une salle de décontamination ??? Ou'est-ce que vous considérez comme matière dangereuse. Utiliser le mot "procédure" et non protocole. La procédure de collecte des matières dangereuses devrait être pour le département d'urgence et non seulement pour le triage.	rejeté
35 1,2,4,1	L'aire de triage permet une communication directe avec les autres membres de l'équipe du service d'urgence. Note explicative : via : téléphone, intercom, ordinateur. 4 0 13 3.77 0.44 13 3.77 0.44 13	Proposition : Il existe une procédure bien établie pour répondre à un signal de détresse provenant du triage. L'aire de triage est dotée d'une seconde sortie accessible.	validé
36 1,2,4,2	Une ligne téléphonique directe relie l'aire de triage avec le service ambulancier. 4 0 12 3.5 1 12 3.58 0.79 12	Dans notre milieu, l'infirmière doit souvent chercher avant de trouver son interlocuteur (eg. infirmière à qui elle veut transférer immédiatement un cas).	validé
37 1,2,4,3	Un service d'interprètes est disponible 24 h/24. 3.92 0.28 13 3.23 0.73 13 3.15 0.69 13	Il n'est pas évident que les communications doivent passer par le triage, mais ceci pourrait être discutée. Ligne téléphonique reliée avec salle de réanimation. Lorsque les ambulanciers téléphonent, c'est que l'usager est en pré-code, en code ou un polytraumatisé donc il est plus important que le téléphone soit dans la section réanimation.	validé
38 1,2,4,4	De l'équipement spécial est disponible pour communiquer avec des personnes présentant un handicap visuel ou auditif (site internet du langage par signe, clavier pour malentendant). 3.77 0.6 13 2.62 0.65 13 2.54 0.66 13	Pour quelles langues? rémunéré par qui? Je ne crois pas qu'un système doit être disponible 24 heures par jour. D'autres supports peuvent être disponible. Seulement utile dans certaines régions. Cet équipement spécial est important mais pas au triage car ça allongerait beaucoup trop le temps de triage et ce serait les autres usagers qui risqueraient d'en souffrir. Encore une fois ce n'est pas toujours possible 24hr/jour mais aussi il y a des alternatives. En pédiatrie les clients sont généralement accompagnés par leur interprète ou leur famille et ils ont généralement leurs orthèses/prothèses. Ce sont les 2 pièces d'équipement cités que je trouve exagéré. Un interprète peut suffire par exemple avec les malentendants. Le temps pour effectuer le triage est très limitée - prendrait trop de temps. Je ne sais pas à quoi réfère les exemples. Je doute que, vu le faible volume, ceci se justifie. Mieux vaut dans le doute évaluer le patient plus rapidement. Enlever le mot spécial, un amplificateur, crayon, papier suffit à 99% du temps.	rejeté
39 1,2,4,5	Lorsque l'infirmière au triage a identifié un besoin non satisfait, elle le communique aux autres professionnels soignants de l'aire de traitement en inscrivant au dossier 3 1,22 13 3.2 1.14 10 3.2 1.14 10	Ajouterait en leur disant aussi verbalement. Désolé je ne comprend pas ce qui est demandé. Communication verbale aussi! A quoi correspond "besoin non satisfait"? Inscrive au dossier, c'est long si on parle de douleur OK mais si on parle de manger c'est non pertinent. Un besoin non satisfait trop large aimes est un besoin. La collecte de données au triage permet l'évaluation de l'état de santé de l'usager mais n'est pas l'analyse des besoins du patient. La collecte des données pour les besoins fondamentaux du patient doit être fait dans l'aire de traitement	rejeté
40 1,3,1,1	Des indications claires (écrites) informant les usagers du déroulement de la visite 3.92 0.28 13 3.08 0.76 13 3.08 0.76 13	S'agit-il d'un panneau indicateur affiché, ou d'un dépliant remis à chaque usager? Des indications claires verbales. Des indications verbales claires sont essentielles. Je crois fortement à la communication verbale avec les patients. Les instructions écrites sont bonnes, mais elles ne peuvent remplacer de parler aux patients. Informations écrites répondent seulement à environ 50% de la population considérant toutes les langues et le niveau d'analphabétisme qui est extrêmement élevé au O	soumettre
41 1,3,1,2	Au changement de quart de travail l'infirmière transmet l'information sur les usagers qui attendent dans la salle d'attente. 4 0 13 3.69 0.63 13 3.77 0.44 13	Ce rôle revient aux infirmiers dans les salles de traitements (dans la section ambulatoire). Les infirmières du triage ne garde pas les dossiers ni la liste des usagers de la salle d'attente. Important mais pas au triage.	validé

- 42 1,3,1,3 Au changement de quart de travail l'infirmière transmet l'information sur les usagers qui sont attendus. 3,85 0,55 13 3,38 0,77 13 3,46 0,78 13 13 validé
- 43 1,3,1,4 Lors de délai d'attente prolongé, un message annonce ce délai d'attente et avise les usagers de contacter le personnel soignant afin de l'informer, le cas échéant, de toute détérioration de leur condition. 3,77 0,6 13 3,23 1,24 13 3,33 1,07 12 12 rejeté
- 1.3.1.4 suite
- 44 1,3,1,5 Suite à l'appel téléphonique du répartiteur ambulancier, l'infirmière du triage transmet immédiatement l'information recueillie à l'équipe de réanimation. 3,92 0,28 13 3,85 0,55 13 3,85 0,55 13 13 validé
- 1.3.1.4 suite
- 45 1,3,2,1 Une classification est utilisée dans le processus de triage pour déterminer le degré d'urgence des soins requis par le patient en fonction des signes et symptômes présentés (motif de consultation) afin d'éviter toute détérioration de son état pendant l'attente. 3,77 0,44 13 3,92 0,28 13 3,83 0,58 12 12 validé
- 46 1,3,2,2 Le système de classification utilisée a été préétabli et accepté conjointement par les infirmières et les médecins. 3,83 0,58 12 3,75 0,62 12 3,92 0,29 12 12 validé
- 47 1,3,2,3 L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG) est le système de classification utilisée au service d'urgence. 4 0 13 3,92 0,28 13 3,85 0,38 13 13 validé
- 48 1,3,2,4 Un système à cinq niveaux de priorités est utilisé afin de mieux discriminer les besoins des patients. 3,92 0,28 13 3,88 1,12 13 3,58 0,9 12 12 validé
- 49 1,3,2,5 Le protocole de détermination du niveau d'urgence d'intervention médicale indique les conditions d'inclusion pour les usagers éligibles au service des consultations mineures rapides. 2,92 0,95 13 3,36 0,67 11 3,36 0,67 11 11 rejeté
- 50 1,3,2,6 Le protocole de détermination du niveau d'urgence d'intervention médicale indique les conditions d'inclusion pour les usagers éligibles à une référence hors service. 2,92 0,95 13 3,36 0,67 11 3,36 0,67 11 11 rejeté

3.23	0.83	13	3.42	0.67	12	0.67	12	Je crois comprendre que c'est également impossible pour l'infirmière du triage de référer hors-service actuellement : est-ce bien le cas? Niveau d'urgence = priorité Définir la référence hors service. Si nous utilisons des références hors services. Voir précédente. L'orientation des usagers à une référence extérieure fait parti d'une procédure d'établissement. Nous ne pouvons demander aux établissements de mettre cette procédure en place.	rejeté		
51 1,3,2,7	3.62	0.51	13	3.69	0.48	13	3.62	0.51	13	Un protocole pour la réévaluation périodique et systématique des patients en attente indique le nombre, le type et la fréquence des réévaluations pour chaque niveau de classification. Systémique ou systématique? Type : éclaircir ce mot. Le nombre et la fréquence. Une procédure pour la réévaluation périodique et systématique des patients en attente indique le nombre, le type et la fréquence des réévaluations pour chaque niveau de classification.	validé
52 1,3,2,8	3.92	0.28	13	3.85	0.38	13	3.85	0.38	13	Des protocoles élaborés par les médecins en collaboration avec les infirmières et approuvés par le CMDP indiquent les conditions d'initiation de mesures thérapeutiques. Actes médicaux délégués, j'enverrais en collaboration dans la pratique c'est plutôt les inf qui élaborent les protocoles - souligner thérapeutiques. Que sont exactement des mesures diagnostiques.	validé
53 1,3,2,9	3.92	0.28	13	3.54	0.88	13	3.46	0.88	13	Des protocoles élaborés par les médecins en collaboration avec les infirmières et approuvés par le CMDP indiquent les conditions d'initiation de mesures diagnostiques. Diagnostic infirmier ou Md? Commentaire idem à l'indicateur 1,3,2,8, en plus souligner diagnostics.	validé
54 1,3,2,10	4	0	13	3.85	0.38	13	3.85	0.38	13	Un comité constitué d'une infirmière et d'un médecin discute des difficultés rencontrées au triage, suggère des solutions, évalue idéalement 4 personnes. Mon hésitation vient de l'inf. avec un médecin. Je ne suis pas convaincue qu'il faut absolument un médecin à toutes ces étapes. Le comité devrait être constitué d'inf et md mais plus que 1 chez nous c'est 3 inf 3 md 1 monitrice 1 chef d'unité sinon cela est non représentatif. Un comité constitué d'une infirmière et d'un médecin discute des difficultés rencontrées au triage, suggère des solutions, évalue les diverses étapes du triage et réévalue périodiquement les différents protocoles et procédures du triage.	validé
55 2,1,1,1,1	3.62	0.65	13	3.77	0.44	13	3.68	0.51	12	Une infirmière formée à la fonction du triage est la première personne qui accueille les usagers au service d'urgence. Pas toujours. À préciser formée pour le triage. Il est possible que le terme « accueil » soit imprécis : en effet, on pourrait penser qu'un agent de sécurité « accueil » et dirige ensuite le patient vers l'infirmière, qui l'évalue. Une infirmière assignée au triage est la première personne qui accueille le usagers au service d'urgence.	validé
56 2,1,1,1,2	3.46	0.66	13	3.77	0.44	13	3.77	0.44	13	Tout usager qui se présente au service d'urgence est accueilli dans les meilleurs délais afin d'identifier ses besoins en fonction du risque potentiel que son état présente pour sa vie ou sa santé. Préciser les meilleurs délais. Meilleurs délais? C'est quoi dans un monde idéal. Pourquoi ne pas proposer un délai? « Les meilleurs délais » peut très bien vouloir dire 1 heure, en cas de débordement par exemple, si rien n'est fait pour éviter ceci. Moi, j'ajouterais besoin de santé meilleurs délais c'est vague 5 min ou 30 min selon l'achalandage.	validé
57 2,1,1,1,3	3.62	0.87	13	3.68	0.51	12	3.42	0.51	12	L'infirmière du triage se présente. Se nomme et décrit son rôle. Je ne suis pas sûre de comprendre. Essayez-vous de dire que l'infirmière du triage est la première à voir le patient? Ou le patient sera vu par l'infirmière du triage avant l'inscription? Se présente en personne ou avec titre et nom. Réfère à « what's in a name? » de la journaliste Susan Gordon. Est-ce vraiment un indicateur de qualité ou bien est-ce à inclure dans la procédure?	validé
58 2,1,1,1,4	4	0	13	3.62	0.51	13	3.62	0.51	13	L'infirmière du triage explique qu'elle va procéder à l'évaluation initiale. Est-ce vraiment un indicateur de qualité ou bien est-ce à inclure dans la procédure?	validé
59 2,1,1,1,5	3.85	0.38	13	3.75	0.62	12	3.73	0.65	11	L'infirmière du triage demeure attentive à l'arrivée de nouveaux patients même lorsque elle effectue une évaluation initiale. Lors de bas achalandage. Du patient qu'elle questionne au triage. Initie le mode quick look aussitôt qu'elle voit des patients en attente. Je me questionne si on est attentive à l'arrivée de nouveaux patients comment est la qualité de l'intervention que nous effectuons.	validé
60 2,1,1,1,6	3.62	0.77	13	3.85	0.38	13	3.85	0.38	13	L'infirmière du triage interromp l'évaluation en cours lors d'une arrivée imprévue d'un usager ayant une condition urgente. Doit interrompre l'évaluation en cours à l'arrivée d'un autre patient pour évaluation. J'ajouterais un commentaire que l'arrivée d'un autre patient est "urgent". Ambigu parce qu'il peut être difficile de déceler une condition urgente AVANT le triage. Ne faut-il pas plutôt prévoir un délai maximal d'évaluation, et des réévaluations? J'aimerais mieux voir : à l'arrivée d'un usager ayant une condition urgente une ("autre") infirmière est disponible pour effectuer son triage. Est-ce vraiment un indicateur de qualité ou bien est-ce à inclure dans la procédure?	validé
61 2,1,1,1,7	3.92	0.28	13	3.77	0.44	13	3.77	0.44	13	L'infirmière du triage démontre des capacités à entrer en relation avec l'usager quel que soit son âge, sa culture ou son niveau intellectuel. Démontre des capacités d'entrer en relation... comment vérifie-t-on cela? C'est à mon avis une des caractéristiques les plus importantes.	validé
62 2,1,1,1,8	3.92	0.28	13	3.64	0.52	13	3.54	0.52	13	L'infirmière du triage démontre de la compréhension, du doigté, de la patience et de la discrétion.	validé
63 2,1,1,1,9	3.85	0.38	13	3.69	0.48	13	3.62	0.51	13	L'infirmière du triage démontre des habiletés d'écoute. Le temps passé avec l'usager doit être défini (et limité). Et de synthèse rapide. Il faudrait décrire les habiletés d'écoute sinon c'est difficile à évaluer et c'est moins mesurable.	validé

64	2,1,1,1,10	L'infirmière du triage démontre de la réceptivité aux questions des usagers.	3.85	0.55	13	3.62	0.51	13	3.62	0.65	13	Ne pas oublier que le principal est de procéder à l'évaluation, qui prime sur l'information ici. Elle peut-être réceptive, les écouter mais ne jamais répondre à leurs questions ici je crois qu'on veut mesurer la réponse. L'infirmière au triage répond adéquatement aux questions des usagers.	validé
65	2,1,1,1,11	L'infirmière du triage démontre des habiletés afin de désamorcer des situations potentielles d'agression.	3.85	0.38	13	3.69	0.48	13	3.69	0.48	13	Habiletés innées ou acquises? Démonstre des habiletés... un peu ambiguë. Définir habiletés. On pourrait aussi ajouter l'hi au triage ne contribue pas par ses paroles, ses gestes à augmenter l'agressivité des usagers.	validé
66	2,1,1,1,12	L'inscription de l'usager ne se fait que lorsque le triage est complété.	3.85	0.55	13	3.08	1.19	13	3	1.15	13	Ce qui à mon avis est important, c'est qu'un pré-triage soit fait avant l'inscription mais le triage peut être complété après l'inscription. Le client devrait être enregistré avant de voir l'infirmière sinon il devient difficile de suivre le patient s'il a besoin de soins rapidement. Ne faudrait-il pas dire : lorsque toutes les mesures d'évaluation et de traitement nécessaires de façon urgente ont été initiées? Je sais que c'est une demande de l'OCIQ et du CM mais la réalité des urgences est différente. Après le pré-triage surtout. Selon certains établissements, l'inscription peut se faire après une évaluation sommaire (Quick-look) et avant l'évaluation initiale. Ne fait pas parti du triage en soit. Les soins ont été amorcés.	soumettre
67	2,1,1,1,13	Lorsque l'état de l'usager nécessite des soins immédiats, la procédure d'inscription se fait une fois que	4	0	13	3.54	0.88	13	3.54	0.88	13	Ne fait pas parti du triage en soit. Ne fait pas parti du triage en soit. Proposition: idéalement, le pt devrait toujours être vu par l'infirmière du triage à son arrivée néanmoins l'information écrite à l'enregistrement au sujet de l'histoire médicale antérieure peut être utile au triage. Dépendant de la façon qu'ils arrivent (ambulance vs marcher), nous utilisons ABCD (D = disability avec mnémonique AVPLU) pour tout patient par ambulance et trauma. Dès son entrée suppose que l'infirmière est à même de l'apercevoir initialement, ce qui n'est peut-être pas le cas...	validé
68	2,1,1,2,1	L'évaluation initiale débute par une évaluation visuelle rapide de l'ABC (état de conscience, voies aériennes	3.69	0.63	13	3.77	0.44	13	3.77	0.44	13	Information écrite à l'enregistrement au sujet de l'histoire médicale antérieure peut être utile au triage. Dépendant de la façon qu'ils arrivent (ambulance vs marcher), nous utilisons ABCD (D = disability avec mnémonique AVPLU) pour tout patient par ambulance et trauma. Dès son entrée suppose que l'infirmière est à même de l'apercevoir initialement, ce qui n'est peut-être pas le cas...	validé
69	2,1,1,2,2	Le motif de consultation est inscrit au dossier avec les mots ou expressions utilisés par l'usager.	3.92	0.28	13	3.23	0.44	13	3.23	0.44	13	Cela dépend des clients quelques uns sont très peu instruits et en discutant on peut décrire le problème plus clairement et de façon plus scientifique et précise et concise. "...lorsque c'est possible." Si nous avons des protocoles et un arbre de décision il n'y a pas de place aux mots et/ou expressions utilisés par l'usager. Le protocole ainsi que les questions s'y rattachant sont inscrits au dossier de l'usager. Le motif de consultation est inscrit au dossier incluant les mots ou expressions utilisés par l'usager.	soumettre
70	2,1,1,2,3	L'évaluation initiale de l'usager porte exclusivement sur le motif de consultation et les signes et symptômes	3.92	0.28	13	3.31	0.75	13	3.54	0.52	13	Il est dangereux de parler "d'exclusivité", alors que parfois une information autre est importante. Selon chaque cas. Elle ne porte pas exclusivement sur le motif, mais comprend beaucoup d'autres données permettant d'attribuer une priorité de triage. L'évaluation initiale de l'usager comprend le motif de consultation, les signes et symptômes, les signes vitaux, l'état de conscience, l'évaluation de la douleur avec l'échelle PQRST, les antécédents, les médicaments et les allergies lorsque pertinents.	soumettre
71	2,1,1,2,4	L'évaluation des symptômes indique a) la partie du corps atteint, b) le moment d'apparition, c) leur sévérité (quantité et qualité), d) leur évolution, e) la durée,	3.69	0.63	13	3.46	0.78	13	3.54	0.66	13	En fait, toute question permettant d'établir une priorité: quelques fois, les questions f et g par exemple, ne sont pas pertinentes, et inutilisées au triage, elles le seront peut-être au diagnostic, ce qui est différent. L'évaluation des symptômes indique le : où, quand, comment, caractère, signes et symptômes relié à la raison de consultation. L'énoncé est un peu trop long. Devrait être divisé. Ici, nous utilisons plutôt le PQRST donc vérifier facteur précipitant et nous ne spécifions pas automatiquement l'évolution. La qualité va avec le Q. A-B-C-D-E important F-G non important. Il faut se poser la question si de savoir le # F change quelques choses dans le niveau de triage. Évolution durée. Épisodes antérieurs facteurs qui soulagent cette information auprès de la famille ou des proches accompagnant l'usager.	validé
72	2,1,1,2,5	Lors de la collecte d'information subjective, si l'usager est incapable de s'exprimer, l'infirmière recueille	3.92	0.28	13	3.62	0.87	13	3.62	0.87	13	Faut-il ou ne faut-il pas permettre à ou inviter une 2e personne systématiquement dans l'aire de triage? Indique dans ses notes la provenance de son information. "...lorsqu'ils sont disponibles."	validé
73	2,1,1,2,6	Dans le cas où un usager serait incapable de s'exprimer et qu'une autre personne, un proche ou un	4	0	13	3.38	0.77	13	3.38	0.77	13	Pertinent d'indiquer comment un patient est arrivé (ambulance, à pied...) et accompagné de qui (même si cette personne ne sera pas présente à l'entrevue médicale). Pour moi c'est pas important au triage.	validé
74	2,1,1,2,7	Lors de l'évaluation initiale, l'infirmière note l'état de conscience du membre de la famille qui accompagne	4	0	13	2.46	0.52	13	2.54	0.52	13	Sauf si vraiment indicatif d'une pathologie (eg. suicide, ...) ne pas encombrer la feuille de triage. L'évaluation s'adresse à la personne qui consulte et non le membre de la famille. Pourrait s'inscrire un peu plus tard si l'infirmière n'a pas le temps son rôle principal est de prioriser les patients. L'outil de travail nécessite d'être flexible à ce sujet. S'il y a plusieurs accompagnants, ou dans d'autres situations, ceci n'est pas nécessairement pertinent à l'évaluation elle-même du patient. Si on note un état de détresse, on doit peut être ouvrir un dossier pour cette personne et l'évaluer. Pourrait être inscrit à la suite dans la note d'évaluation et non sur l'évaluation de l'état de santé de l'usager.	rejeté

3.77	0.44	13	3.31	0.85	13	0.85	3.31	0.85	13	Et le numéro de dossier du patient si disponible; ainsi que l'âge de l'enfant (si c'est le cas) pour préparer l'équipe adéquatement. J'ajouterais de noter le no. du véhicule pour les cas où on voudrait reparler à l'ambulancier concernant l'usager. Il y a des centres qui reçoivent 40 ambulances de 9 à 16 hrs. Une autre personne que l'infirmière au triage devrait être avisée surtout dans les grands centres très achalandés. Cette fonction peut avoir été déléguée à l'infirmière responsable dans quelques institutions. Est-ce que l'état de l'usager comprend les Signes vitaux, le Glasgow ou niveau de conscience. Est-ce que les mécanismes des blessures si c'est un trauma est compris dans l'item a? Tout dépend à qui est assignée cette tâche complexe en soi. C et D ne sont jamais donnés. Important c'est de savoir que les ambulanciers arrivent avec un ex. enfant 10 ans déresse respiratoire nos salles sont toujours prêtes. Est-ce que l'état de l'usager devrait s'étendre au signes neurologiques. l'ABC.	rejeté
86 2,1,1,2,19	3.46	0.78	13	3.69	0.48	13	3.69	0.48	13	La durée de l'évaluation initiale doit être brève tout en étant suffisamment élaborée.	validé
87 2,1,1,2,20	3.92	0.28	13	3.23	0.73	13	3.15	0.69	13	L'entrevue est menée dans une atmosphère calme.	rejeté
88 2,1,2,1	3.62	0.65	13	3.77	0.44	13	3.77	0.44	13	Un niveau d'urgence d'intervention médicale est assigné à chaque patient.	validé
89 2,1,2,2	3.92	0.28	13	3.69	0.48	13	3.69	0.48	13	L'assignation du niveau d'urgence d'intervention médicale tient compte des indices de gravités, de l'intensité des symptômes et des facteurs de risques.	validé
90 2,1,2,3	4	0	13	3.54	0.66	13	3.77	0.44	13	Lors de prise de décision difficile pour l'assignation du niveau d'urgence d'intervention médicale, l'infirmière du triage peut compter en tout temps sur le soutien de ses collègues seniors et du personnel médical.	validé
91 2,1,3,1	3.92	0.28	13	3.69	0.63	13	3.65	0.38	13	L'infirmière du triage accompagne d'office les usagers assignés au niveau I et II (réanimation et très urgent) à la salle de stabilisation.	validé
92 2,1,3,2	3.92	0.28	13	2.92	1.26	13	2.69	1.18	13	Lorsqu'elle le juge nécessaire, l'infirmière du triage accompagne les usagers assignés au niveau III, IV et V à l'aire de traitement appropriée.	rejeté
93 2,1,3,3	4	0	13	3.77	0.44	13	3.69	0.48	13	L'infirmière du triage oriente la famille des usagers classifiés au niveau I (réanimation) vers un endroit approprié.	validé
94 2,1,3,4	4	0	13	3.62	0.65	13	3.54	0.66	13	L'infirmière du triage transmet un rapport verbal sur la condition de l'usager qu'elle transfert à l'infirmière de traitement ou au médecin d'urgence.	validé
95 2,1,3,5										L'infirmière du triage inscrit sur l'instrument du triage le nom de la personne à laquelle elle a transféré l'usager dans l'aire de traitement.	validé

96 2,1,4,1	3.85	0.55	13	2.58	1	12	2.42	1.08	12	Car l'infirmière qui prend charge va écrire sur notes d'observation et la signer ce qui fait office, qu'elle a donné des soins. Se fait rarement. Cette information peut être recueillie au moyen de l'horaire de travail. Il est important de ne pas surcharger l'infirmière au triage avec des protocoles régissant la consignation de l'information au dossier qui rendraient le rôle du triage inefficace. Je ne sais pas ce qu'est l'instrument du triage. A l'aire de traitement plusieurs inf il est donc difficile de cibler celle qui s'en occupera par contre à l'aire de traitement il existe des notes d'inf que celle-ci doit signer.	rejeté
97 2,1,4,2	3.69	0.75	13	3.46	0.66	13	3.54	0.52	13	Les usagers sont en mesure d'identifier l'infirmière au triage afin de l'aviser s'ils notent un changement dans leur condition. Surtout s'il y a changement d'infirmière à ce poste (heure de repas, alternance d'infirmières,....). Un système de réévaluation systématique des usagers en attente est enclenché lorsque le délai d'attente est dépassé. Important, mais un casse-tête à restaurer... Dans les centres à gros débit. Ce n'est pas le système qui en est endochéné mais bien la réévaluation. Le système permet une réévaluation systématique. Lorsque le délai d'attente est dépassé est ambigu.	validé
98 2,1,4,3	4	0	13	3.54	0.52	13	3.54	0.52	13	L'infirmière du triage et le personnel de l'urgence ont accès au dossier de l'utilisateur en attente afin de pouvoir effectuer les réévaluations systématiques et périodiques.	validé
99 2,1,4,4	4	0	13	3.77	0.44	13	3.77	0.44	13	La réévaluation de l'utilisateur est consignée au dossier ainsi que tout changement de niveau d'urgence d'intervention médicale.	validé
100 2,1,5,1	4	0	13	3.85	0.38	13	3.85	0.38	13	L'infirmière du triage informe les usagers de lui signaler tout changement de leur condition lorsqu'ils sont en attente.	validé
101 2,1,5,2	3.65	0.55	13	3.65	0.38	13	3.85	0.38	13	Dans une situation d'urgence, l'infirmière du triage initie les mesures thérapeutiques jusqu'à ce qu'elle obtienne de l'aide, par exemple : CPR, contrôle d'hémorragie. A mon avis, cela va jusqu'à effectuer un glucomètre chez un diabétique comateux par exemple. Ne faudrait-il pas dire : demande de l'aide puis initie les mesures thérapeutiques ?	validé
102 2,1,5,3	3.92	0.28	13	3.15	1.14	13	3.42	0.51	12	Pour tout usager en attente, l'infirmière du triage l'informe (au besoin) des délais d'attente.	sournette
103 2,1,5,4	4	0	13	3.54	0.66	13	3.54	0.52	13	C'est important d'avoir une politique à cet égard : ou personne ne donne de délai d'attente ou alors, tous donnent la même information (ce qui est impossible, car chaque cas peut être recalé indéfiniment si des cas plus prioritaires se présentent). Important de bien situer le temps d'attente mais ne pas exagérer pour que le patient ne quitte sans être vu par le médecin. Informer en tout temps du code prioritaire en expliquant que c'est un processus non-statistique. Donné un temps approximatif mais non définitif diminue l'anxiété des patients. Toujours la question du risque d'informer le patient du temps d'attente : cela va-t-il l'inciter à quitter? Non seulement au besoin mais en tout temps. L'utilisateur devrait être informé de son temps d'attente selon sa priorité de triage. Compte tenu de l'aspect légal, l'infirmière peut lui indiquer sa priorité de soin et non le délai d'attente. Pour tout usager en attente, l'infirmière du triage l'informe de sa priorité de soin	validé
104 2,1,5,5	3.92	0.28	13	3	0.58	13	3.31	0.63	13	L'infirmière du triage explique au besoin à l'utilisateur et sa famille le cheminement des interventions en services d'urgence. Jusqu'à quel point ? Est-ce qu'une autre personne peut le faire ? J'enlèverai au besoin idem 2.1.5.3. Lorsque l'utilisateur et/ou sa famille présente une détresse émotionnelle l'infirmière du triage leur offre un soutien. Mais cette tâche doit être déléguée rapidement à l'assistante si elle excède un délai raisonnable. A peu de temps. Ou le réfère à la personne susceptible de lui apporter l'aide nécessaire si elle doit évaluer d'autres patients. Travailleur sociale - service pastoral. Sommairement sans doute, mais ça n'est pas son rôle. Si vraiment il y a « urgence émotionnelle », la personne devrait recevoir de tels soins plus continus par une autre. Lequel soutien ? une consultation au service sociale ? une consultation à l'infirmière clinicienne ou son soutien. A-t-elle vraiment le temps au triage ?	rejeté
105 2,1,5,6	3.92	0.29	12	2.83	0.72	12	3	0.74	12	Lorsque l'utilisateur présente un déficit d'apprentissage face à un besoin de santé, l'infirmière du triage dispense un court enseignement approprié à la situation. Le réfère au besoin si des patients sont en attente d'évaluation. Le triage n'est pas tendroit pour faire de l'enseignement. N'oublions pas qu'un triage efficace doit être effectué en moins de 5 minutes. Doit déléguer cette tâche si elle a d'autres patients en attente. Infirmière soignante et non infirmière du triage. Est-ce bien l'endroit? Plutôt prévoir un tel enseignement par une autre infirmière avant sa sortie de l'urgence?	rejeté
106 2,1,5,7	3.92	0.28	13	3.54	0.52	13	3.54	0.52	13	Dans le cas d'un enfant ou d'une personne âgée, lorsque le récit de la blessure ne concorde pas avec celle-ci, l'infirmière informe l'équipe soignante afin d'investiguer toute situation potentielle d'abus ou de négligence.	validé
107 2,1,5,8	4	0	13	3.31	1.03	13	3.38	0.96	13	Cette question pourrait être aussi dans le cas de femme ou homme qui on de la violence conjugale. Et cette personne est mise sous la surveillance d'une personne fiable (famille ou préposé). Un bracelet d'identification est posé au poignet de l'utilisateur qui est incapable de s'identifier ou présentant des signes de confusion. Et cette personne est posé au poignet de tout usager couché sur une civière à l'urgence. Pas au triage. Se fera plus tard. Tout patient devrait avoir un bracelet d'identification au moment de l'inscription. A mon avis par l'équipe plutôt que l'infirmière au triage. Un tel patient devrait être pris en charge plus rapidement aussi. Pas un rôle de l'infirmière trieuse.	rejeté
108 2,1,5,9	3.83	0.58	12	3.67	0.49	12	3.67	0.49	12	Les usagers ayant une maladie contagieuse sont isolés suivant le protocole de l'établissement. Quelqu'un qui a un rash est-il contagieux? Et s'il a la varicelle et est assis dans la salle d'attente, et va être renvoyé à la garderie demain AM, mérite-t-il d'être isolé? et si quelqu'un tousse, a-t-il l'influenza? ou un simple rhume? doit-il être isolé? a-t-il la tuberculose? Une personne connue immunosupprimée (donc susceptible plutôt que contagieuse) doit attendre dans un lieu différent de la salle d'attente.	validé

124 3,1,2,1,3	L'usager se dit satisfait de l'accessibilité de l'infirmière du triage après son évaluation initiale. 3.92 0.28 13 3.46 0.52 13 2.33 0.98 12	Pas rapport avec triage. Sera évalué par un questionnaire d'évaluation. La plus part des services d'urgence ont peut de contrôle au sujet du stationnement public réservé au service d'urgence. On constate dans les établissements qui ont de meilleures services de stationnement que tous et chacun utilise l'espace réservé au service d'urgence. A ce moment, on se plaint qu'il n'y a pas assez d'espace de stationnement. Le stationnement dépasse vraiment les limites du triage. Je ne vois pas la pertinence. Ne s'applique pas au triage.	rejeté
125 3,1,2,2,1	L'usager se dit satisfait des lieux physiques de l'aire du triage. 3.77 0.44 13 3.23 0.44 13 3.15 0.55 13	Pour les réévaluations périodiques? Sera évalué par un questionnaire d'évaluation. Énoncé très important à faire.	validé
126 3,1,2,2,2	L'usager se dit satisfait des lieux physiques de la salle d'attente. 4 0 13 3.15 0.8 13 3.08 0.76 13	À quel égard : confort? confidentialité? espace de mobilité? décoration? Sera mesuré par un questionnaire d'évaluation ??	rejeté
127 3,1,2,3,1	L'usager se dit satisfait de l'accueil reçu de la part du personnel du triage. 4 0 13 3.62 0.51 13 3.62 0.51 13	Pas rapport avec triage. Sera mesuré par un questionnaire d'évaluation ?	validé
128 3,1,2,3,2	L'usager et sa famille disent satisfait de leur participation à la planification des soins avec l'infirmière du triage. 4 0 12 3.17 0.72 12 3.08 0.86 13	Ce n'est pas le rôle du triage. Se fait rarement au triage.	rejeté
129 3,1,2,4,1	L'usager perçoit que l'infirmière du triage est à l'aise avec le problème soulevé. 3.85 0.55 13 3.42 0.51 12 3.42 0.67 12	C'est une grosse responsabilité. Comment mesure-t-on la perception de l'usager? L'infirmière au triage ne peut fournir de l'information en profondeur sur la condition du patient. ?????????? Le docteur doit faire le diagnostic et leur donner les solutions à son besoin de santé. Ne connaît pas nécessairement les solutions à mon avis.	validé
130 3,1,2,4,2	L'usager perçoit que l'infirmière au triage connaît les solutions possibles à son besoin de santé. 3.69 0.75 13 2.92 0.79 12 2.92 0.79 12	C'est une grosse responsabilité. Comment mesure-t-on la perception de l'usager? L'infirmière au triage ne peut fournir de l'information en profondeur sur la condition du patient. ?????????? Le docteur doit faire le diagnostic et leur donner les solutions à son besoin de santé. Ne connaît pas nécessairement les solutions à mon avis.	rejeté
131 3,1,2,4,3	L'usager perçoit que l'infirmière au triage a une compétence dans les gestes techniques qu'elle pose. 3.92 0.28 13 3.58 0.51 12 3.5 0.67 12	Non pas tant pour les gestes techniques, que pour le jugement qu'elle pose sur son degré de priorisation. La mesure de la perception chez le patient.	validé
132 3,1,2,4,4	L'usager perçoit que l'infirmière au triage est capable d'évaluer ce qui est fait, d'avoir un sens critique et de réajuster le plan de soins en fonction de l'évolution du problème. 3.85 0.55 13 3.31 0.95 13 3.38 0.96 13	C'est très utopique. Ce qui est fait où, ex. quel plan de soins ?	validé
133 3,1,2,4,5	L'usager se dit satisfait des explications données au sujet des mesures diagnostiques initiées lors du triage. 3.92 0.28 13 2.92 0.95 13 3 0.91 13	Les gestes diagnostiques (eg. radiographie) au triage, bien que plus ou moins pertinent en terme de priorisation des cas, sont utiles car bien perçus par le patient comme un début de prise en charge. Ce n'est pas le rôle de l'infirmière de poser des diagnostics elle doit collecter les faits et donner et décider des interventions qu'elle doit poser. Est-ce que des mesures diagnostiques sont commencés au triage Je ne crois pas.	rejeté
134 3,1,2,4,6	L'usager se dit satisfait des explications données au sujet des mesures thérapeutiques initiées lors du triage. 4 0 12 3.5 0.52 12 3.5 0.52 12	D'où protocoles délégués de soulagement de la fièvre et de la douleur au triage.	validé
135 3,1,2,4,7	Les personnes accompagnant l'usager se disent satisfaites de l'attention qui leur est prodiguée par l'infirmière lors du triage. 3.92 0.28 13 3.08 0.76 13 3.33 0.49 12	La place exacte des accompagnateurs et de la famille au triage, chez le patient alerte et en âge de s'exprimer seul, est une question que je me pose. Il est quelquefois nocif de les avoir : quelquefois ils sont indispensables. Certainement, le ratio 1 : 1 m'apparaît important. Leur présence entache beaucoup la confidentialité des soins pour les autres patients. Par ailleurs, si leur rôle n'est pas clairement défini d'entrée de jeu (vous restez auprès du patient, vous ne circulez pas dans l'aire de traitement, vous laissez la personne s'exprimer d'abord puis vous corrigez ou complétez les informations, etc...), ils peuvent alourdir le processus de soins plutôt que le faciliter ou l'alléger. Pas certain que le triage inclut porter une attention spécifique et importante aux accompagnants.	rejeté
136 3,1,2,4,8	L'usager se dit satisfait de la durée de l'entrevue du triage. 4 0 13 3 0.71 13 3 0.71 13	Attention! ils peuvent trouver l'entrevue courte mais elle peut être approprié pour le triage. Le triage peut être fait rapidement pour une toule de raison, et pourrait ne pas correspondre aux attentes du patient tout en demeurant efficace.	rejeté
137 3,1,2,4,9	L'usager se dit satisfait de la surveillance effectuée par l'infirmière du triage lors de leur attente pour rencontrer le médecin. 3.85 0.38 13 3.31 0.63 13 3.23 0.73 13	Quelles surveillances? du coin de l'œil, de son triage? Dans les centres achalandés.	rejeté
138 3,1,2,5,1	L'usager qui désire loger une plainte reçoit l'information nécessaire pour le faire. 3.85 0.55 13 3.15 0.69 13 3.23 0.6 13	Doit être immédiatement référé à l'assistante, qui doit avoir un document écrit à lui remettre (après avoir tenté de calmer et/ou de désamorcer l'objet de frustration). Vrai mais pas nécessairement au triage, donc peut-être pas en soi un résultat direct de production ? Peut être pas la place (fonction) de l'inf au triage.	rejeté
139 3,1,2,6,1	Les protocoles guidant la pratique de l'infirmière au triage sont facile d'utilisation et promeuvent la continuité des soins.		

3.69 0.63 13 3.58 0.51 12 3.58 0.51 12 0.51 12 3.58 0.51 12 En quoi promeuvent-ils la continuité des soins (l'uniformité et la qualité, oui, mais la continuité)? De quel manière les protocoles du triage promeuvent la continuité des soins ? Attention à l'utilisation du mot protocole. Devrait noter procédure. validé

ANNEXE VII

SECONDE GRILLE DE VALIDATION DES INDICATEURS DE LA QUALITÉ DU TRIAGE EN

SERVICE D'URGENCE

Seconde grille de validation d'indicateurs de la qualité du triage en service d'urgence

Nom de l'informateur clé : _____

# 1.1	Ressources humaines
# 1.1.3	Personnel de soutien
# 1.1.3.1 indicateur soumis L'infirmière du triage bénéficie du soutien d'une infirmière clinicienne pour le service d'urgence.	
<p>Commentaires des informateurs clés.</p> <p>Je pense que «infirmière-clinicienne» peut être remplacée par «personne-ressource». En effet dans notre contexte québécois, il y a des infirmières formatrices qualifiées qui ne sont pas cliniciennes, et qui peuvent agir à titre d'expert-ressource. Par ailleurs, je pense qu'il est pertinent d'avoir un «comité triage» où siège le(la) chef de service nursing, l'infirmière formatrice, des infirmières représentant chaque quart, et un médecin (au moins un), pour discuter des nouveautés cliniques (eg.nouvelles normes de pratique), des situations problématiques de triage, des cas litigieux, des triages mal ciblés (surtout, comment corriger le tir pour le futur), de la performance sur la classification ETG par rapport à des hôpitaux comparables, etc...</p> <p>inf-chef peut tout aussi suffire, au besoin seulement.</p> <p>Nous n'avons jamais eu d'infirmière clinicienne malheureusement dans notre service d'urgence.</p> <p>Ou d'une infirmière experte, d'un précepteur.</p> <p>En temps réel ou comme ressource de formation ?</p> <p>Monitrice/ressource au lieu de clinicienne. Une clinicienne n'est pas accessible ds tous les milieux.</p>	
#1.1.3.1 indicateur modifié L'infirmière du triage bénéficie du soutien d'une infirmière clinicienne / personne ressource pour le service d'urgence.	
Importance	Raisons
(4) Très important	
(3) Important	
(2) Peu important	
(1) Non important	

# 1.2	Ressources matérielles
# 1.2.1	Organisation physique des lieux
# 1.2.1.4 indicateur soumis mais non modifié	Les lieux physiques permettent à l'infirmière du triage d'effectuer une surveillance visuelle continue de l'aire d'enregistrement.
Commentaires des informateurs clés	Dans un futur rapproché, dans tous les hôpitaux, les patients s'inscriront après avoir été vus par l'infirmière du triage (normes de l'ETG), donc... À ne pas oublier que le triage doit se faire avant l'inscription
Importance	Raisons
(4) Très important (3) Important (2) Peu important (1) Non important	

# 1.3	Ressources informationnelles	
# 1.3.1	Transmission de l'information	
# 1.3.1.1 indicateur soumis	Des indications claires (écrites) informent les usagers du déroulement de la visite.	
Commentaires des informateurs clés	S'agit-il d'un panneau indicateur affiché, ou d'un dépliant remis à chaque usager? Des indications claires verbales. Des indications verbales claires sont essentielles. Je crois fortement à la communication verbale avec les patients. Les instructions écrites sont bonnes, mais elles ne peuvent remplacer de parler aux patients. Informations écrites répondent seulement à environ 50% de la population considérant toutes les langues et le niveau d'analphabétisme est extrêmement élevé au Québec.	
# 1.3.1.1. indicateur modifié	Les usagers sont informés sur le déroulement de la visite au moyen d'indications claires (verbales).	
Clarté	Pertinence	Importance
(4) Clair (3) Légèrement ambigu (2) Ambigu (1) Incompréhensible	(4) Très pertinent (3) Pertinent (2) Peu pertinent (1) Non pertinent	(4) Très important (3) Important (2) Peu important (1) Non important
Raisons	Raisons	Raisons

# 2.1	Activités cliniques	
# 2.1.1	Évaluation initiale de la condition de l'utilisateur	
# 2.1.1.1	Accueil	
# 2.1.1.1.12	indicateur soumis	
L'inscription de l'utilisateur ne se fait que lorsque le triage est complété.		
<p>Commentaires des informateurs clés</p> <p>Ce qui à mon avis est important, c'est qu'un pré-triage soit fait avant l'inscription mais le triage peut être complété après l'inscription.</p> <p>Le client devrait être enregistré avant de voir l'infirmière sinon il devient difficile de suivre le patient s'il a besoin de soins rapidement.</p> <p>Ne faudrait-il pas dire : lorsque toutes les mesures d'évaluation et de traitement nécessaires de façon urgente ont été initiées?</p> <p>Je sais que c'est une demande de l'OIIQ et du CM mais la réalité des urgences est différente. Après le pré-triage surtout.</p> <p>Selon certains établissements, l'inscription peut se faire après une évaluation sommaire (Quick-look) et avant l'évaluation initiale.</p> <p>Ne fait pas parti du triage en soit.</p>		
#2.1.1.1.12	indicateur modifié	
L'inscription de l'utilisateur ne se fait que lorsque toutes mesures d'évaluation et de traitement nécessaires de façon urgente ont été initiées.		
Clarté	Pertinence	Importance
(4) Clair	(4) Très pertinent	(4) Très important
(3) Légèrement ambigu	(3) Pertinent	(3) Important
(2) Ambigu	(2) Peu pertinent	(2) Peu important
(1) Incompréhensible	(1) Non pertinent	(1) Non important
Raisons	Raisons	Raisons

# 2.1	Activités cliniques	
# 2.1.1	Évaluation initiale de la condition de l'utilisateur	
# 2.1.1.2	Collecte des données	
# 2.1.1.2.2	indicateur soumis	
Le motif de consultation est inscrit au dossier avec les mots ou expressions utilisés par l'utilisateur.		
Commentaires des informateurs clés		
Cela dépend des clients quelques-uns sont très peu instruits et en discutant on peut décrire le problème plus clairement et de façon plus scientifique et précise et concise. "...lorsque c'est possible."		
Si nous avons des protocoles et un arbre de décision il n'y a pas de place aux mots et/ou expressions utilisés par l'utilisateur.		
Le protocole ainsi que les questions s'y rattachant sont inscrits au dossier de l'utilisateur.		
Le motif de consultation est inscrit au dossier incluant les mots ou expressions utilisés par l'utilisateur.		
#2.1.1.2.2.	indicateur modifié	
Le motif de consultation est inscrit au dossier incluant les mots ou expressions utilisés par l'utilisateur si possible.		
Clarté	Pertinence	Importance
(4) Clair	(4) Très pertinent	(4) Très important
(3) Légèrement ambigu	(3) Pertinent	(3) Important
(2) Ambigu	(2) Peu pertinent	(2) Peu important
(1) Incompréhensible	(1) Non pertinent	(1) Non important
Raisons	Raisons	Raisons

# 2.1	Activités cliniques	
# 2.1.1	Évaluation initiale de la condition de l'utilisateur	
# 2.1.1.2	Collecte des données	
# 2.1.1.2.3	indicateur soumis	
L'évaluation initiale de l'utilisateur porte exclusivement sur le motif de consultation et les signes et symptômes qui y sont reliés.		
Commentaires des informateurs clés		
Il est dangereux de parler "d'exclusivité" alors que parfois une information autre est importante. Selon chaque cas.		
Elle ne porte pas exclusivement sur le motif, mais comprend beaucoup d'autres données permettant d'attribuer une priorité de triage.		
L'évaluation initiale de l'utilisateur comprend le motif de consultation, les signes et symptômes, les signes vitaux, l'état de conscience, l'évaluation de la douleur avec l'échelle PQRST, les antécédents, les médicaments et les allergies lorsque pertinents.		

#2.1.1.2.3 indicateur modifié L'évaluation initiale de l'usager porte notamment sur le motif de consultation et les signes et symptômes qui y sont reliés.		
Clarté	Pertinence	Importance
(4) Clair (3) Légèrement ambigu (2) Ambigu (1) Incompréhensible	(4) Très pertinent (3) Pertinent (2) Peu pertinent (1) Non pertinent	(4) Très important (3) Important (2) Peu important (1) Non important
Raisons	Raisons	Raisons

# 2.1	Activités cliniques	
# 2.1.1	Évaluation initiale de la condition de l'usager	
# 2.1.1.2	Collecte des données	
# 2.1.1.2.12 indicateur soumis L'évaluation initiale fait état des antécédents médicaux ou chirurgicaux.		
Commentaires des informateurs clés Si l'infirmière a du temps et qu'il n'y a pas de patient en attente. Seulement si l'infirmière a du temps et qu'il n'y pas de patient en attente d'évaluation. Je crois que cette action est reliée aux soins primaires et non pas à la fonction du triage (si j'interprète bien l'énoncé) Désolé ! Ceux qui sont pertinents seulement, ce qui est souvent assez limité pour l'activité de triage elle-même. Seulement si maladies connues, condition chroniques pas toutes les chirurgies/ histoire med nécessaire.		
#2.1.1.2.12 indicateur modifié L'évaluation initiale fait état des antécédents médicaux ou chirurgicaux jugés pertinents.		
Clarté	Pertinence	Importance
(4) Clair (3) Légèrement ambigu (2) Ambigu (1) Incompréhensible	(4) Très pertinent (3) Pertinent (2) Peu pertinent (1) Non pertinent	(4) Très important (3) Important (2) Peu important (1) Non important
Raisons	Raisons	Raisons

# 2.1	Activités cliniques	
# 2.1.1	Évaluation initiale de la condition de l'utilisateur	
# 2.1.1.2	Collecte des données	
# 2.1.1.2.14 indicateur soumis	Si l'utilisateur prend des médicaments, l'infirmière note au dossier, a) le nom du médicament, b) sa posologie, c) la voie d'administration, d) l'heure d'administration.	
Commentaires des informateurs clés	<p>Important et utile à mon avis, mais contraire à l'esprit de l'ETG, et ils ont sans doute raison. Je n'indiquerais pas l'heure d'administration mais j'indiquerais plutôt la fréquence d'administration. Si seulement si aucun patient est attendu d'évaluation</p> <p>Raison idem.</p> <p>Cette information est très importante mais elle n'est pas une fonction faite au triage mais plutôt fait par l'infirmière soignante lors de l'évaluation physique du patient.</p> <p>Dans une situation idéale ou on a beaucoup de temps on peut noter la posologie, etc mais sinon je ne crois pas que cela soit une priorité à moins que le client ait vomi ces derniers.</p> <p>Cette information doit être recueillie, mais d'une part pas nécessairement au triage, et d'autre part seulement si le temps le permet et par ailleurs si pertinent.</p> <p>Est-ce que le fait de prendre un médicament ou un autre change notre priorité de triage ?? Le triage est la place pour une évaluation initiale, rapide. La plupart des usagers ne savent pas ce qu'il prend à cette étape-ci c'est une perte de temps.</p> <p>Vous n'avez pas besoin de tous ces détails.</p> <p>Si l'utilisateur prend des médicaments, l'infirmière note au dossier, a) le nom du médicament, b) sa posologie, c) la voie d'administration, d) l'heure d'administration lorsque l'information est disponible.</p>	
#2.1.1.2.14 indicateur modifié	Si l'utilisateur prend des médicaments, l'infirmière note au dossier, a) le nom du médicament, b) sa posologie, c) la voie d'administration, d) sa fréquence d'administration si cette information est pertinente et rapidement disponible.	
Clarté	Pertinence	Importance
(4) Clair	(4) Très pertinent	(4) Très important
(3) Légèrement ambigu	(3) Pertinent	(3) Important
(2) Ambigu	(2) Peu pertinent	(2) Peu important
(1) Incompréhensible	(1) Non pertinent	(1) Non important
Raisons	Raisons	Raisons

# 2.1	Activités cliniques	
# 2.1.5	Initiation des mesures diagnostiques ou thérapeutiques	
# 2.1.5.3 indicateur soumis	Pour tout usager en attente, l'infirmière du triage l'informe (au besoin) des délais d'attente.	
<p>Commentaires des informateurs clés</p> <p>C'est important d'avoir une politique à cet égard : ou personne ne donne de délai d'attente ou alors, tous donnent la même information (ce qui est impossible, car chaque cas peut être recalé indéfiniment si des cas plus prioritaires se présentent).</p> <p>Important de bien situer le temps d'attente mais ne pas exagérer pour que le patient ne quitte sans être vu par le médecin. Informe en tout temps du code priorité en expliquant que c'est un processus non-statique.</p> <p>Donner un temps approximatif mais non définitif diminue l'anxiété des patients.</p> <p>Toujours la question du risque d'informer le patient du temps d'attente : cela va-t-il l'inciter à quitter?</p> <p>Non seulement au besoins mais en tout temps. L'usager devrait être informer de son temps d'attente selon sa priorité de triage.</p> <p>Compte tenu de l'aspect légal, l'infirmière peut lui indiquer sa priorité de soin et non le délai d'attente.</p> <p>Pour tout usager en attente, l'infirmière du triage l'informe de sa priorité de soin</p>		
#2.1.5.3 indicateur modifié	Pour tout usager en attente, l'infirmière du triage l'informe au besoin de sa priorité de soin.	
Clarté	Pertinence	Importance
(4) Clair	(4) Très pertinent	(4) Très important
(3) Légèrement ambigu	(3) Pertinent	(3) Important
(2) Ambigu	(2) Peu pertinent	(2) Peu important
(1) Incompréhensible	(1) Non pertinent	(1) Non important
Raisons	Raisons	Raisons

# 3.1	Résultats directs de production
# 3.1.1	Résultats d'activités cliniques directes
# 3.1.1.3 indicateur soumis	L'usager confirme avoir eu un soulagement de sa douleur suite à une intervention de l'infirmière du triage.
<p>Commentaires des informateurs clés</p> <p>Fait noté souvent.</p> <p>Une attente lors d'une fracture ? OK ou après une analgésique, si oui, je crois que ce n'est pas le rôle de l'inf au triage ou bien peut être lors de la réévaluation.</p>	

#3.1.1.3 indicateur modifié		
Lors de la réévaluation, l'usager confirme avoir eu un soulagement de sa douleur suite à une intervention de l'infirmière du triage.		
Clarté	Pertinence	Importance
(4) Clair (3) Légèrement ambigu (2) Ambigu (1) Incompréhensible	(4) Très pertinent (3) Pertinent (2) Peu pertinent (1) Non pertinent	(4) Très important (3) Important (2) Peu important (1) Non important
Raisons	Raisons	Raisons

# 2.1	Activités cliniques	
# 2.1.1	Évaluation initiale de la condition de l'usager	
# 2.1.1.2	Collecte de données	
# 2.1.1.2.21 Nouvel indicateur		
Lors de l'évaluation initiale de l'usager, l'infirmière démontre des habiletés à procéder à l'examen physique ex : auscultation des poumons.		
Clarté	Pertinence	Importance
(4) Clair (3) Légèrement ambigu (2) Ambigu (1) Incompréhensible	(4) Très pertinent (3) Pertinent (2) Peu pertinent (1) Non pertinent	(4) Très important (3) Important (2) Peu important (1) Non important
Raisons	Raisons	Raisons

# 2.1	Activités cliniques	
# 2.1.5	Initiation des mesures diagnostiques ou thérapeutiques	
# 2.1.5.12 Nouvel indicateur		
Dans le cas où le récit d'une blessure ne concorde pas avec celle-ci et qui fait soupçonner une situation de violence conjugale, l'infirmière informe l'équipe soignante afin d'investiguer toute situation potentielle d'abus.		
Clarté	Pertinence	Importance
(4) Clair (3) Légèrement ambigu (2) Ambigu (1) Incompréhensible	(4) Très pertinent (3) Pertinent (2) Peu pertinent (1) Non pertinent	(4) Très important (3) Important (2) Peu important (1) Non important

Raisons	Raisons	Raisons
---------	---------	---------

ANNEXE VIII

RÉSULTATS DE LA DEUXIÈME ÉTAPE DE VALIDATION

Indicateur	Clarté	Pertinence	Importance	validé	
	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type	
1 1,1,3,1	3.69	0.48	0.48	validé	
	<p>L'infirmière du triage bénéficie du soutien d'une infirmière clinicienne / personne ressource pour le service d'urgence</p> <p>nouveau outils. Si le milieu possède - une personne clinicienne ou personne ressource. Effectivement plusieurs urgences n'ont pas d'infirmière clinicienne mais je pense que dans un proche avenir il serait très important d'avoir recours à son expertise nous devons penser pour l'avenir. Si je comprend bien, Je crois qu'il est important que la personne ressource possède une compréhension solide du triage et de son processus. Une infirmière clinicienne est un individu précieux si elle connaît le « rôle ». Au triage comme dans diverses fonctions, le développement de l'expertise et soutien par l'expertise sont deux aspects trop souvent négligés. Il est important que l'infirmière au triage puisse référer à une personne ressource dès qu'un problème survient. J'enlèverais le mot clinicienne puisque c'est la personne ressource la moins accessible et la moins utilisée dans ce cas. Il devrait toujours y avoir un processus continu d'évaluation des triages, un suivi des situations problématiques.</p>				
1,1,3,1 suite					
2 1,2,1,4	3.54	0.52	0.52	validé	
	<p>Les lieux physiques permettent à l'infirmière du triage d'effectuer une surveillance visuelle continue de l'aire d'enregistrement</p> <p>Il serait facilitant pour les infirmières d'avoir une personne ressource avec laquelle elles puissent discuter des problèmes survenant au triage. Mais pas nécessairement en temps réel.</p> <p>Que les patients soient enregistrés avant ou après, de toute façon, ils ne sont pas encore dans l'aire de traitement, et il est alors logique qu'ils soient dans le champs de visuel de l'infirmière du triage. La première personne qui vient en contact avec l'usager doit être une professionnelle (infirmière). Pour cela un centre a gros débit bénéficierait de 2 infirmières au triage. Énoncé clair. Les patients doivent être vu en premier et souvent évaluer. Tout les efforts doivent être fait pour seconder l'infirmière du triage afin qu'elle puisse accomplir avec succès son rôle. Difficile de faire une surveillance continue et de triager en même temps. (surveillance fréquente?). Ca n'est pas seulement pour les patients non-vus, mais bien pour détecter une détérioration des patients vus ou non-vus. Il est vrai que c'est une norme. Quant à la vitesse à laquelle cela s'effectuera c'est tout autre. Le triage est une norme depuis longtemps et il y a encore des centres qui n'ont pas de protocoles de triage. Il est impossible d'avoir l'aire d'inscription à la vue et tout temps lorsque le triage s'effectue dans une salle privée.</p>				
1,2,1,4 suite					
3 1,3,1,1	3.77	0.44	3.46	0.66	validé
	<p>Les usagers sont informés sur le déroulement de la visite au moyen d'indications claires (verbales).</p> <p>personnellement, je pense qu'il faut aussi des informations écrites, sur un panneau par exemple. Il est difficile de penser répéter à chaque patient l'ensemble des informations requises sans autre support. Une information visuelle d'abord permettra de faciliter ce transfert d'information de même que la rétention. Donc: verbale et visuelle. Sur le temps d'attente, Sur sa priorité, Sur quoi, Combien de personnes avant lui. Oui pour répondre aux questions de l'usager et non pour engager une discussion sur la pertinence de tel priorité. Pourquoi ne pas avoir aussi des instructions écrites affichées à l'extérieur de l'aire de triage afin de renforcer les instructions verbales.</p>				
4 2,1,1,1,12				validé	
	<p>L'inscription de l'usager ne se fait que lorsque toutes mesures d'évaluation et de traitement nécessaires de façon urgente ont été initiées.</p>				

3.62	0.65	3.54	0.66	3.46	0.66	<p>Ca ajoute un élément (d'accord traiter, après la paperasse) mais ça ne répond pas à l'interrogation initiale: triage avant ou après inscription?? Un processus doit être en place afin de faciliter le triage avant l'inscription. Certains patients ne nécessiteront pas la prise de tout les signes vitaux toutefois l'infirmière du triage a besoin d'une information suffisante afin de décider de l'acuité avant l'inscription. Interventions serait-il plus pertinent que traitement? Il est surtout important que la première personne rencontrée soit l'infirmière d'urgence. Le reste dépend finalement de son jugement clinique. Ici si l'utilisateur n'est pas inscrit (comme nous sommes informatisé) je n'ai pas accès à plusieurs informations mais il est certain que si l'utilisateur est en arrêt cardio-respiratoire ou en convulsion je le traite avant. C L'utilisateur est invité à se rendre au guichet de l'inscription quand l'infirmière l'invite à le faire; sinon, c'est au secteur inscription à se déplacer puisque l'utilisateur n'est pas en état de le faire.</p>	rejeté
5 2,1,1,2,2	3.62	0.87	3.15	0.55	3.08	<p>Le motif de consultation est inscrit au dossier incluant les mots ou expressions utilisés par l'utilisateur si possible.</p> <p>0.64 C'est à l'infirmière de juger quel est le mot le plus pertinent à inscrire: celui utilisé par le patient, ou un autre qui décrit mieux la situation.... Il n'est pas requis et non indiqué à mon avis d'utiliser les mots et expressions de l'utilisateur. On doit plutôt utiliser des mots crédibles et scientifiques car ça fait un dossier + professionnel. Il est important d'inscrire le motif de consultation mais pas nécessairement avec les mots et expressions de l'utilisateur. l'information écrite fournie n'est seulement qu'un type d'information pas toujours disponible. L'information recueillie lors de l'entrevue est très importante et ne devrait pas être totalement dépendante de l'information écrite. P Evaluation subjective aussi importante qu'objective. Les mots ou les phrases du client transmises par les parents au pré-triage ou à l'inscription donnent une compréhension du problème de santé de l'enfant.</p>	rejeté
6 2,1,1,2,3	3.38	0.87	3.31	0.63	3.31	<p>L'évaluation initiale de l'utilisateur porte notamment sur le motif de consultation et les signes et symptômes qui y sont reliés.</p> <p>0.75 Pourquoi pas «principalement». Flesle ambigu L'évaluation initiale porte sur Commentaire similaire à celui écrit ci-haut (L'information écrite...). J'aurais utilisé «principalement».</p>	rejeté
7 2,1,1,2,12	3.77	0.6	3.23	0.6	3.15	<p>L'évaluation initiale fait état des antécédents médicaux ou chirurgicaux jugés pertinents.</p> <p>0.69 Si et seulement si se rapporte à la raison de consultation. Le triage est un processus qui demande de la flexibilité et nous ne devons pas perdre de vue ce qui est le plus important pour le patient. Si c'est possible, y a-t-il des instructions mises en place qui pourraient expédier les soins au patient. la question à se demander sommes-nous toujours si occupé que nous ne pouvons envoyer un patient au rayon-x ou lui donner du tylenol pour sa fièvre ou sa douleur. Selon la gravité de triage si j'ai une priorité 1 STAT en convulsion ou un trauma ce n'est pas ma priorité. J'ajouterais après «jugés pertinents», à l'assignation d'une priorité.</p>	rejeté
8 2,1,1,2,14						<p>Si l'utilisateur prend des médicaments, l'infirmière note au dossier, a) le nom du médicament, b) sa posologie, c) la voie d'administration, d) sa fréquence d'administration</p>	rejeté

3.31	0.85	3	0.91	3	0.95	<p>La question n'est pas là à mon avis, mais plutôt est-ce le rôle de l'infirmière au triage? Ce qu'un patient prend est toujours pertinent ... aux soins, pas nécessairement au triage. Toutefois, comme vous le savez, c'est quelquefois une façon de savoir ce que le patient a comme maladie: tiens vous prenez du Diabeta, vous ne m'aviez pas mentionné que vous étiez diabétique...(sic). Je me limiterais à indiquer fréquence d'administration. Si ce n'est pas fait au triage c'est très compliqué par la suite, faute de temps. Nom, posologie, fréquence. Pertinent si le temps le permet. Au triage, toute cette information n'est recueillie que pour les patients ne nécessitant pas de soins infirmier immédiat et/ou médicaux. Cet aspect des soins devrait être pris en charge par l'infirmière primaire, à moins qu'au triage on a à donner des médicaments selon une directive médicale. Devrait être au pluriel. et je maintiens si le temps le permet. Il est important de savoir quel médicament et le temps d'administration (dernière dose) dépendant de la situation.</p>	rejeté
2, 1, 1, 2, 14 suite							
9 2, 1, 5, 3	3.46	0.66	3.08	0.64	2.92	<p>Pour tout usager en attente, l'infirmière du triage l'informe au besoin de sa priorité de soins. Je crois que la notion de pertinent peut être interpréter de façon différente d'une personne à l'autre. Je ne vois pas la raison d'insister puisque la fréquence fait partie de la posologie, non ? Est-ce que le fait de prendre un médicament ou un autre change notre priorité de triage ?? Le triage est la place pour une évaluation initiale, rapide. La plupart des usagers ne savent pas ce qu'il prenne à cette étape ci c'est une perte de temps. Je crois que ce qui est nécessaire est le nom des médicaments, le reste comme la dose, la voie d'administration et la fréquence sont inscrits si pertinent.</p>	rejeté
2, 1, 5, 3 suite							
10 3, 1, 1, 3	3.92	0.28	3.31	0.63	3.31	<p>Lors de la réévaluation, l'usager confirme avoir eu un soulagement de sa douleur suite à une intervention de l'infirmière au triage.</p>	rejeté
11 2, 1, 1, 2, 21						<p>Lors de l'évaluation initiale de l'usager, l'infirmière démontre des habiletés à procéder à l'examen physique ex: auscultation des poumons.</p>	rejeté

3.77	0.6	2.85	0.99	2.92	0.86	<p>personnellement, je pense qu'il y a trop d'emphase mise sur l'examen auscultatoire dans le triage d'un patient (contribution minimale, sinon nulle à sa priorisation ou pas). Si le temps le permet. A moins que vous ayez un endroit convenable pour effectuer cela, l'auscultation devrait être faite par l'infirmière primaire. Une évaluation des poumons de qualité ne peut se faire que superficiellement au triage. Examen physique sommaire. Attention avec l'évaluation physique. L'infirmière de triage doit avoir suffisamment d'info pour prendre une décision sécuritaire. La plupart de temps, l'examen physique n'est pas nécessaire. Ca ne sont pas les habiletés à procéder à l'Examen qui sont pertinentes, mais bien l'utilisation des résultats de cet examen dans l'assignation d'un niveau de triage, ce qui est fort différent. On peut faire un très bon examen sans savoir quoi en faire. Est-ce que cet indicateur est nécessaire?</p>	validé
12 2,1,5,12	3.77	0.44	3.69	0.48	3.38	<p>Dans le cas où le récit d'une blessure ne concorde pas avec celle-ci et qui fait soupçonner une situation de violence conjugale, l'infirmière informe l'équipe soignante afin d'investiguer toute situation potentielle d'abus.</p>	validé
		3.69	0.48	3.38	0.65	<p>Je pense que ça serait aussi clair et moins restrictif en étant formulé ainsi: Dans le cas où le récit d'une blessure fait soupçonner une situation de violence conjugale, etc.. Car il n'y a pas que la non-concordance qui peut évoquer une situation de violence. A cet égard, je ne me rappelle plus si vous mentionnez: personnes âgées maltraitées - enfants maltraités - suicides manqués etc. où l'intuition de l'infirmière du triage est précieuse. L'informe comment verbalement par écrit les deux. très important à considérer. Des fois cela peut être une fonction du triage. En réalité, il devrait exister un protocole à mettre en marche. C'est connu que beaucoup de femmes viennent à l'hôpital pour des malaises qui sont en réalité une raison pour sortir de la maison pour prendre un break de leur situation. A Vancouver, il existe un protocole où l'int de triage commence des questions clés pour identifier les victimes potentielles. Je ne sais pas comment un «récit» peut «concorde» avec une blessure. Comment reformuler ?</p> <p>«Expliquer une blessure?</p> <p>Comme toute l'information pertinente, elle doit être écrite au dossier, et utilisée comme dépistage, mais n'entraînera pas nécessairement une investigation pour situation potentielle d'abus. L'infirmière peut faire une note mais ce n'est pas son rôle au triage.</p>	validé

ANNEXE IX

LISTE DES INDICATEURS VALIDES DE LA QUALITÉ DU TRIAGE EN SERVICE D'URGENCE

1.0	Intrants – Structure	
1.1	Ressources humaines	
1.1.1	Qualification de l'infirmière	
1.1.1.1	L'infirmière au triage possède une expérience professionnelle pertinente soit un an en soins d'urgence auprès des patients gravement atteints.	Validé
1.1.1.2	La description des activités de l'infirmière au triage est disponible.	Validé
1.1.1.3	La conformité de l'infirmière aux protocoles de triage est mesuré et évalué.	Validé
1.1.2	Formation de l'infirmière	
1.1.2.1	Le programme d'orientation spécifique au triage comprend une formation théorique, une période de supervision directe suivie d'évaluation de la qualité des triages effectués.	Validé
1.1.2.2	Un programme de maintien et d'amélioration de l'expertise (formation continue) des infirmières au triage est en place.	Validé
1.1.3	Personnel de soutien	
1.1.3.1	L'infirmière du triage bénéficie du soutien d'une infirmière clinicienne / personne ressource pour le service d'urgence.	Validé
1.2	Ressources matérielles	
1.2.1	Organisation physique des lieux	
1.2.1.1	L'aire de triage est située à la porte d'entrée du service d'urgence.	Validé
1.2.1.2	La signalisation permet un repérage rapide de l'aire de triage.	Validé
1.2.1.3	Les lieux physiques permettent à l'infirmière du triage d'effectuer une surveillance visuelle continue des usagers qui arrivent à pied ou en ambulance.	Validé
1.2.1.4	Les lieux physiques permettent à l'infirmière du triage d'effectuer une surveillance visuelle continue de l'aire d'enregistrement.	Validé
1.2.1.5	Les lieux physiques permettent à l'infirmière du triage d'effectuer une surveillance visuelle continue des patients dans la salle d'attente.	Validé
1.2.1.6	Les lieux physiques permettent à l'infirmière du triage d'effectuer une surveillance visuelle continue des patients dans l'aire d'attente du pré-triage.	Validé
1.2.1.7	L'aire de triage permet une entrevue confidentielle entre l'infirmière et la personne quel que soit le volume d'achalandage.	Validé
1.2.1.8	Les portes doivent permettre le passage aisé des chaises roulantes et des civières.	Validé
1.2.1.9	La salle de triage est suffisamment grande pour permettre le déplacement et l'examen des usagers.	Validé
1.2.1.10	La décoration de la salle de triage offre un aspect agréable et sécurisant pour la clientèle pédiatrique.	Validé

1.2.1.11	La salle de stabilisation est facilement accessible à partir de l'aire de triage.	Validé
1.2.1.12	La salle d'attente dispose d'un nombre suffisant de sièges pour accommoder les usagers et leurs proches.	Validé
1.2.1.13	Les lieux de l'aire du triage sont propres.	Validé
1.2.2	Équipement de la salle de triage	
1.2.2.1	L'infirmière au triage a à sa disposition tout l'équipement nécessaire pour effectuer un triage adéquat (Voir appendice A soit à la fin de ce document ou sur le deuxième fichier ci-joint)	Validé
1.2.2.2	Le matériel nécessaire pour l'application des précautions universelles est présent dans la salle de triage.	Validé
1.2.3	Aspect sécuritaire des lieux (Sécurité)	
1.2.3.1	L'usager se sent en sécurité dans la salle d'attente.	Validé
1.2.3.2	L'infirmière se sent en sécurité dans l'aire de triage.	Validé
1.2.3.3	L'infirmière se sent en sécurité dans la salle d'attente.	Validé
1.2.3.4	L'infirmière du triage a un système de communication directe avec le service de sécurité.	Validé
1.2.4	Moyens de communication disponibles dans l'aire de triage	
1.2.4.1	L'aire de triage permet une communication directe avec les autres membres de l'équipe du service d'urgence. Note explicative : via : téléphone, intercom, ordinateur.	Validé
1.2.4.2	Une ligne téléphonique directe relie l'aire de triage avec le service ambulancier.	Validé
1.3	Ressources informationnelles	
1.3.1	Transmission de l'information	
1.3.1.1	Les usagers sont informés sur le déroulement de la visite au moyen d'indications claires (verbales).	Validé
1.3.1.2	Au changement de quart de travail l'infirmière transmet l'information sur les usagers qui attendent dans la salle d'attente.	Validé
1.3.1.3	Au changement de quart de travail l'infirmière transmet l'information sur les usagers qui sont attendus.	Validé
1.3.1.4	Suite à l'appel téléphonique du répartiteur ambulancier, l'infirmière du triage transmet immédiatement l'information recueillie à l'équipe de réanimation.	Validé
1.3.2	Ressources scientifiques	
1.3.2.1	Une classification est utilisée dans le processus de triage pour déterminer le degré d'urgence des soins requis par le patient en fonction des signes et symptômes présentés (motif de consultation) afin d'éviter toute détérioration de son état pendant l'attente.	Validé
1.3.2.2	Le système de classification utilisée a été préétabli et accepté conjointement par les infirmières et les médecins.	Validé
1.3.2.3	L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG) est le système de classification utilisée au service	Validé

	d'urgence.	
1.3.2.4	Un système à cinq niveaux de priorités est utilisé afin de mieux discriminé les besoins des usagers.	Validé
1.3.2.5	Un protocole pour la réévaluation périodique et systématique des patients en attente indique le nombre, le type et la fréquence des réévaluations pour chaque niveau de classification.	Validé
1.3.2.6	Des protocoles élaborés par les médecins en collaboration avec les infirmières et approuvés par le CMDP indiquent les conditions d'initiation de mesures thérapeutiques.	Validé
1.3.2.7	Des protocoles élaborés par les médecins en collaboration avec les infirmières et approuvés par le CMDP indiquent les conditions d'initiation de mesures diagnostiques.	Validé
1.3.2.8	Un comité constitué d'une infirmière et d'un médecin discute des difficultés rencontrées au triage, suggère des solutions, évalue les diverses étapes du triage et réévalue périodiquement les différents protocoles du triage	Validé
2.0	Activités – Processus	
2.1	Activités cliniques	
2.1.1	Évaluation initiale de la condition de l'utilisateur	
2.1.1.1	Accueil	
2.1.1.1.1	Une infirmière formée à la fonction du triage est la première personne qui accueille les usagers au service d'urgence.	Validé
2.1.1.1.2	Tout usager qui se présente au service d'urgence est accueilli dans les meilleurs délais afin d'identifier ses besoins en fonction du risque potentiel que son état présente pour sa vie ou sa santé.	Validé
2.1.1.1.3	L'infirmière du triage se présente.	Validé
2.1.1.1.4	L'infirmière du triage explique qu'elle va procéder à l'évaluation initiale.	Validé
2.1.1.1.5	L'infirmière du triage demeure attentive à l'arrivée de nouveaux patients même lorsqu'elle effectue une évaluation initiale.	Validé
2.1.1.1.6	L'infirmière du triage interrompt l'évaluation en cours lors d'une arrivée imprévue d'un usager ayant une condition urgente.	Validé
2.1.1.1.7	L'infirmière du triage démontre des capacités à entrer en relation avec l'utilisateur quel que soit son âge, sa culture ou son niveau intellectuel.	Validé
2.1.1.1.8	L'infirmière du triage démontre de la compréhension, du doigté, de la patience et de la discrétion.	Validé
2.1.1.1.9	L'infirmière du triage démontre des habiletés d'écoute.	Validé
2.1.1.1.10	L'infirmière du triage démontre de la réceptivité aux questions des usagers.	Validé
2.1.1.1.11	L'infirmière du triage démontre des habiletés afin de désamorcer des situations potentielles d'agression.	Validé
2.1.1.1.12	L'inscription de l'utilisateur ne se fait que lorsque toutes mesures d'évaluation et de traitement nécessaires de façon urgente ont été initiées.	Validé
2.1.1.1.13	Lorsque l'état de l'utilisateur nécessite des soins immédiats, la procédure d'inscription se fait une fois que les soins ont été amorcés.	Validé
2.1.1.2	Collecte de données	

2.1.1.2.1	L'évaluation initiale débute par une évaluation visuelle rapide de l'ABC (état de conscience, voies aériennes, respiration et circulation) de l'utilisateur dès son entrée en service d'urgence.	Validé
2.1.1.2.2	L'évaluation des symptômes indique a) la partie du corps atteint, b) le moment d'apparition, c) leur sévérité (quantité et qualité), d) leur évolution, e) la durée f) l'existence antérieure d'un épisode similaire, g) les facteurs les soulageant, ou associés.	Validé
2.1.1.2.3	Lors de la collecte d'information subjective, si l'utilisateur est incapable de s'exprimer, l'infirmière recueille cette information auprès de la famille ou des proches accompagnant l'utilisateur.	Validé
2.1.1.2.4	Dans le cas où un utilisateur serait incapable de s'exprimer et qu'une autre personne, un proche ou un membre de la famille, le fait pour lui, le nom de cette personne et sa relation avec l'utilisateur sont inscrits au dossier.	Validé
2.1.1.2.5	Lors de l'évaluation initiale de l'utilisateur, l'infirmière utilise des termes compréhensibles pour ce dernier.	Validé
2.1.1.2.6	Les données objectives décrivent a) l'état général de l'utilisateur, b) l'état émotionnel, c) la mesure des paramètres fondamentaux (signes vitaux et signes neurologiques), d) les résultats d'un bref examen physique s'il est jugé nécessaire.	Validé
2.1.1.2.7	Lors de blessure orthopédique, l'évaluation du membre comprend les signes d'une altération de la circulation, de la sensation et de l'étendue du mouvement ainsi que des signes d'une fracture probable (la déformation, l'inflammation et la douleur).	Validé
2.1.1.2.8	L'évaluation initiale fait état de la présence ou de l'absence d'allergie.	Validé
2.1.1.2.9	Lors d'une perte d'intégrité des téguments, l'information portant sur l'immunisation tétanique est recueillie.	Validé
2.1.1.2.10	L'instrument de triage fait état de a) l'identification de l'utilisateur b) la date et l'heure du triage, c) la détermination de l'urgence d'intervention médicale (jugement clinique et niveau d'urgence), d) les mesures diagnostiques ou thérapeutiques initiées e) le lieu d'acheminement, f) la réévaluation s'il y a lieu g) la signature de l'infirmière.	Validé
2.1.1.2.11	L'information recueillie est inscrite au dossier de façon claire et concise.	Validé
2.1.1.2.12	La durée de l'évaluation initiale doit être brève tout en étant suffisamment élaborée.	Validé
2.1.2	Détermination de l'urgence d'intervention médicale selon une classification prédéterminée	
2.1.2.1	Un niveau d'urgence d'intervention médicale est assigné à chaque patient.	Validé
2.1.2.2	L'assignation du niveau d'urgence d'intervention médicale tient compte des indices de gravités, de l'intensité des symptômes et des facteurs de risques.	Validé
2.1.2.3	Lors de prise de décision difficile pour l'assignation du niveau d'urgence d'intervention médicale, l'infirmière du triage peut compter en tout temps sur le soutien de ses collègues seniors et du personnel médical.	Validé
2.1.3	Orientation des utilisateurs vers l'aire de traitement ou de soins	

	appropriée	
2.1.3.1	L'infirmière du triage accompagne d'office les usagers assignés au niveau I et II (réanimation et très urgent) à la salle de stabilisation.	Validé
2.1.3.2	L'infirmière du triage oriente la famille des usagers classifiés au niveau I (réanimation) vers un endroit approprié.	Validé
2.1.3.3	L'infirmière du triage transmet un rapport verbal sur la condition de l'utilisateur qu'elle transfère à l'infirmière de l'aire de traitement ou au médecin d'urgence.	Validé
2.1.4	Réévaluation périodique et systématique des usagers en attente	
2.1.4.1	Les usagers sont en mesure d'identifier l'infirmière au triage afin de l'aviser s'ils notent un changement dans leur condition.	Validé
2.1.4.2	Un système de réévaluation systématique des usagers en attente est enclenché lorsque le délai d'attente est dépassé.	Validé
2.1.4.3	L'infirmière du triage et le personnel de l'urgence ont accès au dossier de l'utilisateur en attente afin de pouvoir effectuer les réévaluations systématiques et périodiques.	Validé
2.1.4.4	La réévaluation de l'utilisateur est consignée au dossier ainsi que tout changement du niveau d'urgence d'intervention médicale.	Validé
2.1.5	Initiation des mesures diagnostiques ou thérapeutiques	
2.1.5.1	L'infirmière du triage informe les usagers de lui signaler tout changement de leur condition lorsqu'ils sont en attente.	Validé
2.1.5.2	Dans une situation d'urgence, l'infirmière du triage initie les mesures thérapeutiques jusqu'à ce qu'elle obtienne de l'aide. par exemple : CPR, contrôle d'hémorragie.	Validé
2.1.5.3	L'infirmière du triage explique au besoin à l'utilisateur et sa famille le cheminement des interventions en services d'urgence.	Validé
2.1.5.4	Les usagers ayant une maladie contagieuse sont isolés suivant le protocole de l'établissement.	Validé
2.1.5.5	Les usagers immunodéprimés bénéficient d'une isolation protectrice.	Validé
2.1.5.6	L'infirmière se lave les mains en respectant la technique préconisée avant toute série de contacts directs avec l'utilisateur et après tout soin ou traitement susceptible de favoriser la transmission de microorganismes.	Validé
2.1.5.7	Dans le cas où le récit d'une blessure ne concorde pas avec celle-ci et qui fait soupçonner une situation de violence conjugale, l'infirmière informe l'équipe soignante afin d'investiguer toute situation potentielle d'abus.	Validé
2.2	Activités de gestion	
2.2.1	Organisation du travail	
2.2.1.1	Le système de triage est en opération 24h sur 24.	Validé
2.2.1.2	Un nombre suffisant d'infirmières assure la permanence du triage (24 h sur 24).	Validé
2.2.1.3	L'accueil des usagers en tout temps se fait au cours des 10 minutes qui suivent leur arrivée.	Validé
2.2.1.4	Le nombre d'infirmière au triage est ajusté afin de tenir compte des	Validé

	variations d'achalandage, des repas et des pauses et lors de l'accompagnement des usagers vers la salle de stabilisation.	
2.2.1.5	Lors de période d'achalandage, une évaluation sommaire est effectuée afin de respecter un délai de 10 minutes pour le contact initial avec l'utilisateur.	Validé
2.2.1.6	L'utilisateur ayant fait l'objet d'une évaluation sommaire reçoit une évaluation complète dans les meilleurs délais.	Validé
3.0	Extrants - Soins & Services	
3.1	Résultats directs de production	
3.1.1	Résultats d'activités cliniques directes	
3.1.1.1	L'information donnée est claire avec des termes compréhensibles pour l'utilisateur.	Validé
3.1.2	Satisfaction	
3.1.2.1	Accessibilité	
3.1.2.1.1	L'utilisateur se dit satisfait de l'accessibilité de l'infirmière du triage après son évaluation initiale.	Validé
3.1.2.3	Communication interpersonnelle	
3.1.2.3.1	L'utilisateur se dit satisfait de l'accueil reçu de la part du personnel du triage.	Validé
3.1.2.4	Compétences techniques et professionnelles	
3.1.2.4.1	L'utilisateur perçoit que l'infirmière du triage est à l'aise avec le problème soulevé.	Validé
3.1.2.4.2	L'utilisateur perçoit que l'infirmière au triage a une compétence dans les gestes techniques qu'elle pose.	Validé
3.1.2.4.3	L'utilisateur perçoit que l'infirmière au triage est capable d'évaluer ce qui est fait, d'avoir un sens critique et de réajuster le plan de soins en fonction de l'évolution du problème.	Validé
3.1.2.4.4	L'utilisateur se dit satisfait des explications données au sujet des mesures thérapeutiques initiées lors du triage.	Validé
3.1.2.5	La continuité des soins	
3.1.2.5.1	Les protocoles guidant la pratique de l'infirmière au triage sont facile d'utilisation et promeuvent la continuité des soins.	Validé

ANNEXE X

LISTE VALIDÉE DE L'ÉQUIPEMENT DE LA SALLE DE TRIAGE

Équipement de la salle de triage
Bureau
Chaises : une pour l'infirmière et deux pour la famille.
Civière
Paravent ou rideau
Horloge
Réfrigérateur (glace, suppositoires d'acétaminophen, solution pour la réhydratation orale)
Lavabo, distributrice de papier, poubelle, panier à linge
Téléphone et système d'intercom.
Balance pour enfant et adulte
Mètre pour mesurer la taille
Ruban à mesurer
Sphygmomanomètre électronique avec brassard pour tous les âges et pour les personnes très grandes.
Saturomètre
Thermomètre (rectale, orale, gel muco, axillaire, tympanique)
Glucomètre
Manomètre pour le débit expiratoire de pointe.
Lampe de poche
Chaise roulante facilement accessible
Les équipements électroniques sont calibrés régulièrement. Glucomètre, saturomètre, sphygmomanomètre électronique.
Gants, masques et lunettes protectrices, boîte pour objets contaminés.
Sacs de glace, glace, écharpes, bandages élastiques, attèles,
Compresses stériles et non-stériles, rubans adhésifs, bandages adhésif, bandelettes, solution saline stérile, chlorhexidine.
Contenants stériles et non-stérile, sac collecteur d'urine bébé et enfant, savon liquide, écouvillon pour culture, abaisses langue.
Masques protecteurs (Tuberculose et immunocompromis).
Haricots,
Jaquettes, draps, serviettes, piqués, couches de coton, serviette sanitaires.
Acétaminophen (comprimés, suppositoires, liquide), seringues, gobelets, verres,
Garrot, opsite, crème anesthésiante (ametop).
Dépliants pour l'enseignement (fièvre, réhydratation orale, CLSC...)
Livres de références et protocoles
Réquisitions et feuilles pour documenter.
Équipements pour immobiliser une victime d'accident se présentant à pied (collet cervical, planche, sangles).

Un téléphone en lien avec les autres parties du département ainsi qu'un système d'intercom, liste de numéro de téléphone interne.

Un téléphone en ligne directe avec la centrale des services ambulancier.

Espace pour des ordinateurs, la station du centre anti-poison, et tout autre équipement de communication.
