



Exercice pratique de triage infirmier : le cas de l'accident vasculaire cérébral

Practical Nursing Triage Exercise : The Case of Stroke

par **Mirelle Gagnon-Gervais et Mélanie Marceau**

Avertissement : Cet exercice de triage est présenté à des fins éducatives uniquement. Il vise à soutenir la réflexion clinique et ne remplace pas le jugement professionnel ni les protocoles en vigueur dans votre établissement. Les décisions de triage doivent toujours être adaptées au contexte clinique spécifique et basées sur l'évaluation globale de la personne soignée.

Mots-clés/Keywords : Urgence, Triage, Accident vasculaire cérébral; *Emergency department, Triage, Stroke*

RÉSUMÉ/ABSTRACT

Cet exercice pratique de triage présente un cas clinique fictif illustrant l'application des nouvelles recommandations de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) 2024. La révision a été menée conjointement par l'Association nationale des infirmières et infirmiers d'urgence (ANIIU) et l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU). À partir d'un scénario clinique d'une personne présentant des manifestations cliniques d'un accident vasculaire cérébral (AVC) au réveil, cet exercice pratique vise à revoir la démarche clinique et la priorisation selon les nouvelles recommandations des modificateurs primaires et spécifiques à la raison de consultation selon l'ÉTG.

This practical triage exercise presents a fictional clinical case illustrating the application of the 2024 updates to the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS). The revision was conducted jointly by the National Emergency Nurses Association (NENA) and the Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP). Based on a clinical scenario involving an individual presenting with signs and symptoms of a wake-up stroke, this exercise aims to review the clinical assessment process and prioritization according to the updated recommendations for primary and complaint-specific modifiers within the CTAS.

SAVIEZ-VOUS QUE...

INTRODUCTION

La révision 2024 de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) marque une étape importante dans l'évolution du triage infirmier au Canada. Cette mise à jour, la première depuis 2016, résulte d'une collaboration entre l'Association nationale des infirmières et infirmiers d'urgence (ANIUI) et l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) formant ainsi le Groupe de travail national canadien. Cet exercice pratique a pour objectif d'illustrer l'application de ces nouveaux modificateurs à travers un cas fictif inspiré de la pratique clinique quotidienne à l'urgence.

Cas clinique

Il est 9 h du matin dans un service d'urgence d'un hôpital rural. Monsieur Pierre Coco, âgé de 74 ans, se présente accompagné de son conjoint. Il était asymptomatique la veille, hormis un léger mal de tête. Au réveil, le conjoint constate une faiblesse du côté droit, un trouble d'élocution et un affaissement facial droit. Inquiet, il l'amène rapidement à l'urgence. Voici l'évaluation infirmière :

À l'évaluation visuelle

La personne infirmière observe que Monsieur Coco est transporté en fauteuil roulant par son conjoint et présente un affaissement du visage du côté droit.

Au triage

- Le questionnaire des symptômes infectieux est négatif.
- Les données de l'évaluation complètes sont :
 - Données subjectives :
 - Douleur (PQRSTU) : aucune (répond verbalement qu'il n'a pas de douleur)
 - Allergie : aucune connue
 - Antécédents : hypertension, dyslipidémie et diabète de type 2
 - Médications : Metformine 500 mg PO BID, Amlodipine 5 mg PO die, Atorvastatine 40 mg PO die
 - Aucun anticoagulant
 - Données objectives :
 - Éveillé, alerte et orienté, mais présente une dysarthrie
 - Pupilles 3mm égales, rondes et réactives à la lumière et à l'accommodation
 - Échelle de Cincinnati : 3/3
 - Force motrice à 2/5 au membre supérieur et inférieur droit
 - Tension artérielle (TA) : 140/77 mmHg, Fréquence cardiaque (FC) : 95 batt./min (irrégulière), Fréquence respiratoire (FR) : 16 resp./min, SpO₂ : 96 % à l'air ambiant, Température buccale : 36,7 °C, glycémie capillaire : 4,5 mmol/L

Depuis la plus récente révision, les « modificateurs de premier ordre » sont maintenant appelés modificateurs primaires. Les « modificateurs de deuxième ordre », quant à eux, portent désormais le nom de modificateurs spécifiques à la raison de consultation. Plus de 240 modificateurs spécifiques à certaines raisons de consultation ont été ajoutés, permettant une meilleure précision clinique lors de l'évaluation au triage.

Questions réflexives

Quel sera le niveau de priorité à attribuer pour ce cas clinique ? Quelles sont les considérations particulières pour un accident vasculaire cérébral (AVC) au réveil ?

Discussion et justification

Les personnes présentant des symptômes d'AVC peuvent bénéficier d'un traitement par thrombolyse ou par thrombectomie lorsqu'il s'agit d'un AVC ischémique (1,2,6,7). La thrombolyse est généralement possible dans une fenêtre de 4,5 heures suivant l'apparition des symptômes (3,6,7), tandis que la thrombectomie peut être envisagée jusqu'à 24h suivant les symptômes et plusieurs éléments, dont l'imagerie (4,6,7).

Dans le contexte d'un AVC au réveil, le moment exact du début des symptômes est incertain. Néanmoins, les recommandations récentes soulignent l'importance d'une évaluation rapide et d'une orientation vers un centre spécialisé (5,6,7). La nouvelle version 2024 de l'ÉTG reconnaît cette situation en introduisant un modificateur spécifique : « symptômes d'AVC au réveil ou dans la fenêtre thérapeutique », attribuant une cote de priorité 2 (Tableau 1).

Tableau 1. Raison de consultation : Faiblesse des membres/Symptômes d'AVC

Certains modificateurs primaires et spécifiques à la raison de consultation	Cote de priorité
Détresse respiratoire sévère	P1
Inconscience	P1
État de choc	P1
Instabilité hémodynamique	P2
Détresse respiratoire modérée	P2
Fièvre, immunosupprimé	P2
Symptômes « AVC au réveil » ou dans la fenêtre thérapeutique	P2
Résolue ou en dehors de la fenêtre thérapeutique	P3
Fragilité	P3
Douleur modérée, centrale et aigue	P3

Légende : modificateurs primaire en noir et modificateurs spécifiques en bleu
Source : Traduction libre de (8)

Il ne faut pas oublier que l'intervention rapide est essentielle auprès des personnes présentant des manifestations cliniques d'AVC (6,7). Ainsi, il est possible que le personnel infirmier doive compléter le triage de façon accélérée ou orienter immédiatement la personne vers une salle de traitement appropriée, avant même d'avoir recueilli toutes les informations complémentaires (p. ex. les antécédents de santé, la liste des médicaments, la glycémie capillaire). Dès l'évaluation initiale des symptômes compatibles avec un AVC, la personne peut être dirigée directement vers la salle de traitement prioritaire afin d'optimiser la prise en charge médicale et infirmière. La connaissance des protocoles de son centre demeure un élément clé.

Conclusion

Ce cas clinique illustre l'importance de l'application rigoureuse des nouveaux modificateurs introduits dans la révision 2024 de l'ÉTG. Le jugement clinique infirmier demeure essentiel afin d'assurer une priorisation rapide, adaptée et sécuritaire, particulièrement pour les personnes présentant des symptômes d'AVC. 🌟

LES AUTEURES

Mirelle Gagnon-Gervais**inf., B.Sc.**Infirmière clinicienne, Centre hospitalier de l'université de Montréal (CHUM)
mirelle.gagnon-gervais.chum@ssss.gouv.qc.ca**Mélanie Marceau****inf. Ph.D.**

Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Mirelle Gagnon-Gervais fait partie du comité éditorial de la revue Soins d'urgence, mais n'a pas contribué à l'édition de cet article. De plus, Mirelle Gagnon-Gervais et Mélanie Marceau sont instructrices pour le Canadian Triage Acuity Scale (CTAS).

SOUTIEN FINANCIER

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

RÉFÉRENCES

- Hall JN, McCarron J, Toarta C, McLeod SL, CTAS National Advisory Committee and NENA Triage Committee. Canadian emergency department triage and acuity scale (CTAS) guidelines 2025. *Can J Emerg Med.* 2025;27(10):774-777. doi:10.1007/s43678-025-00996-1.
- Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the early management of acute ischemic stroke : 2023 update to the early management of acute ischemic stroke guideline recommendations. *Stroke.* 2023;54(4):e68-e163. doi:10.1161/STR.000000000000441
- Goyal M, Menon BK, van Zwam WH, Dippel DWJ, Mitchell PJ, Demchuk AM, et al. Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke : Meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *Lancet.* 2016;387(10029):1723-1731. doi:10.1016/S0140-6736(16)00163-X.
- Campbell BCV, Mitchell PJ, Churilov L, Dowling RJ, Yan B, Parsons MW, et al. Extended window for endovascular thrombectomy in stroke : A review. *J Neurointerv Surg.* 2022;14(9):893-899. doi:10.1136/neurintsurg-2022-018850.
- Albers GW, Marks MP, Kemp S, Christensen S, Tsai JP, Ortega-Gutierrez S, et al. Thrombectomy for stroke at awakening : Evidence and evolving practice. *N Engl J Med.* 2018;378(11):1029-1039. doi:10.1056/NEJMra1706442.
- Oliveira-Filho J, Mullen MT. Initial assessment and management of acute stroke. *UpToDate.* 2026. <https://www.uptodate.com/contents/initial-assessment-and-management-of-acute-stroke>
- Oliveira-Filho J, Samuels OB. Approach to reperfusion therapy for acute ischemic stroke; *UpToDate.* 2026. <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-reperfusion-therapy-for-acute-ischemic-stroke/print>
- CTAS National Advisory Committee. eCTAS Database reference tool - complaint-oriented triage [document non publié]. 2024. CTAS.

SOINS D'URGENCE

AIMEZ ET SUIVEZ LA PAGE
FACEBOOK DÉDIÉE À LA REVUE

Disponible sur la plateforme Érudit



Gratuite en version papier pour les membres qui en font la demande. Livraison par la poste, au domicile ou à l'établissement professionnel



Disponible en tout temps sur notre site Web