

Triage is easy, said no triage nurse ever

International Emergency Nursing 29 (2016) 1–2

Le triage au service d'urgence adulte.

Ferron Fred
BSA-2018

1

1

Le triage.

- **Objectifs:**

L'étudiant

- explique l'utilisation des scores / échelles des triages en combinaison avec l'évaluation clinique.
- décrit les éléments d'urgence
- connaît et comprend les étiologies et sémiologies des pathologies de l'urgence

2

2

Le triage: buts

- 1. Identifier rapidement les patients souffrant d'une condition urgente menaçant la vie;**
- 2. Déterminer l'aire de traitement appropriée pour les patients se présentant au DU;**
- 3. Diminuer la congestion des aires de traitement du DU;**
- 4. Permettre une évaluation continue des patients;**
- 5. Informer les patients et leur famille à propos des soins à venir et des temps d'attente;**
- 6. Aider au recueil de l'information permettant de définir la « lourdeur » de la clientèle du département.**

3

3

Le triage: *avant de commencer.....*

- Les patients de l'urgence sont particuliers:
 - Non planifiés / épisodiques
 - Anxieux et en détresse.
 - Les patients et les dispensateurs de soins ne se connaissent pas.
 - Les patients arrivent avec des symptômes, pas avec un diagnostic.
 - Les patients sont d'âges variés et ont des problématiques diversifiées.
 - Ils manquent souvent de soins primaires.
 - **LES PATIENTS NE SONT PAS TOUJOURS AUSSI BIEN QU'ILS NE LE SEMBLENT ET ILS NE SONT PAS TOUJOURS AUSSI MALADES QU'ILS NE LE CROIENT.**



4

4

CLASSER
REPERTORIER
CHOISIR
REPARTIR
SELECTIONNER
SEPARER

Le triage: *définition*

Le triage consiste à classifier ou à déterminer le degré de priorité pour les patients.

- **Processus dynamique** qui consiste à évaluer les **besoins de santé** des patients qui se présentent aux urgences et à établir un **niveau de priorité** selon les **critères préétablis**.
- Le triage sert à déterminer la **réponse la plus appropriée** (surveillance, soins, secteur de traitement) **dans des délais définis** afin de diminuer la morbidité et la mortalité liées à certaines situations de santé.
- Il implique également une **réévaluation périodique et systématique** des patients en attente d'évaluation médicale lorsque les délais sont expirés.

5

5

Le triage:

- Les échelles de triage établissent une relation entre:
 - les besoins des patients en soins et
 - les délais raisonnables pour les rendre.
- Elles permettent aux services d'urgence:
 - d'évaluer la « lourdeur » de leur clientèle,
 - les besoins en ressources
 - les capacités à répondre à certains objectifs opérationnels.
- La capacité de répondre aux objectifs de délai raisonnable dépend:
 - des variations dans les **ressources** en jeu,
 - l'efficacité de l'**organisation en place** (*informatisation, nombre de civières, taille des salles d'examen, organisation physique et équipements disponibles*),
 - la **standardisation des soins** (*utilisation de guides de pratique ou de protocoles*) ou
 - le degré de **congestion** (*incapacité de transférer les patients*).



6

6

Le triage:objectifs opérationnels.

-définir le délai souhaitable entre l'arrivée du patient et l'évaluation médicale.
- Raison du choix:
 - les décisions d'investigations et d'initiation de traitements sont prises par le médecin
 - lorsqu'il évalue le patient
 - lorsqu'il reçoit les résultats préliminaires.
- *Les délais prescrits sont idéaux, mais ne constituent pas des normes de soins acceptées ou validées.*
- Les délais sont centrés sur:
- centrés sur le patient (« ce que nous voudrions pour des membres de notre famille ou nous-mêmes »)
- notion « intervention effectuée en temps opportun:
- diminution de la morbidité et la mortalité (*par exemple : intubation endotrachéale pour une insuffisance respiratoire, défibrillation pour un arrêt cardiaque, thrombolyse pour un infarctus du myocarde, bronchodilatateurs pour un bronchospasme sévère, etc.*)

7

7

Le triage: délai souhaitable.

- Chaque niveau de triage est associé à un objectif de réponse « fractile » car:
 - de larges variations dans la demande de soins
 - les délais « idéaux » ne s'atteignent pas sans investir des ressources illimitées,
- En pratique:
- Si un patient, catégorisé au niveau II, doit idéalement être vu en moins de quinze minutes, on doit atteindre cet objectif dans 95% des cas.
 - Ainsi, alors que le délai pour beaucoup de patients de niveau II sera de cinq minutes seulement, il sera de trente minutes pour certains d'entre eux, sans pour autant que l'on déroge à l'objectif initial de réponse fractile défini pour cette catégorie.
- Approche justifiée pour diverses raisons :
 - si plus d'un patient de niveau I ou de niveau II arrivent à l'urgence simultanément.
 - si l'objectif de délai pour les patients de niveau V est de deux heures, (réponse fractile est de 80%), ce qui signifie que les patients peuvent, à l'occasion, attendre plus longtemps.

8

8

Le triage: réponse fractile

- ...permet de décrire dans quelle proportion un système donné répond à ses objectifs.
- ...est définie comme « *la proportion de patients qui sont évalués à l'intérieur du délai prescrit pour le niveau de triage qui leur est assigné* ».
 - *Par exemple, si 90% des patients de niveau III sont évalués par le médecin dans un délai de trente minutes pour un mois donné, alors la réponse fractile durant cette période sera ici de « 90% ».*
- *Le concept de réponse fractile n'a pas pour objet de définir si, pour un patient donné, le délai d'évaluation est raisonnable ou acceptable.*
- Utilisation des données: dépassements fréquents des délais suggérés.
 - changement dans l'organisation du système ?
 - changement du processus de soins ?
 - reconsiderer la validité des objectifs de délai ?

9

9

Le triage: réponse fractile

- Exemple:
- L'assignation du niveau de triage est fondée sur la « présentation usuelle » d'un problème clinique particulier, mais elle n'est pas entièrement déterminée par les symptômes du patient.
- L'expérience et l'intuition du professionnel (est-ce que le patient a « l'air malade » ?), ainsi que d'autres informations qui sont des indices de gravité (signes vitaux, débit expiratoire de pointe (DEP), saturation O₂, échelle de douleur, symptômes associés) peuvent aussi contribuer à la prise de décision.

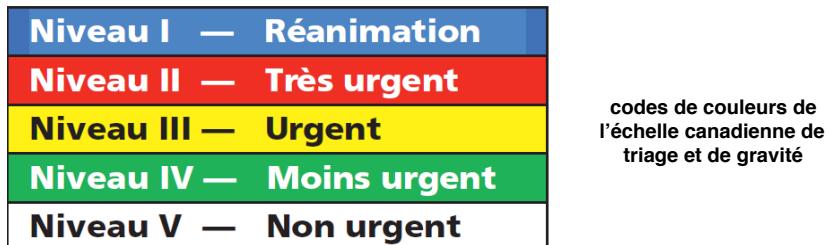
Niveau de triage	I	II	III	IV	V
Délai	Immédiat	15 min.	30 min.	60 min.	120 min.
Réponse fractile	98%	95%	90%	85%	80%
Taux d'admission attendu	70-90%	40-70%	20-40%	10-20%	0-10%

10

10

Le triage: changer le niveau de triage.

- L'assignation du niveau de triage devrait être raisonnablement rehausser si l'objectif de délai n'est pas atteint:
 - exemple : si un patient assigné au niveau V attend plus de 2 heures.
- Une assignation des patients aux catégories basses (III, IV et V) comporte en effet le risque que l'évaluation médicale ne soit retardée indûment ou dangereusement par l'arrivée continue de nouveaux patients.
- Ceci est d'autant plus important que l'état des patients peut évoluer pendant leur séjour à l'urgence et que les guides de triage ne permettent pas toujours de séparer avec précision les patients de niveaux III, IV et V.
- Les systèmes informatisés de repérage des patients sont des outils intéressants pour gérer de manière efficace ces changements dans les niveaux de triage.



11

11

Le triage: guide général de triage.

- L'infirmière de triage doit en tout temps avoir un accès rapide aux aires d'enregistrement et d'attente ou pouvoir en effectuer la surveillance visuelle continue.
- Le rôle de l'infirmière triouse consiste à:
 - Accueillir les clients et leur famille avec empathie;
 - Effectuer une évaluation visuelle rapide;
 - Documenter l'évaluation;
 - Assigner un niveau de triage au client en utilisant un guide approprié;
 - Accompagner ou amener le client jusqu'aux aires de traitement lorsque c'est nécessaire;
 - Donner rapport à l'infirmière de l'aire de traitement ou au médecin d'urgence en documentant le nom de cette personne puis retourner à l'aire de triage;
 - Informer les patients et leur famille des délais d'évaluation;
 - Réévaluer les clients en attente si nécessaire;
 - Informer les clients de signaler tout changement de leur condition.

12

12

Le triage: guide général de triage.

- La précision de l'assignation dépend :
 - Des connaissances pratiques acquises par l'expérience et la formation;
 - De l'identification appropriée des signes et symptômes;
 - De l'usage de guides et de protocoles de triage.
- Un niveau de triage doit être assigné à chaque patient et pour tous les quarts de travail, incluant tous les patients transportés par ambulance.
- Quand l'infirmière de triage a assigné plus de 3 patients à un niveau urgent, il est de sa responsabilité de les faire évaluer rapidement par l'infirmière de l'aire de traitement et/ou le médecin d'urgence.
- **Le triage est un processus dynamique. La condition des patients peut s'améliorer OU se détériorer durant le délai d'attente hors de l'aire de traitement.**

13

13

Le triage: processus du triage.

- Evaluation sommaire vs évaluation complète ?
 - Certaine confusion quant à la quantité d'informations requise pour assigner un niveau de triage.
 - Objectif: délai entre l'arrivée et le triage < 10 mn !
 - Afin d'assurer le flux des patients....favoriser un processus d'évaluation sommaire (diminuer les délais avant le premier contact).
 - Evaluation complète = détermination plus précise du degré de priorité des soins en fonction de la condition clinique du patient.

14

14

Le triage: processus du triage.

sur bas ETC

1. Tous les patients doivent être évalués (au moins visuellement) dans un délai de 10 minutes après l'arrivée à l'urgence;
2. On ne doit procéder à l'**évaluation complète** d'un patient dans l'aire de triage **que si aucun autre patient ne se trouve en attente** d'être évalué. Seule l'information requise pour assigner un niveau de triage doit être recueillie et documentée;
3. On doit **favoriser une évaluation sommaire (évaluation rapide)** si 2 patients ou plus attendent leur évaluation de triage. Lorsqu'on a pu évaluer au moins sommairement tous les patients en attente, les patients assignés aux niveaux IV et V et envoyés dans l'aire d'attente doivent être évalués de manière plus complète par l'infirmière de triage ou de l'aire de traitement;
4. L'évaluation plus approfondie d'un patient et des changements dans ses signes et symptômes peuvent amener le personnel à modifier l'assignation de triage. On doit noter le choix initial de même que toute modification subséquente du niveau de triage. Ce choix initial sera utilisé pour les fins administratives;
5. On doit **conduire tous les patients assignés au niveau I et II dans l'aire de traitement**, où une évaluation plus approfondie doit être immédiate

15

15

Le triage: éléments d'évaluation du triage.

- A. Raison de consultation: description, par le patient, de son problème.
- B. Validation et évaluation de la raison de consultation:
 - Evaluation subjective.** début - évolution - durée (*anamnèse*)
 - début exacte des symptômes, actions, soulagement ou aggravation, etc.
 - Evaluation objective:** *peut être effectuée dans l'air de traitement si la condition du patient demande un accès rapide aux soins ou à une intervention (niveau 1, 2 et 3).*
 - Informations additionnelles:** *peut être effectuée dans l'air de traitement si la condition du patient demande un accès rapide aux soins ou à une intervention.*
 - Allergies, Médicaments,etc.

16

16

Le triage: un processus dynamique.

- L'assignation d'un niveau de triage pour un patient peut varier durant l'attente (vers le haut ou le bas) ou suite à l'évaluation médicale, aux résultats d'investigation ou à la réponse aux traitements.
- Les systèmes de triage doivent s'appuyer sur des protocoles décrivant:
 - Les délais d'évaluation d'un patient par l'intervenant pour un type de problème spécifique;
 - Le nombre de réévaluations pour chaque catégorie de triage et l'endroit où cette information doit être documentée;
 - La catégorisation des patients en fonction des signes et symptômes présentés (raison de consultation);
 - Le type d'intervention qu'on doit commencer au triage;
 - Le type de réévaluations qui doivent être effectuées; les options peuvent aller d'une réévaluation visuelle rapide des patients de l'aire d'attente jusqu'à une reprise de l'évaluation primaire et de la prise des SV;
 - Des guides décrivant les délais d'évaluation et les méthodes de réévaluation, qui permettent l'évaluation de la qualité et qui visent à prévenir la détérioration de la condition des patients.

17

17

Le triage: réévaluation.

- Les objectifs de délais jusqu'à une réévaluation par l'infirmière sont liés aux niveaux de triage:

Niveau I	Niveau II	Niveau III	Niveau IV	Niveau V
Soins continus	Chaque 15 minutes	Chaque 30 minutes	Chaque 60 minutes	Chaque 120 minutes

18

18

Le triage: compétences du personnel de triage.

- **CAPACITÉS DE COMMUNICATION !!!**
 - questions ouvertes (informations subjectives)
 - questions fermées (évaluations objectives)
 - barrières: langage, âge, intensité de la douleur, surdité, capacité mentale, etc.
 - communication avec tous les sens:
 - observation !! vision, audition, odorat, toucher.
- **CAPACITÉS SOCIALES:** discréption, compréhension, tact, capacité de travailler sous pression
- **CAPACITÉS ORGANISATIONNELLES:** gestion des files d'attente, les demandes des patients (« on demeure sous la surveillance constante des patients »)
- **CAPACITÉS DE FONCTIONNER EN SITUATION TENDUE OU CHAOTIQUE.**
- **CAPACITÉS DE RECONNAÎTRE LES CONDITIONS URGENTES:**
 - expérience, connaissances diversifiées, formation, qualité du jugement clinique, utilisation de la pensée critique, capable de prendre des décisions rapidement, capable de prioriser.

19

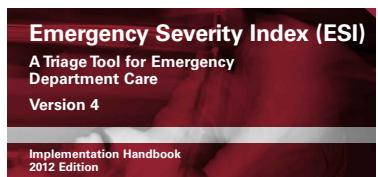
19

Le triage: outils de triage disponibles. Triage intrahospitalier des urgences adultes.

- Les échelles sont des outils indispensables surtout pour les flux importants.
- Actuellement pas d'échelles validées de façon consensuelle.

20

20



Triage intrahospitalier des urgences adultes. « Emergency Severity Index » (ESI)

- Score en 5 points élaboré par l'Agency for Healthcare Research and Quality .
- Le processus de tri est basé sur un algorithme décisionnel.
- Score validé a subi plusieurs modifications permettant d'obtenir la version actuelle en 5 points
 - Un score de 1 (patient sévère, instable) correspond à une prise en charge immédiate. Un patient avec un score de 5 est stable et ne requiert pas de soins urgents.
- Les stades de gravité de ce score sont corrélés aux investigations complémentaires à mener.
- Une étude prospective observationnelle a permis de valider ce score. Les explorations effectuées pour la prise en charge des patients étaient corrélées au niveau de score ESI attribué à leur arrivée.
- Elshove-Bolk J, Mencel F, van Rijswijck BT, Simons MP, van Vugt AB. Validation of the Emergency Severity Index (ESI) in self-referred patients in a European emergency department. Emerg Med J. 2007 Mar;24(3):170-4. PubMed PMID: 17351220. Epub 2007/03/14. eng.
- Echelle de triage est facilement transposable indépendamment du pays.
- Grossmann FF, Nickel CH, Christ M, Schneider K, Spirig R, Bingisser R. Transporting clinical tools to new settings: cultural adaptation and validation of the Emergency Severity Index in German. Ann Emerg Med. 2011 Mar;57(3):257-64. PubMed PMID: 20952097.

21

21

Triage intrahospitalier des urgences adultes. « Emergency Severity Index » (ESI)

Niveau ESI	https://www.esitriage.com/home/	
ESI 1	Patient avec instabilité importante, doit être immédiatement pris en charge par un médecin, nécessite souvent une intervention (exemple : intubation) pour être stabilisé	Ce niveau représente 2% des patients et 73% des patients sont hospitalisés
ESI 2	Patient potentiellement instable, doit être pris en charge par un médecin dans un délai inférieur à 10 minutes, nécessite souvent des examens complémentaires biologique et d'imagerie, un traitement et une hospitalisation	Ce niveau représente 22% des patients et 54% des patients sont hospitalisés
ESI 3	Patient stable, doit être pris en charge par un médecin dans un délai inférieur à 30 minutes, nécessite souvent des examens complémentaires biologique et d'imagerie, un traitement et le plus souvent sort en externe	Ce niveau représente 39% des patients et 24% des patients sont hospitalisés
ESI 4	Patient stable, peut ne pas être pris en charge rapidement pas un médecin, nécessite peu d'examen complémentaire et doit normalement sortir en externe	Ce niveau représente 27% des patients et 2% des patients sont hospitalisés
ESI 5	Patient stable, peut ne pas être pris en charge rapidement pas un médecin, ne nécessite pas d'examen complémentaire et doit normalement sortir en externe	Ce niveau représente 10% des patients qui ne présente pas d'indication à être hospitalisés

- Pour les tri 3,4 et 5, l'infirmière de tri doit, lors de l'évaluation initiale, envisager les différents besoins en soins et examens nécessaire à la prise en charge.
- nécessite une grande expérience de la part des infirmières.

22

22

Triage intrahospitalier des urgences adultes. « Manchester Triage Scale » (MTS)

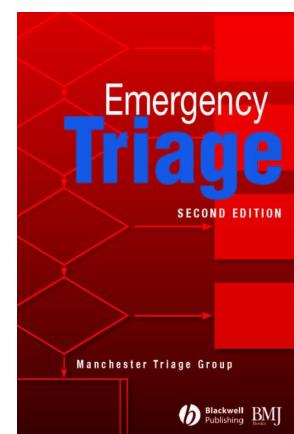
- élaborée en 1996.
- Sous réserve d'une bonne utilisation, incluant la formation des personnels, la MTS a une bonne sensibilité.
 - . Cooke MW, Jinks S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? J Accid Emerg Med. 1999 May;16(3):179-81. PubMed PMID: 10353042. Epub 1999/06/03
 - étude porte que sur un faible échantillon, limites non négligeables.
- nécessite un bon apprentissage et peut être influencée par les diagnostics évoqués avant le triage (médecin généraliste).
- Etude rétrospective observationnelle:
 - . Martins HM, Cuna LM, Freitas P. Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. Emerg Med J. 2009 Mar;26(3):183-6. PubMed PMID: 19234008. Epub 2009/02/24
 - échelle ESI plus adaptée en termes d'hospitalisations.
 - étude avec bias de sélection.
- Comparaison MTS et ESI sur base de scénarii:
 - meilleure reproductibilité du score MTS que celle d'ESI.
- Storm-Versloot MN, Ubbink DT, Chin a Choi V, Luitse JS. Observer agreement of the Manchester Triage System and the Emergency Severity Index: a simulation study. Emerg Med J. 2009 Aug;26(8):556-60. PubMed PMID: 19625548. Epub 2009/07/25

23

23

Triage intrahospitalier des urgences adultes. « Manchester Triage Scale » (MTS)

- « Manchester triage Group » dispose:
 - d'une concept de formation propre.
 - des instruments d'audit et d'instructions.



Niveau MTS	Prise en charge	Délai recommandé
MTS 1	Immédiate	0 minute
MTS 2	Très urgente	10 minutes
MTS 3	Urgente	60 minutes
MTS 4	Standard	120 minutes
MTS 5	Non urgente	240 minutes

24

24

Triage intrahospitalier des urgences adultes. « Manchester Triage Scale » (MTS)

A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, the Manchester Triage System

Nicola Parenti ^{a,*}, Maria Letizia Bacchi Reggiani ^b, Primiano Iannone ^c, Daniela Percudani ^d, Dawn Dowding ^e

N. Parenti et al./International Journal of Nursing Studies 51 (2014) 1062–1069

Conclusions: In this review, the Manchester Triage System shows a wide inter-rater agreement range with a prevalence of good and very good agreement. Its safety was low because of the high rate of undertriage and the low sensitivity in predicting higher urgency levels. The high rate of overtriage could cause unnecessarily high use of resources in the emergency department. The quality of the reporting in studies of the reliability and validity of the Manchester Triage System is good.

25

25

Triage intrahospitalier des urgences adultes. « Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale » (CTAS)

- Mise en place en 1998, largement adoptée dans le SU.
- Prend en compte la rapidité de mise en œuvre des soins ainsi que leur délai de réévaluation à adopter
- S'appuie sur une liste normalisée de motifs de consultation assortie du concept de déterminant appelé « modificateur » de premier et deuxième ordres.
 - *Modificateur de premier ordre* = motifs de consultation les plus fréquents et sont relatifs aux signes vitaux, à l'intensité de la douleur et au mécanisme de blessure.
 - Airway
 - Breathing
 - Circulation
 - Disability
 - *Modificateur de deuxième ordre*: s'appliquent à un nombre plus restreint de symptômes spécifiques permettant de stratifier le risque

26

26

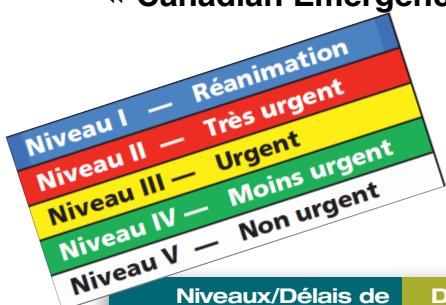
Triage intrahospitalier des urgences adultes. « Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale » (CTAS)

- Fait l'objet de révisions et de mises à jour régulières
- Ecueils:
 - importante formation nécessaire pour le personnel de triage.
 - outil informatique obligatoire.
- échelle a un coefficient de corrélation interobservateur variable selon les études (de 0,20 à 0,84).

27

27

Triage intrahospitalier des urgences adultes. « Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale » (CTAS)



Niveaux/Délais de prise en charge médicale	Détails
1 Prise en charge immédiate	Réanimation : conditions qui menacent la vie ou l'intégrité d'un membre et qui nécessitent une intervention énergique et immédiate.
2 15 minutes	Très urgent : conditions qui menacent la vie, l'intégrité d'un membre ou sa fonction, et exigeant une intervention médicale rapide.
3 30 minutes	Urgent : conditions souvent associées à un inconfort important et à une incapacité à s'acquitter des activités de la vie quotidienne.
4 60 minutes	Moins urgent : conditions variables selon l'âge et le degré de détresse du client et présentant des risques de détérioration ou de complications.
5 120 minutes (ou orienté vers des ressources autres que l'urgence)	Non urgent : conditions qui peuvent être aiguës, non urgentes, ou faire partie d'un problème chronique.

28

28

Triage intrahospitalier des urgences adultes. « Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale » (CTAS)

Niveau 1 Réanimation	<ul style="list-style-type: none"> Arrêt cardiaque non traumatique Arrêt cardiaque traumatique Arrêt respiratoire Convulsion (convulse activement) Violent/comportement homicidaire (risqué imminent pour lui-même ou pour les autres, projet spécifique)
Niveau 2 Très urgent	<ul style="list-style-type: none"> Exposition chimique aux yeux Palpitations/pouls irrégulier (antécédents documentés) Syncope/présyncope (pas de symptômes précurseurs) Brûlure (>25% BSA) Gelure/lésions dues au froid (Membre froid sans pouls) Amputation (amputation traumatique d'un doigt)
Niveau 3 Urgent	<ul style="list-style-type: none"> Vertiges (positionnel, aucun autre symptôme) Blessure d'une extrémité (plâtre serré avec symptômes neurovasculaires) Exposition au sans ou liquide organique (exposition à risque bas) Trauma majeur - contondant (immobilisation spinale prolongée)
Niveau 4 Moins urgent	<ul style="list-style-type: none"> Rougeur et chaleur unilatérale d'un membre (inflammation localisée) Lacération/ponction (sutures requises) Sang dans les selles (saignement rectal en petites quantités) Assaut sexuel (> ou égale à 12 heures, pas de blessure)
Niveau 5 Non urgent	<ul style="list-style-type: none"> Congestion nasale, fièvre des foins Examens imagerie médicale Exposition maladie contagieuse Perte de l'ouïe (perte graduelle)

29

29

Triage intrahospitalier des urgences adultes. « Classification Infirmière des malades aux urgences » (CIMU)

- Utilise une échelle en 5 stades de complexité et de gravité croissantes
- Cette échelle permet de prédire la **COMPLEXITÉ** et la **SÉVÉRITÉ** d'un patient venu consulter aux urgences.
- La **complexité** est évaluée par le taux de ressources consommées (actes infirmiers, médicaux, biologiques ou radiologiques) et la **sévérité** par le taux d'admission au sein de chaque tri.
- La CIMU propose un modulateur de tri symbolisé par une « * »
 - L'intérêt = accélérer la prise en charge d'un patient, dont un symptôme intense ou paramètre vital anormal justifie une action thérapeutique spécifique, rapide et résolutive du problème.*
- Recommandation d'utiliser cinq questions stéréotypées:
 - motif(s) de recours au soin (**le Quoi ?**)
 - date et heure de début (**le Quand ?**)
 - facteur déclenchant, mode de début et évolution (**le Comment ?**)
 - intensité du symptôme (**le Combien ?**)
 - épisodes similaires, antécédents et co-morbidités (**le Qui ?**).

30

30

Triage intrahospitalier des urgences adultes. « Classification Infirmière des malades aux urgences » (CIMU)

- L'infirmière s'appuie sur l'**EXAMEN CLINIQUE** et une **CLASSIFICATION** pour trier les patients.
- Grilles: outils permettant d'affiner l'examen clinique et répondre aux critères de fiabilité, reproductibilité et rapidité.
- L'évaluation clinique reste l'essentiel de la démarche de l'IOA.

- CIMU est fiable d'un évaluateur à un autre ($\kappa = 0,77$; IC 95% : 0,71-0,82)
- Le taux d'hospitalisation était corrélé au niveau de triage.
- L'aire sous la courbe prédictive du taux d'hospitalisation était de 0,86 (95% intervalle de confiance : 0,83-0,88).

• Taboulet, P., et al., *Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity*. Eur J Emerg Med, 2009. 16(2): p. 61-7.

31

31

Triage intrahospitalier des urgences adultes. « Classification Infirmière des malades aux urgences » (CIMU)

Niveau CIMU	Situation	Risque	Ressource	Action	Délais	Secteur
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	≥ 5	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1 min Médecin < 1 min	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	≥ 5	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Infirmière < 1 min Médecin < 20 min	SAUV
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	≥ 3	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	1-2	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limité	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	Pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

32

32

Triage intrahospitalier des urgences adultes. « Classification Infirmière des malades aux urgences » (CIMU)

- Exemple CIMU: déterminants du tri.

Cardiologie	Tri	Maladies infectieuses	Tri
Fréquence cardiaque ≥ 180/min	1	Méningite (suspicion)	2
Tension artérielle systolique 90-75 / < 75 mm Hg	2/1	Hypothermie < 35,5° C / < 32° C	3/2
Douleur thoracique (ECG pathologique : avis senior)	2-1	Fièvre ≥ 40° C ★	3
Fréquence cardiaque 120-140 / 141-180/min	3/2	Fièvre ≥ 39° C et comorbidité ou voyage à risque	3
Fréquence cardiaque 50-40 / < 40/min	3/2	Risque contamination VIH	5-4
HTA ≥ 200 / ≥ 220 mm Hg et un symptôme relié	3/2	Adénopathie(s)	5-4
Ischémie aiguë de membre	3-2		
Douleur thoracique (ECG non pathologique)	3		
Phlébite (suspicion)	3		
Malaise ou perte de connaissance	3		
Edème membre(s) inférieur(s)	4-3		
Palpitations	4		
HTA < 200 mm Hg	5		
Dermatologie		Pneumologie	
Affection cutanée fébrile, érysipèle (suspicion)	4-3	Détresse majeure (ex. FR > 40/min et s. de lutte)	1
Érythème étendu	4-3	Apnée ou FR ≤ 8/min	1
Affection vénérienne	5-4	Hypoxie majeure avec SatO ₂ < 85%	1
Affection cutanée ou muqueuse limitée	5	Dyspnée et PF < 50% théorique (asthme)	2
		Dyspnée et FR < 32/min / 32-40/min	3/2
		Hypoxie avec SatO ₂ 94-91 / 90-85%	3/2
		Hémoptysie crachats / si caillots	3/2
		Pneumopathie ou embolie (suspicion)	3
		Douleur latérothoracique	4-3
		Dyspnée et PF ≥ 50% (suspicion asthme)	4-3
		Toux +/- crachats	5-4

33

33

Les délais et la réalité.

Emergency department crowding affects triage processes

M. Christien van der Linden RN, CEN, ENP, MSCE, PhD ^{a,*1},
Barbara E.A.M. Meester RN, CEN, ENP ^b, Naomi van der Linden PhD ^c

^a Clinical Epidemiologist, Emergency Department, Medical Center Haaglanden, P.O. Box 432, 2501 CK The Hague, The Netherlands

International Emergency Nursing 29 (2016) 27-31

Introduction: During emergency department (ED) crowding there is an imbalance between the need for emergency care and available resources. We assessed the impact of crowding on the triage process.

Methods: A 1-year health records review of 49,539 patient visits was performed. Data extracted included: occupancy ratio, ED occupancy, demographics, length of stay (LOS), time to triage, triage score, years working as a triage nurse, and triage destination. Data were analyzed using descriptive statistics and regression analyses.

Results: During crowding, target times to triage elapsed more often than during non-crowding (49.7% vs. 24.9%, $P < 0.001$), and more patients were not triaged (2.2% vs. 1.6%, $P < 0.001$). A higher ED occupancy was associated with longer waiting times for triage and longer LOS ($P < 0.001$). There were 12,627 (25.5%) patients redirected to the general practitioner cooperative (GPC). No association between level of crowdedness and number of patients who were redirected to the GPC was found ($P = 0.122$). Redirection to the GPC occurred significantly more often when the triage nurse had more years working as a triage nurse ($P < 0.001$).

Conclusion: At this hospital, crowding affects the triage process, leading to longer waiting times to triage and longer ED LOS. Crowding did not influence triage destination.

Les délais et la réalité.

- L'impact organisationnel d'un(e) IDE au triage est prouvé, même s'il n'a pas été évalué par des études avec un niveau de preuve élevé.
 - Il n'est pas formellement établi que le triage réduise la morbidité.
- Le triage permet de reconnaître et diriger les patients les moins graves vers des filières spécifiques, réduisant ainsi la charge en soins.
 - L'impact sur les temps d'attente globaux est faible ou nul.
- Steiner IP, Nichols DN, Blitz S, Tapper L, Stagg AP, Sharma L, et al. Impact of a nurse practitioner on patient care in a Canadian emergency department. CJEM. 2009 May;11(3):207-14. PubMed PMID: 19523269.
- Certaines organisations autorisent l'IOA à
 - débuter les premiers soins (douleur),
 - réaliser un ECG, un examen biologique ou encore à prescrire une radiographie dans le cadre d'un protocole interne.
 - *Ces pratiques sont utiles pour accélérer la prise en charge de certaines pathologies ciblées, mais exposent à une prescription inappropriée et ne réduisent pas significativement les temps globaux de passage.*
- Gerdts MF, Bucknall TK. Influence of task properties and subjectivity on consistency of triage: a simulation study. J Adv Nurs. 2007 Apr;58(2):180-90. PubMed PMID: 17445021

35

35

Les interventions infirmières au triage.

Evaluer la condition physique et mentale.

36

36

Evaluer la condition physique et mentale: *déterminer le degré de priorité de chaque patient.*

(1) L'ÉVALUATION VISUELLE (quick look - durée: quelques secondes)

- Le quick look permet à l'infirmière de déterminer quel patient doit être évalué ou pris en charge en priorité.
- Prend en compte:
 - l'apparence générale du patient,
 - l'ABC (Airway, Breathing et Circulation).
- Cette évaluation est continue et demeure une responsabilité permanente pour l'infirmière.

37

37

Evaluer la condition physique et mentale: *déterminer le degré de priorité de chaque patient.*

2. L'ÉVALUATION BRÈVE (moins de 2 minutes).

- Cette évaluation est basée sur la raison de la consultation, l'ABC et les antécédents.
- Il y a trois issues possibles à cette évaluation :
 - la prise en charge immédiate (médicale ou infirmière) ;
 - l'évaluation complète prioritaire ;
 - le retour dans la salle d'attente pour une évaluation complète à venir.
- Documentation:
 - la raison de la consultation,
 - les antécédents en lien avec la consultation et l'endroit où est dirigé le client.
- Ce type d'évaluation est un outil essentiel lorsque la durée d'attente au triage est supérieure à la cible de 10 minutes.

38

38

Evaluer la condition physique et mentale: déterminer le degré de priorité de chaque patient.

3.L'ÉVALUATION COMPLÈTE (environ 5 minutes).

- Cette évaluation détaillée permet à l'infirmière de déterminer le degré de priorité du client et prend en compte :
 1. le motif de consultation ;
 2. les données subjectives (PQRSTUAMPLE) ;
 3. l'évaluation objective liée au motif de la visite, y compris l'ensemble des signes vitaux et toute autre information pertinente (ex. : résultats de laboratoire obtenus en vertu d'ordonnances collectives) ;
 4. le niveau de triage désigné ;
 5. les allergies ;
 6. les antécédents ;
 7. la médication en lien avec le motif de la consultation (dans le but d'accélérer le processus, l'information sur l'ensemble de la médication sera complétée après le triage)

39

39

Principes d'évaluation.

40

40

Principes d'évaluation:

- L'ÉVALUATION ET LA DOCUMENTATION.
 - revêtent un caractère crucial et légal, car c'est sur cette base que les autres professionnels s'appuieront pour examiner le patient et orienter les soins et les traitements à lui donner.
- Pour procéder par étapes, mnémotechnique: SOAPIÉ

S ubjectif
O bjectif
A nalyse
P lanification
I ntervention
É valuation des résultats

41

41

Principes d'évaluation:

- LES DONNÉES SUBJECTIVES:
- La collecte des données subjectives peut se faire, entre autres, à l'aide de la mnémotechnique PQRSTUAMPLE.

PQRSTUAMPLE

P : Provoqué/Pallié

- Qu'est-ce qui a provoqué votre problème ?
- Que faites-vous lorsque le problème est apparu ?
- Qu'est-ce qui aggrave votre problème ?
- Qu'est-ce qui aide à soulager votre problème ?
- Est-ce la première fois que cela vous arrive ?

Q : Qualité/Quantité

- Décrivez-moi votre problème.
- Qu'est-ce que vous ressentez ?
- À combien évaluez-vous votre douleur sur une échelle de 0 à 10 ?
(0 = aucune douleur, 10 = la plus grande douleur)

R : Région et irradiation

- À quel endroit ressentez-vous de la douleur ?
- Pointez du doigt la région où vous ressentez de l'inconfort.
- Ressentez-vous le même inconfort ailleurs ?

S : Signes et symptômes associés

- Ressentez-vous d'autres malaises en plus de ce problème ?

T : Temps

- Depuis quand avez-vous ce problème ?
- Est-ce que votre problème est continu ou intermittent (à certains moments de la journée) ?

42

42

Principes d'évaluation:

U : Understand (perception du client)

- De quel problème croyez-vous qu'il s'agit ? (Le client qui présente un problème de santé chronique ou qui a vécu une expérience antérieure similaire se connaît souvent très bien.)

A : Allergie(s)

- Avez-vous des allergies connues (ex. : médication, environnement, alimentation) ?
- Quelle est votre réaction allergique ?

M : Médication (prescrite, non prescrite), produits naturels, vitamines, alcool, tabac, caféine, drogues

- Quels médicaments prenez-vous ? Ceux qui sont prescrits par votre médecin ? Ceux que vous achetez sans prescription à la pharmacie ?
- Savez-vous pour quelles raisons vous prenez ces médicaments ?
- Prenez-vous des produits naturels, des vitamines ?
- Consommez-vous de l'alcool ?
- Fumez-vous ?
- Prenez-vous du café ?
- Consommez-vous de la drogue ?
- Quels types de drogues ?

Demandez au client quelle quantité et à quelle fréquence il consomme chacune des substances mentionnées ci-dessus.

P : Passé ou antécédents (médicaux, chirurgicaux, familiaux)

- Avez-vous des problèmes de santé connus ?
- Avez-vous déjà été opéré ?
- Avez-vous déjà été hospitalisé ?
- Y a-t-il des problèmes de santé connus dans votre famille ? Lesquels ?
- Avez-vous un passé judiciaire (si pertinent aux soins) ?

L : Last meal (dernier repas)

- Quand avez-vous mangé pour la dernière fois ?
- Qu'avez-vous mangé ?

Il est pertinent de poser cette question afin de savoir si le client s'alimente bien. Son problème peut l'incommoder à un point tel qu'il ne s'alimente plus.

E : Événements, environnement, histoire familiale et psychosociale

- Que faites-vous dans la vie ?
- Quelle est votre situation de vie (ex. : marié, conjoint de fait, séparé ou autre) ?
- Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?
- Où habitez-vous (en milieu urbain, rural) ?
- Quelle est votre nationalité ?
- Quels sont les impacts de votre problème sur vos activités de la vie quotidienne ?
- Y a-t-il quelque chose qui vous occasionne du stress ?
- Êtes-vous dangereux pour moi (en présence d'agressivité ou de comportement psychotique, ce qui élimine la possibilité d'un lien thérapeutique) ?

43

Principes d'évaluation:

- **LES DONNÉES OBJECTIVES:**
- **Par convention, la collecte des données objectives au moyen de l'examen physique se fait suivant la séquence IPPA :**
 - **INSPECTION:** *consiste à observer le client afin de déceler des signes au moyen de la vision, de l'ouïe et de l'odorat*
 - **PALPATION:** *consiste à utiliser le toucher pour sentir les pulsations et les vibrations et ainsi localiser des structures corporelles et en évaluer la texture, la taille, la consistance, la mobilité ou la sensibilité*
 - **PERCUSSION :** *consiste à frapper la surface de la peau avec les doigts pour évaluer, grâce à la transmission des bruits et des vibrations, la taille, les bordures et la consistance de certains organes internes (ex. : foie, rate), la présence d'air, de liquide ou d'une masse solide.*
 - **AUSCULTATION:** *consiste à écouter, à l'aide d'un stéthoscope, les bruits produits par le corps (ex. : poumons, cœur, intestins) afin d'évaluer la qualité, la fréquence, la durée et l'intensité des bruits physiologiques et de découvrir des bruits surajoutés ou anormaux.*

44

44

Recommandations.

45

45

Recommandations:

Le triage en structure des urgences

Recommandations formalisées d'experts

Société Française de Médecine d'Urgence

2013



46

46