

Triage à l'urgence : Saisir l'opportunité



Marc Béique M.D.
FRCP (C)
Hôpital Royal-Victoria
Responsable du comité
ad hoc sur le triage



Alain Vadeboncoeur M.D.
CCMF
Médecin d'urgence
CH Pierre-Boucher
Longueuil

**Recherches
bibliographiques :**
Julien Poitras M.D.
CCMF (MU)
Hôtel-Dieu de Lévis

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ AU
COMITÉ CONJOINT SUR LE
TRIAGE DU COLLÈGE DES
MÉDECINS DU QUÉBEC ET DE
L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS DU QUÉBEC PAR
L'ASSOCIATION DES MÉDECINS
D'URGENCE DU QUÉBEC DANS
LE CADRE DES AUDIENCES
TENUES À MONTRÉAL LE 13
NOVEMBRE 1998**

INTRODUCTION

Nous voulons d'abord féliciter le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec d'avoir initié ensemble ce processus de réflexion sur l'un des aspects fondamentaux de la pratique à l'urgence. Cette collaboration entre les professionnels de l'urgence nous apparaît être une condition essentielle au développement du triage au Québec et comme un gage de réussite.

Nous voulons aussi vous remercier de nous avoir donné l'opportunité de prendre part au processus de réflexion qui s'amorce concernant le triage à l'urgence, sur lequel nous fondons de grands espoirs, particulièrement dans la mesure où cette réflexion essentielle s'inscrit dans un processus plus global de mise à jour des concepts liés au triage au Québec comme dans le reste du pays. Nous voulons souligner en particulier que la position développée récemment par l'OIIQ rejoint dans plusieurs de ses aspects les préoccupations de l'AMUQ.

QUELLE EST LA POSITION DE VOTRE ASSOCIATION SUR LE TRIAGE À L'URGENCE?

Le fonctionnement des urgences est soumis à des paramètres qui lui sont propres et qui demeurent incontournables. Ces paramètres particuliers sont : l'arrivée imprévisible des patients, des besoins variables en ressources et le fait que le diagnostic soit souvent inconnu au premier contact. Les besoins et disponibilités en ressources peuvent varier de minute en minute, ce qui oblige le personnel à constamment réévaluer les priorités, puisque seul un système où les ressources seraient illimitées pourrait offrir des soins immédiats et simultanés à tous les patients se présentant à l'urgence¹. Les priorités en soins doivent être établies d'après des paramètres de sévérité et d'urgence de l'intervention. Ceci nécessite une évaluation brève mais rigoureuse de tout patient se présentant à l'urgence, qui doit explorer la nature du motif de la visite.

Le triage permet aux urgences de dispenser des soins par ordre de priorité médicale et non par ordre d'arrivée. Sans un tel système, les patients avec des conditions moins ur-

gentes pourraient retarder et monopoliser les ressources de l'urgence, compromettant ainsi les soins dus aux patients souffrant de conditions critiques. Le triage doit aussi permettre de réassigner la priorité des patients en attente de soins. Le triage est donc une fonction essentielle et continue de priorisation des soins. Nous considérons que le triage joue un rôle central et essentiel dans le bon fonctionnement des urgences, sans lequel une pratique moderne de la médecine d'urgence est impensable.

Un sondage conduit voilà quatre ans par l'AMUQ auprès des différents établissements ayant un service d'urgence avait démontré que l'utilisation du triage était répandue mais appliquée de façon variable. Ceci ouvre la voie à un renouvellement de l'approche du triage, en accord avec tous les intervenants intéressés.

Nous croyons enfin que cette fonction critique ne peut être remplie que par une infirmière. Il nous semble d'ailleurs essentiel que le premier contact se fasse avec l'infirmière au triage, reléguant les fonctions d'enregistrement du patient à un moment opportun, dépendant de l'urgence du cas.

VOTRE ASSOCIATION PRIVILÉGIÉE-TELLE UN MODÈLE DE CLASSIFICATION DES PRIORITÉS?

Plusieurs modèles sont disponibles quant à la classification des priorités. En général, il s'agit de modèles comprenant 4 ou 5 catégories, allant de la catégorie d'urgence absolue (catégorie 1) aux catégories moins urgentes (catégorie 4 ou 5). Les délais visés pour l'évaluation médicale varient d'immédiat (catégorie 1) à quelques heures pour les catégories moins prioritaires. Les différences semblent de fait mineures entre les divers systèmes.

Nous voulons souligner ici le modèle australien adapté et développé récemment par l'ACMU, dont l'AMUQ vient d'assurer la traduction intégrale en français². Ce document, sur lequel les associations travaillaient depuis 18 mois, actuellement dans sa phase finale et devant être publié sous peu, survient donc à un moment qui nous apparaît très opportun.

L'AMUQ étant d'avis que ce document représente actuellement le modèle de triage le plus avancé que l'on puisse retrouver dans la littérature médicale. (Le document est déposé en annexe du présent mémoire. Il a également été remis aux associations infirmières impliquées, soit l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

(AIIUQ) et l'Association des gestionnaires infirmiers du Québec (AGIUQ), avec lesquelles nous avons dernièrement échangé très favorablement à ce sujet).

Ce modèle comprend 5 catégories (immédiat, très urgent, urgent, moins urgent et non urgent). En plus d'élaborer un système de classification de l'urgence du cas, pour chaque catégorie, il est accompagné de paramètres pour les délais avant l'évaluation médicale et d'une projection des taux d'admission pour chaque catégorie. Cette approche présente à notre avis plusieurs avantages.

La validité de l'application de l'échelle de triage peut ainsi être étudiée par chaque centre de façon rétrospective et, au besoin, comparée à la norme. Deux méthodes de contrôle de la qualité et de la validité du triage sont proposées. D'abord, on peut suivre la catégorie assignée à un groupe de patient ayant un diagnostic final donné. (Par exemple, tout patient ayant un diagnostic final d'anaphylaxie, devant avoir reçu un code de triage "1"). De plus, on peut comparer le taux d'admission pour chacune des catégories. Une déviation substantielle de ce taux indiquerait un "sur-triage" ou un "sous-triage", et permet donc aux établissements de se comparer entre eux, ce qui était pratiquement impossible auparavant. Richardson³ a montré la stabilité de ces taux d'admission, qui ne semble pas dépendre en particulier de l'achalandage pour un même établissement. L'échelle de triage est basée sur les signes et symptômes du patient, tels qu'évalués par l'infirmière, et le contrôle de qualité est basé sur une approche par diagnostics-cibles pour chaque catégorie.

Ces points sont très importants car la priorisation des cas doit se faire de façon identique dans les urgences (un patient avec une condition critique doit toujours avoir la première priorité, peu importe où il se présente). Ces paramètres permettent de vérifier l'application uniforme de l'échelle d'un centre à l'autre, ce qui constitue un aspect qui nous semble fondamental : les urgences pouvant ainsi se comparer entre elles, non seulement peuvent-elles ajuster leur pratique sur une norme qui, sans ce type de modèle, n'existeraient pas, mais elles peuvent bénéficier de l'expérience acquise ailleurs et même participer à la mise à jour et l'évolution du modèle proposé. Ces avantages nous semblent un argument de poids pour appuyer la mise en place du modèle CTAS (ÉTG), à l'échelle de la province, puisqu'il apparaît que ce modèle sera implanté à la grandeur du pays.

Quoiqu'une échelle de triage puisse permettre d'évaluer le profil des patients desservis par une urgence, elle ne donne

qu'une image incomplète de la lourdeur de cette population. Le triage n'a de fonction que de prioriser les cas sur un plan médical. Nous croyons que certains facteurs qui ajoutent à la lourdeur ne sont pas des facteurs de triage tels : la langue, les problèmes sociaux, l'absence de suivi, les antécédents médicaux, etc. Néanmoins, le modèle développé par la CAEP et la NENA nous semble offrir des voies intéressantes concernant la mesure de certains paramètres de lourdeur liés à la condition des patients consultant à l'urgence.

QUEL EST VOTRE AVIS SUR L'APPLICATION D'UN MODÈLE DE CLASSIFICATION DES PRIORITÉS POUR TOUS LES ÉTABLISSEMENTS?

Comme nous l'avons mentionné, l'application d'un modèle unique à travers tout le territoire semble présenter des avantages considérables quant à l'organisation des soins, la distribution des ressources et l'amélioration de la qualité. Le triage est un outil essentiel garantissant l'accessibilité des soins pour les cas critiques.

Il est possible que certains établissements dont le volume est très faible n'aient que rarement à faire face à l'arrivée simultanée de plusieurs patients. Un système complexe de triage dans ces cas pourrait sembler superflu. Il faut cependant voir que, même dans ces centres, l'arrivée simultanée de plusieurs patients instables est réelle et justifie l'implantation d'un système de triage, ne serait-ce que pour des fins de comparaison. Ainsi :

“L'ÉTG vise à mesurer le profil de la clientèle et assurer l'accès aux interventions nécessaires dans un délai approprié. Afin de pouvoir établir des comparaisons de population et de mieux comprendre les problèmes d'accès aux soins d'une région à l'autre, tous les patients doivent recevoir une assignation de niveau de triage dans tous les départements d'urgence, peu importe leur taille ou leur localisation.”⁴

Si on considère l'application de l'échelle de triage pour étudier et comparer les urgences entre elles, nous rencontrons toutefois des difficultés imputables au profil des établissements (urbain vs rural, universitaire ou non, etc). Dans ce cadre, le profil de clientèle tel que défini par les catégories de triage devient un paramètre parmi d'autres, dont le poids relatif reste à définir.

QU'EST-CE QUE VOUS PENSEZ DE L'INITIATION DE MESURES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES PAR L'INFIRMIÈRE?

Le but premier du triage est l'accueil et la priorisation des patients, peu importe leur mode d'arrivée. Un premier et bref contact doit avoir lieu à l'arrivée, si plusieurs patients se présentent simultanément, permettant ainsi l'identification des patients requérant une intervention immédiate.

Le temps alloué ensuite à chaque patient doit permettre d'évaluer tous les arrivants tôt (moins de 10 minutes) après leur arrivée. Cette évaluation devrait prendre environ 5 minutes. Tout dépassement important et répété de ce délai ne peut qu'empêcher le triage de remplir sa fonction première, celle d'assurer une priorisation des patients nouvellement arrivés. Mais ce délai peut varier un peu, dépendant des cas et de la cadence des arrivées. Un juste calcul du temps alloué et du nombre d'infirmières attiré au triage à un moment donné doit permettre de rencontrer ce délai maximal pour le triage.

Les informations qui sont recueillies par une infirmière lors du triage incluent les motifs de visite et les symptômes s'y rattachant, les antécédents médicaux et, au besoin, les médicaments utilisés par le patient, les signes vitaux ou certaines informations additionnelles. L'infirmière doit souvent répondre à des questions, en particulier quant aux délais auxquels le patient peut s'attendre. Elle doit enfin assigner au patient une priorité. On comprend qu'un bloc d'à peu près cinq minutes ne laisse guère de temps pour l'initiation de mesures diagnostiques et thérapeutiques. (Certaines mesures thérapeutiques rapides comme l'application d'un pansement ou de glace prennent cependant généralement place au triage).

Il faut souligner cependant que les mesures thérapeutiques et diagnostiques peuvent être initiées par l'infirmière dans l'aire de traitement avant l'arrivée du médecin. Une fonction secondaire du triage est en effet la diminution des délais pour les patients en attente de leur évaluation médicale. Dans ces cas, lorsque c'est possible, nous croyons que certains tests ou manœuvres thérapeutiques sont appropriées (certaines radiographies, tests sanguins, analyse d'urine, etc). Dans d'autres cas, comme par exemple la demande immédiate d'un ECG pour tout patient se présentant avec des symptômes suggestifs d'un infarctus, ces tests demandés di-

rectement par l'infirmière peuvent être essentiels à la dispensation de soins de qualité, selon les normes actuelles. Dans aucun cas cependant, ceci ne doit retarder le triage des nouveaux arrivants ou la réévaluation des patients en attente de soins. De plus, nous croyons essentiels que ces décisions soient soumises à des algorithmes et à un contrôle de qualité rigoureux. Les études publiées à ce sujet concernant, par exemple, la réduction des délais, montrent des résultats mitigés, qu'il importe d'étudier et de valider avant de généraliser ces processus. Par exemple, Thurston a montré que le gain était de 14 minutes lorsque des radiographies étaient demandées par l'infirmière, mais que ce gain était annulé par le plus grand nombre de radiographies demandées⁵. Par ailleurs, la réduction des temps de séjour à l'urgence, étudiés dans l'étude de Klassen et al⁶ lorsque les infirmières demandaient d'emblée les radiographies, n'était que de 0.3 heures (séjour moyen de 3.3 à 3.6 heures). Enfin, comme l'a montré Thompson et al⁷, il faut voir que c'est surtout la perception du temps d'attente et non le temps d'attente réel qui influence la satisfaction des patients.

L'AMUQ est donc ouverte à étudier et appuyer l'initiation de mesures diagnostiques et thérapeutiques par les infirmières à l'urgence, en autant que ce processus n'affecte pas les objectifs premiers du triage et que cette implantation réponde à des objectifs précis, basés sur les données pertinentes de la littérature et validés par un processus rigoureux de contrôle de la qualité face aux objectifs définis.

COMMENT CONSIDÉREZ-VOUS LA POSSIBILITÉ POUR L'INFIRMIÈRE D'ORIENTER VERS D'AUTRES RESSOURCES LES USAGERS NE REQUÉRANT PAS LES RESSOURCES DE L'URGENCE?

Nous aimerions d'abord souligner que le rôle de triage et le développement des paramètres de triage ont pour but la priorisation des cas et non la décision de l'à-propos des visites. Définir la catégorie de priorité la plus basse comme une visite inappropriée ou ré-orientable nous semble problématique. La question de réorientation des patients à partir du triage reste d'ailleurs dans la littérature un sujet épineux. Plusieurs auteurs se sont penchés sur la question à partir de la croyance qu'un pourcentage élevé de patients se présentent à l'urgence, alors qu'ils auraient dû utiliser des ressources alternatives.

En 1994 était publié le National Hospital Ambulatory Medical Care Survey⁸. On y estimait que 55 % des visites aux urgences des États-Unis pouvaient être catégorisées comme

“non urgentes”. L'évaluation de ces cas fut faite selon deux paramètres, soit l'existence d'un danger de mort en-dedans d'une heure de la présentation et la possibilité de détérioration grave de l'état de santé du patient en-dedans de quelques heures. Une réponse négative aux deux questions devait indiquer une visite “non urgente”. Une étude de la littérature permet de mettre en lumière des problèmes sérieux avec ces chiffres.

Une étude publiée en 1996⁹ suggère en effet que l'application de ces critères puisse donner des résultats substantiellement différents d'un évaluateur à l'autre rendant difficile l'interprétation du chiffre de 55 %. En se servant des deux questions ci-haut, une infirmière au triage assignait 91% des patients choisis à la catégorie “non urgente”. En étudiant les dossiers de triage rétrospectivement, quatre infirmières assignaient de 48 à 89 % de ces mêmes patients à la catégorie “non urgent”. Quatre médecins (dont deux urgentologues) faisaient de même en assignaient de 37 à 63 % à cette même catégorie. L'habilité à prédire la nécessité d'admission au triage fut aussi mise en doute. L'étude¹⁰ concluait que pour les patients “non critiques”, on pouvait prédire au triage la nécessité d'admission seulement dans 61% des cas.

De même, Lowe¹¹ a montré que le taux de visites “inappropriées” à l'urgence variait de 10 à 90% selon les auteurs, et que ce taux dépendait avant tout de la définition donnée à ce terme, sur lequel il existe peu de consensus.

Enfin, une autre étude publiée en 1996¹² concluait que la perception des patients quant à l'urgence de leur cas était très différente de celle des professionnels de la santé. Sur 268 patients classifiés comme non urgent, 82 % considéraient leur problème comme urgent en utilisant les mêmes paramètres que proposés par le National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. De plus, comme l'ont montré Young et al¹³, il existe de multiples barrières à l'accès à des soins urgents dans la communauté, ainsi l'urgence peut constituer pour certains patients la seule voie d'accès à un médecin dans beaucoup de situations, autant pour des raisons financières que d'accessibilité; une visite pour une condition peu grave n'est donc pas nécessairement inappropriée.

La question de la réorientation des cas fut aussi étudiée. Une étude¹⁴ concluait qu'en utilisant des critères précis pour la sélection des patients à réorienter, on pouvait en réorienter 18 % sans complications sérieuses. La réorientation

des patients était basée (en résumé) sur les critères suivants : signes vitaux normaux, absence de douleurs sévères, absence de douleurs à la poitrine ou au ventre, âge > 16 ans, habilité à marcher, absence de condition à haut risque, appartenance à un des 46 motifs de visite définis (eg : rhume des foies, constipation de moins de 3 jours, problèmes dentaires, besoin de test de grossesse, sinusite chronique, insomnie, etc) et un examen normal par l'infirmier (ère). De plus, les patients étaient informés des ressources alternatives et y étaient dirigés avec une copie de leur dossier.

L'AMUQ est prête à étudier le concept d'orientation des patients vers d'autres ressources, en tenant compte des principes suivants :

- A.** La réorientation ne devrait pas faire partie du triage. Elle ne peut se faire qu'à partir d'une évaluation plus approfondie que celle utilisée pour le triage ayant seulement pour but la priorisation du patient. Des algorithmes bien définis et validés doivent être utilisés.
- B.** Le patient doit être orienté vers des ressources disponibles dans un intervalle de temps approprié. Nous croyons que dans la majorité des cas, ceci fait défaut.
- C.** Le nombre de cas visés est difficile à prédire de même que l'impact d'une telle mesure. Avec un bon système de triage, ces patients sont assignés à la plus basse priorité et ne causent pas l'engorgement de l'urgence. L'engorgement est causé par les difficultés d'admission ou le congé de patients dont la visite était justifiée.
- D.** Pour le système de santé, le coût relatif de ces visites est minimal, considérant la nécessité de maintenir en fonction une urgence en tout temps. Ceci a été bien démontré par l'étude magistrale de Williams à ce sujet¹⁵.

Pour la plupart des urgences, nous croyons que l'investissement de temps nécessaire au développement de ces protocoles n'est généralement pas justifié, compte tenu du faible volume de patients concernés et (avec un système de triage fiable) du peu d'impact sur les délais d'attente pour les cas prioritaires. Il apparaît plus approprié de diriger les énergies vers l'ajustement des ressources aux besoins de cette clientèle et à l'éducation de la population quant à l'identification et au traitement de problèmes mineurs.

Toutefois, il apparaît, comme l'ont montré Derlet et al, qu'un processus rigoureux de référence des patients, associé à un support actif des ressources de la communauté, puisse constituer une approche de qualité ne compromettant pas la qualité des soins reçus par les patients. L'AMUQ est donc prête à étudier des modèles tenant compte de ces critères serrés de qualité dans la réorientation de certains patients, là où le besoin le justifie.

DES EXIGENCES DE FORMATION ET D'EXPÉRIENCE DEVRAIENT-ELLES ÊTRE ÉTABLIES POUR LES INFIRMIÈRES AU TRIAGE?

Le triage est l'une des fonctions où l'infirmière a le plus d'autonomie et de responsabilités. Il s'agit donc d'un poste exigeant, d'une importance centrale. L'impact de la décision (la priorité assignée) peut être considérable quant au succès de la thérapie. L'expérience, les connaissances et les aptitudes de communication sont essentielles. Nous croyons de plus que, dans les centres où le volume le justifie, certaines infirmières devraient se consacrer principalement au triage. À tout le moins, des barèmes de formation et d'expérience devraient être respectés, comme c'est d'ailleurs le cas dans la plupart de milieux.

COMMENT VOYEZ-VOUS LE RÔLE DU MÉDECIN DANS LE TRIAGE?

Nous croyons que le développement et l'implantation de protocoles cohérents ne peuvent se faire sans l'appui de toute l'équipe travaillant à l'urgence. Le rôle du médecin consiste à participer à l'élaboration des protocoles de triage de même qu'à participer au contrôle de la qualité. Son rôle quant au triage lui-même doit se limiter à une fonction de consultation.

CONCLUSION

Nous pensons que le processus mis en place par le Collège et l'Ordre constitue une opportunité remarquable pour mettre à jour notre pratique du triage au Québec. Une conjonction de facteurs favorables pourrait à cet égard nous mener à un résultat exemplaire. Nos contacts récents avec l'AlluQ et l'AGIUQ nous font ainsi croire qu'un travail commun et en profondeur par les représentants des professionnels impliqués à l'urgence est non seulement possible mais vivement souhaité par chacune des parties. Il nous apparaît donc opportun d'offrir à votre comité la possibilité de travailler ensemble sur la question.

L'aspect le plus important de cette démarche est qu'elle doit être menée en profondeur et aboutir à une modifica-

tion substantielle de la situation actuelle. Les travaux antérieurs du Collège et de l'Ordre nous semblent garants du respect de cet objectif essentiel.

Enfin, il nous semble souhaitable d'offrir à notre population, à l'aube du prochain siècle, une approche de triage moderne et standardisée. À cet effet, nous pensons que le document développé par la CAEP et la NENA, traduit et appuyé par l'AMUQ, devrait être la pierre angulaire de ce processus de renouvellement du triage au Québec, autant pour bénéficier d'un effet de synergie et de mise en commun des expertises que pour permettre, enfin, de comparer objectivement les pratiques d'urgence à la grandeur du territoire.

Références

1. Beveridge R et al, Implementation guidelines for the canadian ed triage & acuity scale (ctas), Document en instance de publication endossé par la Canadian Association Of Emergency Physicians (CAEP), la National Emergency Nurses Affiliation of Canada (NENA) et l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ). La version PDF de ce texte est disponible sur le site URGENeT : <http://www.amuq.qc.ca> sous Informations / Articles.
2. Beveridge R et al, Guide d'implantation de l'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence (ÉTG), Voir référence 1. Document de travail en instance d'acceptation par le CAEP, la NENA et l'AMUQ. Traduction française en cours de révision. La version PDF de ce texte est disponible sur le site URGENeT : <http://www.amuq.qc.ca> sous Informations / Articles.
3. Richardson D, No relationship between emergency department activity and triage categorization, *Acad emergency medicine*, 5(2) : 141.
4. Beveridge et al, Version française.
5. Thurston J et al, Should accident and emergency nurses request radiographs? Results of a multicentre evaluation, *J accid emergency medicine*, 13 : 86.
6. Klassen T et al, A randomized, controlled trial of radiograph ordering for extremity trauma in patients in a pediatric emergency department, *Annals of emergency medicine*, 22(10) : 1524.
7. Thompson D et al, Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department, *Annals of emergency medicine*, 28(6) : 657.
8. McCaig, National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. 1992 emergency department summary. Hyattsville, MD : National Center for Health Statistics, 1994 DHHS (PHS) publication no. 94-1250.
9. Gill et al, Disagreement Among Health Care Professionals About The Urgent Care Needs Of Emergency Department Patients, *Ann Em Med* Nov 1996; 28 : 474.
10. Brillman et al, Triage : Limitations In Predicting Need For Emergent Care And Admission, *Ann Em Med*. 1996; 27 (4) : 493-499.
11. Lowe RA et al, Judging who needs emergency department care : a prerequisite for policy-making, *American journal of emergency medicine* 1995;15(2) : 133.
12. Gill et al, Nonurgent Use Of Hospital Emergency Department : Urgency From The Patient's Perspective, *J Fam Pract*. 1996; 42(5) : 491-495.
13. Young G et al, Ambulatory visits to hospital emergency department, *JAMA*; 276(6) : 460.
14. Derlet et al, Prospective Identification And Triage Of Nonemergency Patients Out Of An Emergency Department : A 5 Year Study, *Ann Em Med* 1995; 25(2) : 215-223.
15. Williams RM, The costs of visits to emergency departments, *N Engl J Med*. 1996; 334 : 642-646.