



# *ÉTO*

**L'échelle canadienne  
de triage & de gravité  
pour les départements d'urgence**



L'ASSOCIATION  
DES MÉDECINS  
D'URGENCE  
DU QUÉBEC

Décembre 1998



## **Guide d'implantation de l'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence**

Robert Beveridge MD MSc FRCPC, Barbara Clarke RN, BScN, Laurie Janes RN, BN, MN Nancy Savage BN, RN MSA. Saint John, New Brunswick, Canada, James Thompson MD CCFP(EM) Charlottetown, Prince Edward Island, Canada, Graham Dodd MD CCFP(EM) Salmon Arm British Columbia, Canada, Michael Murray MD CCFP(EM) Barrie Ontario, Cheri Nijssen Jordan MD FRCPC (Paeds) Calgary Alberta, Canada, David Warren MD CCFP(EM), FRCPC (Paeds) London Ontario, Canada, Alain Vadeboncoeur MD CCFP, Longueuil, Québec, Canada.

*Le présent guide constitue la traduction du document intitulé : IMPLEMENTATION GUIDELINES FOR THE CANADIAN ED TRIAGE & ACUITY SCALE (CTAS), endossé par l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU - CAEP), la National Emergency Nurses Association of Canada (NENA) et par l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ). Cette version française est endossée par l'AMUQ.*

*La version actuelle est datée du 17 décembre 1998.*



# L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1) INTRODUCTION ET CONTEXTE SCIENTIFIQUE.....</b>                   | <b>4</b>  |
| OBJECTIFS OPÉRATIONNELS .....  | 5         |
| RÉPONSE FRACTILE .....   | 5         |
| OBJECTIFS DE DÉLAI.....  | 6         |
| ASSIGNER UN NIVEAU DE TRIAGE .....                                     | 6         |
| CHANGER LE NIVEAU DE TRIAGE .....                                      | 6         |
| <b>2) BUT DU TRIAGE.....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>3) RÔLE DU PERSONNEL DE TRIAGE .....</b>                            | <b>8</b>  |
| A. GUIDE GÉNÉRAL DE TRIAGE.....  | 8         |
| PROCESSUS DE TRIAGE : ÉVALUATION SOMMAIRE VS ÉVALUATION COMPLÈTE ..... | 8         |
| L'ÉVALUATION DE TRIAGE DOIT INCLURE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS : .....      | 9         |
| LE TRIAGE : UN PROCESSUS DYNAMIQUE .....                               | 10        |
| RÉÉVALUATIONS.....   | 10        |
| B. TECHNIQUES D'ENTREVUE DE TRIAGE.....                                | 11        |
| C. PROCESSUS INFIRMIER.....  | 12        |
| DIAGNOSTICS INFIRMIERS.....  | 13        |
| PLANIFICATION.....   | 13        |
| IMPLANTATION .....   | 13        |
| ÉVALUATION .....   | 13        |
| DOCUMENTATION .....  | 13        |
| NORMES DE DOCUMENTATION : .....  | 13        |
| QUALIFICATIONS DU PERSONNEL DE TRIAGE. ....                            | 14        |
| <b>4) DÉFINITIONS APPLICABLES À L'ÉTAS.....</b>                        | <b>15</b> |
| NIVEAU I : RÉANIMATION. ....   | 15        |
| NIVEAU II : TRÈS URGENT. ....  | 16        |
| NIVEAU III : URGENT .....  | 22        |
| NIVEAU IV : MOINS URGENT : .....                                       | 25        |
| NIVEAU V : NON URGENT. ....  | 27        |
| PATIENTS DIFFICILES À CATÉGORISER : .....                              | 28        |
| VISITES DE RELANCE : .....   | 28        |
| <b>5) CONSIDÉRATIONS PÉDIATRIQUES ADDITIONNELLES .....</b>             | <b>30</b> |
| CENTRES PÉDIATRIQUES TERTIAIRES : .....                                | 30        |
| ASSIGNATION D'UN NIVEAU DE TRIAGE EN PÉDIATRIE : .....                 | 31        |
| <b>6) TRIAGE DANS LES UNITÉS DE SOINS D'URGENCE RURALES.....</b>       | <b>33</b> |
| <b>7) ORGANISATION PHYSIQUE DES LIEUX DE TRIAGE. ....</b>              | <b>35</b> |
| <b>8) PROGRAMME D'ORIENTATION AU TRIAGE.....</b>                       | <b>36</b> |
| <b>9) SOMMAIRE DES CATÉGORIES DE TRIAGE .....</b>                      | <b>37</b> |
| <b>ANNEXE: MÉMOIRE DE L'AMUQ SUR LE TRIAGE.....</b>                    | <b>43</b> |



### 1) Introduction et contexte scientifique

Qu'est-ce que le triage ? Pourquoi faire du triage ?

Qu'est-ce qu'une échelle de triage ? Est-ce qu'il s'agit de quelque chose de différent ?

Dans sa forme la plus simple, le triage consiste à classifier ou à déterminer le degré de priorité (pour des clients, des patients, des tâches, etc.) Une forme ou une autre de triage a existé, formellement ou non, dès l'ouverture de la première urgence. Dans certaines institutions, le triage se fait lors de l'enregistrement du patient ; ailleurs, des professionnels de la santé spécialement formés effectuent le triage après l'enregistrement.

Le fonctionnement efficace du département d'urgence (DU) demande la présence d'une équipe de professionnels pouvant identifier les besoins des patients, décider les priorités et initier les traitements, investigations et décisions d'orientation appropriées. A mesure que le système de santé se transforme et que les besoins (ou les attentes) pour un accès rapide aux soins de santé s'accroissent, les DUs doivent accomplir davantage que ce pourquoi ils ont été dessinés, pourvus en personnel ou équipés.

L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs (ÉTGA) établit une relation entre les besoins des patients en soins et les délais raisonnables pour les rendre, en plus de permettre aux DUs d'évaluer la « lourdeur » de leur clientèle, leurs besoins en ressources, et leur capacité à répondre à certains objectifs opérationnels. Trois concepts importants sont utilisés pour le développement de l'échelle : 1) L'utilité ; 2) La pertinence et 3) La validité

L'ÉTGA est basée sur la relation entre un groupe de diagnostics-cibles (définis par le diagnostic ICD9CM au congé de l'urgence ou au registre des patients admis) et la présentation « habituelle » des patients chez qui l'on retrouve ces conditions à l'urgence. Chaque hôpital peut « décider » quelle est cette présentation « habituelle » sur la base de ses propres données. Des variables démographiques, culturelles, épidémiologiques ou en ressources (cliniques SRV avoisinantes, types de services préhospitaliers, etc.) ne peuvent influencer beaucoup cette présentation « habituelle », mais peuvent toutefois affecter plus fortement la proportion de patients retrouvés dans chaque niveau de triage (qu'on peut définir comme un *profil de clientèle*).

Ce profil de clientèle est une caractéristique fondamentale d'un DU. On peut s'attendre à retrouver un profil comparable quand la taille de l'établissement et le niveau de désignation sont similaires. Cependant, la capacité du DU de répondre aux objectifs de délai de l'ÉTGA peut être différente s'il y a 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).



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

### Objectifs opérationnels

L'objectif opérationnel principal de l'ÉTGS est de définir le délai souhaitable entre l'arrivée du patient et l'évaluation médicale. La raison de ce choix est simple : la plupart des décisions d'investigations et d'initiation de traitements sont prises lorsque le médecin évalue le patient ou qu'il reçoit les résultats préliminaires lui permettant de décider d'une conduite.

Les délais prescrits sont **idéaux, mais ne constituent pas des normes de soins acceptées ou validées**. Ils sont centrés sur le patient (« ce que nous voudrions pour des membres de notre famille ou nous-mêmes ») et sur la notion qu'une intervention effectuée en temps opportun peut diminuer la morbidité et la mortalité liées à certaines conditions (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.).

Puisqu'il existe de larges variations dans la demande de soins et qu'on ne peut atteindre ces délais « idéaux » sans investir des ressources illimitées, chaque niveau de triage est associé à un objectif de réponse « fractile ». Ainsi, même si un patient, catégorisé au niveau II, doit idéalement être vu en moins de quinze minutes, on doit atteindre cet objectif 95 fois sur 100 seulement (ou dans 95% des cas). Ainsi, alors que le délai pour beaucoup de patients de niveau II sera de 5 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. Cette approche est justifiée pour diverses raisons : par exemple, si plus d'un patient de niveau I ou de niveau II arrivent à l'urgence simultanément. De même, alors que l'objectif de délai pour les patients de niveau V est de deux heures, l'objectif de réponse fractile est de 80%, ce qui signifie que les patients peuvent, à l'occasion, attendre plus longtemps.

### Réponse fractile

La *réponse fractile* permet de décrire dans quelle proportion un système donné répond à ses objectifs. Dans le contexte de l'échelle de triage, la réponse fractile 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.**

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

On peut utiliser les données de réponse fractile de diverses manières. Des dépassements fréquents des objectifs de délai suggèrent par exemple que des changements doivent être



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

apportés dans l'organisation du système ou le processus de soins. De tels dépassements peuvent également amener à reconsidérer la validité des objectifs de délai eux-mêmes.

### **Objectifs de délai**

Avant de décider, sur la base de l'expérience locale, de la validité des objectifs de délai, on doit comprendre que seules des études comportant de très larges échantillons possèdent la puissance statistique nécessaire pour évaluer les impacts des délais d'évaluation sur la condition des patients. Il y a d'ailleurs place pour davantage de recherche sur le sujet.

### **Assigner un niveau de triage**

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 patient a « l'air malade » ?), ainsi que d'autres informations qui sont des indices de gravité (signes vitaux, débit expiratoire de pointe (DEP), saturation O<sub>2</sub>, échelle de douleur, symptômes associés) peuvent aussi contribuer à la prise de décision.

On retrouve plusieurs diagnostics dans les niveaux III et IV de triage (trauma crânien, asthme, symptômes respiratoires, douleur thoracique, désordre psychiatrique, etc.) Ceci s'explique par le fait suivant : l'intensité des symptômes (ou la présence de signes et symptômes associés : douleur thoracique de type viscéral avec symptômes caractéristiques) et les facteurs de risques (âge, sexe, histoire médicale, comorbidité) modifient la probabilité d'un événement grave et par conséquent, le besoin d'une intervention rapide. A mesure que des plans de soins, guides de pratique et protocoles sont implantés, la démarche d'assignation d'un niveau de triage devient habituellement plus objective et moins sujette à discussion.

### **Changer le niveau de triage**

Il est raisonnable de rehausser l'assignation du niveau de triage si l'objectif de délai n'est pas atteint, par exemple : si un patient assigné au niveau V attend plus de 2 heures. L'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 continuelle 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.

Pour fin de recueil de données, le degré de gravité associé à un patient peut être déterminé en utilisant une combinaison des paramètres suivants : niveau de triage, diagnostic final, informations à propos des soins donnés et durée de séjour (DDS).



### 2) But du triage

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.

Une évaluation rapide par un professionnel accroît la satisfaction des patients et constitue un bon outil de relation publique. Un système de triage efficace devrait réduire l'anxiété des clients et accroître leur degré de satisfaction en réduisant la durée de séjour et les temps d'attente au sein du DU.

Les paramètres qui influencent l'organisation du triage et son fonctionnement incluent :

- le nombre de visites de patients ;
- le nombre de patients commandant une intervention rapide ;
- la disponibilité des intervenants dans l'aire de traitement du DU ;
- la disponibilité des services spécialisés ;
- des questions environnementales, légales et administratives ;
- la disponibilité des ressources dans la communauté.

Chaque département d'urgence doit disposer de politiques et procédures spécifiques décrivant son système de triage ainsi que de données adéquates à propos de la population desservie et des capacités de l'institution.



### 3) Rôle du personnel de triage

#### A. 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.**

1. Accueillir les clients et leur famille avec empathie ;
2. Effectuer une évaluation visuelle rapide ;
3. Documenter l'évaluation ;
4. Assigner un niveau de triage au client en utilisant un guide approprié ;
5. Accompagner ou amener le client jusqu'aux aires de traitement lorsque c'est nécessaire ;
6. 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 ;
7. Informer les patients et leur famille des délais d'évaluation ;
8. Réévaluer les clients en attente si nécessaire ;
9. Informer les clients de signaler tout changement de leur condition.

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.**

#### **Processus de triage : évaluation sommaire vs évaluation complète**

Il peut exister une certaine confusion quant à la quantité d'informations requise pour assigner un niveau de triage. On doit souvent favoriser un processus d'évaluation sommaire afin d'assurer le flux des patients et de diminuer les délais avant le premier contact.

Dans plusieurs centres de stabilisation, et parfois dans les urgences plus achalandées, le triage initial peut prendre la forme d'une évaluation complète par l'infirmière. Mais dans la mesure où, selon les objectifs de l'ÉTGS, le délai entre l'arrivée et le triage ne doit pas dépasser 10 minutes, **il peut être nécessaire de limiter le contact initial à une évaluation sommaire de 2 minutes au**





## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

**maximum**, à moins qu'il n'existe une politique permettant d'augmenter, au besoin, le personnel affecté au triage et de respecter ainsi les délais. L'évaluation complète est plus détaillée et détermine de manière plus précise le degré de priorité des soins à offrir aux patients en fonction de leur condition clinique.

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. Lorsque qu'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 immédiatement complétée par une infirmière assignée à ce poste.

### L'évaluation de triage doit inclure les éléments suivants :

1. Raison de consultation : description, par le patient, de son problème ;
2. Validation et évaluation de la raison de consultation :

#### A. Évaluation subjective : Début - évolution - durée :

- Début des symptômes (heure exacte) ? Que faisiez-vous lorsque les symptômes ont commencé ?
- Combien de temps les symptômes ont-ils duré ?
- Les symptômes sont-ils constants ou intermittents ?
- Les symptômes sont-ils actuellement présents ?
- Où est le problème ? En écrire le caractère et, s'il y a douleur, son intensité (échelle de douleur).
- Irradiation?
- Facteurs d'aggravation ou de soulagement ?
- Si douleur présente ou récente : caractère et intensité (échelle de douleur) à documenter.
- Épisode antérieur similaire ? Si oui, quel en était le diagnostic ?



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

**B. Évaluation objective :** cette portion du triage peut être effectuée dans l'aire de traitement si la condition du patient demande un accès rapide aux soins ou à une intervention (niveau I, II et III) :

- Apparence physique - coloration, aspect de la peau, degré d'activité ;
- Degré de détresse : détresse sévère ; pas de détresse (BEG);
- Réponse émotionnelle : anxiété, indifférence.
- Signes vitaux complets : si le temps le permet ou si c'est nécessaire pour assigner le niveau de triage (III, IV et V).
- Examen physique

**C. Informations additionnelles :** cette portion du triage peut être effectuée dans l'aire de traitement si la condition du patient demande un accès rapide aux soins ou à une intervention (niveau I, II et III) :

- Allergies
- Médications : liste avec noms, si disponible, ou par catégories si le patient ne connaît pas les noms (HTA, cœur, estomac, nerfs, etc.)

### Le triage : un processus dynamique

Il est important de comprendre que le triage est un processus dynamique et que l'assignation d'un niveau de triage pour un patient peut varier (vers le haut ou le bas) durant l'attente 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.

### Réévaluations

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 |



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

1. Tous les patients doivent être réévalués par une infirmière lorsque les délais recommandés pour l'évaluation médicale sont atteints. Ceci signifie :
  - ◆ **niveau I** : les patients doivent recevoir des soins infirmiers continus ;
  - ◆ **niveau II** : réévaluation chaque 15 minutes ;
  - ◆ **niveau III** : réévaluation chaque 30 minutes ;
  - ◆ **niveau IV** : réévaluation chaque 60 minutes ;
  - ◆ **niveau V** : réévaluation chaque 120 minutes.

Ceci permet de s'assurer que les patients sont réévalués en temps opportun pour vérifier si leur condition ne s'est pas aggravée.

2. Lorsqu'une conduite médicale est décidée ou que les patients ont été « stabilisés », la fréquence de la réévaluation et des soins subséquents va maintenant dépendre des protocoles de soins en vigueur ou des prescriptions médicales.
3. Lorsque les délais pour l'évaluation médicale des patients sont dépassés, leur niveau de triage doit être rehaussé pour éviter de longs délais avant l'évaluation médicale ou le report de cette évaluation par l'arrivée continue de nouveaux patients.

### B. TECHNIQUES D'ENTREVUE DE TRIAGE

Des questions ouvertes peuvent aider à révéler les émotions et perceptions du patient, en plus des informations nécessaires. Des questions fermées (où la réponse est : oui ou non) sont utiles pour préciser des faits.

En général, les questions initiales doivent être ouvertes (évaluation subjective), tandis que des questions fermées (évaluation objective) sont utiles pour valider l'information obtenue. Les professionnels œuvrant au triage développent des techniques d'entrevue compatibles avec leurs habitudes de communication, la clientèle évaluée ainsi que l'environnement. Plusieurs facteurs peuvent influencer la qualité de la communication au triage : les barrières de langage, l'âge, l'intensité de la douleur, les problèmes de surdité et la capacité mentale, par exemple. L'information non verbale est également une importante source d'informations.

L'entrevue de triage comprend une évaluation physique complétée surtout grâce à l'observation. Cette évaluation peut débuter par l'observation suivante : si le patient peut parler, ses voies aériennes sont libres. L'évaluation physique doit être rapide, concise et ciblée. Chez certains patients, des mesures objectives comme les SV et/ou la saturation en O<sub>2</sub> peuvent être envisagés, alors que pour d'autres il s'agira plutôt d'une description de certains signes physiques.

Un triage efficace demande une utilisation appropriée de plusieurs sens : la vision, l'audition, l'odorat et le toucher. Certains signes non verbaux peuvent être importants : grimaces, cyanose, peur, etc. Il faut bien écouter ce que le patient dit et porter attention aux questions auxquelles il semble peu enclin ou paraît incapable de répondre. On peut déceler un stridor, de la toux, une respiration laborieuse, etc. Il faut toucher le patient ; on note le rythme cardiaque, la température



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

de la peau et la présence de diaphorèse. Il faut noter des odeurs telles que l'acétone, l'alcool ou celles accompagnant certaines infections.

On doit se souvenir que l'objectif de l'entrevue de triage est de recueillir suffisamment d'informations pour permettre de porter un jugement clinique sur le degré de priorité des soins, mais non d'effectuer un diagnostic médical. On passe beaucoup de temps au triage pour soulager l'anxiété du patient ou de sa famille.

Il est essentiel que l'infirmière du triage adopte une attitude ouverte et empathique pour tous les patients, qu'elle demeure constante dans son approche et qu'elle n'exprime pas de jugements négatifs. Les patients difficiles, ceux qui sont intoxiqués ou agressifs par exemple, demandent une approche spécifique. Les préjugés menant ici à un jugement moral peuvent accroître le risque d'une assignation incorrecte de niveau de triage, inférieure au degré de priorité nécessaire. **L'apparence ou l'attitude du patient ne doit pas entrer en ligne de compte dans l'évaluation du niveau de triage.**

### C. PROCESSUS INFIRMIER

#### Évaluation : données subjectives/objectives.

- Entrevue de deux à cinq minutes.
- Il ne s'agit pas d'une évaluation complète (l'infirmière du traitement doit compléter l'évaluation).
- Nécessité de recueillir assez d'informations critiques pour établir le degré de gravité de la condition du patient, et ses besoins en soins immédiats.

**Signes vitaux :** Les SV vont être évalués s'ils sont requis pour établir le niveau du triage ou si le temps le permet ; sinon, les SV devront être évalués par l'infirmière du traitement. Tout patient qui se présente au DU et pour lequel un niveau de triage I ou II est assigné doit être immédiatement amené à l'endroit approprié de l'aire de traitement. C'est alors la responsabilité de l'infirmière de traitement de compléter l'évaluation initiale de ce patient, ce qui inclut la prise des SV.

**Échelle de douleur :** Chez tous les patients souffrants, on doit tenter une évaluation objective du degré de douleur. L'échelle de douleur, utilisée en conjonction avec la raison de consultation, permet d'assigner des patients avec problèmes similaires à différents niveaux de triage. Les échelles de douleur ne sont pas absolues, mais permettent au patient de qualifier l'intensité de son problème selon sa propre perspective. Plus la douleur est intense (8 à 10/10) plus l'intervenant doit tenter d'identifier ou d'exclure un problème sérieux et doit offrir l'empathie ou l'intervention qui pourra diminuer douleur et souffrance inutiles. Cependant, comme la perception de la douleur est très variable et peut être influencée par l'âge et la culture, il ne faut pas exclure la présence d'un problème sérieux si la douleur n'est pas décrite comme intense (« oh non, ce n'est pas une douleur, c'est juste un inconfort... ») alors qu'il peut s'agir d'un infarctus ! Il est également vrai qu'une douleur intense peut être la manifestation d'un problème sans gravité. Enfin, les échelles de douleur sont moins utiles (ou fiables) aux âges extrêmes.



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

L'usage continu des échelles de douleur est une composante très importante de l'ÉTGA. Elle permet également à l'intervenant et au patient d'avoir une base commune pour confirmer une amélioration de sa condition. Une douleur intense et continue doit ainsi amener à se questionner sur le diagnostic initial et le traitement entrepris.

L'usage de l'échelle de la douleur par le patient dépend également des expériences douloureuses antérieures ; par exemple, la première douleur ressentie par un patient peut être notée à 10/10 si la question posée est : « Est ce la pire douleur dont vous avez souffert? » (par opposition à : « Est-ce la pire douleur imaginable? »).

L'intervenant ne doit jamais présumer que la douleur du patient n'est pas intense. D'autre part, les patients qui rapportent des niveaux de douleur élevés (> 7/10) malgré des problèmes ou traumatismes mineurs, peuvent être assignés à un niveau de triage 3 ou 4, en considérant l'administration d'analgésiques mineurs par protocole ou prescription verbale en attendant l'évaluation médicale.

### **Diagnostiques infirmiers**

Assignation selon le degré de priorité des soins.

### **Planification**

Responsable de la planification des interventions en soins infirmiers et de l'utilisation par procédure ou protocole d'outils diagnostiques ou thérapeutiques médicaux (par exemple utilisation de la glace, immobilisation, ECG, etc.).

### **Implantation**

Responsable d'acheminer le patient dans l'aire du traitement et de transmettre l'information appropriée à l'intervenant qui reçoit le patient (MD/infirmière).

### **Évaluation**

Tout patient en attente demande une réévaluation selon le niveau de triage assigné et le type de problème documenté.

### **Documentation**

Informations concernant l'évaluation du patient.

- ◆ Niveau de triage assigné.
- ◆ SV, allergies, médication, réévaluation lorsque appropriée.

### **Normes de documentation :**

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 ;



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

6. Niveau de triage assigné ;
7. Lieu d'acheminement ;
8. Rapport à l'infirmière du traitement ;
9. Allergies ;
10. Médication ;
11. Diagnostic, mesure de premiers soins, intervention thérapeutique ;
12. Réévaluation.

### **Qualifications du personnel de triage.**

1. Les capacités de communication sont cruciales. L'intervenant doit interagir avec le patient, la famille, les policiers, les techniciens ambulanciers, les visiteurs, etc.
2. On doit avoir du tact, de la patience, de la compréhension et de la discrétion.
3. Capacités organisationnelles : gérer les files d'attente, les demandes des patients, etc. (on demeure sous la surveillance constante des patients).
4. Capacité de fonctionner en situation tendue ou chaotique.
5. Capacité de reconnaître les conditions urgentes (dépend de l'expérience, de la formation et de la qualité du jugement clinique).



### 4) Définitions applicables à l'ÉTGA.

Ces listes de raisons de consultation ou situations cliniques ne doivent pas être vues comme exhaustives ou absolues dans leur application. Le personnel de triage doit être encouragé à utiliser son expérience et son intuition pour rehausser le niveau de priorité, même si le problème présenté par le patient ne correspond pas exactement aux faits ou aux définitions de l'ÉTGA. « Si le patient a l'air malade, il l'est probablement ». Par contre, l'intuition des intervenants ne doit pas amener à abaisser le degré de priorité (assigner un niveau de triage inférieur) si les faits suggèrent qu'il existe peut-être un problème plus urgent ; par exemple, si un patient se plaint de douleurs thoraciques, présente de la diaphorèse et de la douleur au bras, mais paraît confortable, il faut considérer la possibilité la plus sérieuse d'abord et remettre à un autre le souci de faire la preuve que, finalement, tout va bien.

#### **NIVEAU I : RÉANIMATION.**

Conditions qui menacent la vie ou la survie d'un membre (ou qui présentent un risque imminent de détérioration), commandant une intervention agressive et immédiate.

- ◆ **Délai pour évaluation médicale : immédiat.**
- ◆ **Réponse fractile : 98%**
- ◆ **Taux d'admission attendu : 70-90%**

#### ***Présentation usuelle :***

- 1. Code/arrêt :** patient avec arrêt cardiaque et/ou pulmonaire, confirmé ou imminent.
- 2. Trauma majeur :** traumatisme grave de n'importe quel système ou atteinte de plusieurs systèmes (ISS > 16). Trauma crânien avec score de Glasgow inférieur à 10 ; brûlure majeure (> 25% de la surface corporelle ou associée à un compromis des voies aériennes), traumatisme abdominal et thoracique avec : état mental altéré, hypotension, tachycardie, douleur intense, signes et symptômes respiratoires.
- 3. Choc :** condition où la livraison en oxygène (cardiogénique, pulmonaire, hypovolémique ou hémorragique, problèmes d'affinité de l'oxygène) est insuffisante en regard de la demande (états hyperdynamiques) ou l'utilisation (septicémie). Hypotension et/ou tachycardie ou bradycardie (peut-être) associées à un état critique ou un patient « précode ».
- 4. Inconscience :** intoxication, atteinte du SNC, problème métabolique : tous ces problèmes peuvent amener une altération des fonctions mentales pouvant varier de la



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

désorientation/confusion jusqu'à un coma flaccide ou une activité épileptique. La protection du airway et les soins de support de même qu'une évaluation rapide afin de déterminer la cause et les traitements possibles sont d'une importance critique. L'hypoglycémie est un problème rapidement réversible qui peut être confirmé avec les tests diagnostiques au chevet.

**5. Détresse respiratoire sévère** : il existe plusieurs causes de détresse respiratoire mais les conditions bénignes demeurent des diagnostics d'exclusion. Ceci inclut des problèmes intracrâniens sérieux, un pneumothorax, un asthme sévère (incapable de parler, cyanose, léthargie/confusion, tachycardie/bradycardie, saturation inférieure à 90%), les exacerbations de MPOC ou insuffisance cardiaque, l'anaphylaxie et les problèmes métaboliques sévères (insuffisance rénale aiguë, acidocétose diabétique). Ces patients demandent une évaluation rapide de l'ABC et une intervention médicale immédiate. La médication et les équipements permettant la prise en charge des problèmes de respiration et de ventilation (intubation endotrachéale, intubation à séquence rapide, CIPAP, BIPAP, bronchodilatateurs, inotropes, vasodilatateurs) doivent être disponibles.

**Patients typiques** : Coma profond  
SV absents/instables  
Déshydratation sévère  
Détresse respiratoire sévère

### NIVEAU II : TRÈS URGENT.

Il s'agit de conditions représentant une menace potentielle pour la vie, l'intégrité d'un membre ou sa fonction, qui demandent une intervention médicale rapide ou bien l'exécution d'actes délégués.

- ◆ **Délai jusqu'à l'évaluation médicale : ≤ 15 minutes.**
- ◆ **Réponse fractile : 95%**
- ◆ **Taux d'admission attendu : 40-70%**

**1. Altération de l'état de conscience** : des problèmes infectieux, inflammatoires, ischémiques, traumatiques, toxicologiques, métaboliques, de déshydratation ou d'effets secondaires à des médicaments... peuvent tous affecter le sensorium, l'effet allant du **simple déficit cognitif jusqu'à l'agitation, la léthargie, la confusion, la convulsion, la paralysie et le coma**. Mêmes des modifications subtiles peuvent être associées à des problèmes mettant la vie en danger et qui, souvent, peuvent être traités. Tous les patients avec altération de l'état de conscience doivent subir un test rapide de dépistage de l'hypoglycémie. Les jeunes enfants qui se présentent avec irritabilité ou une diminution de la capacité à s'alimenter sont un exemple de l'état de conscience altérée susceptible de représenter une infection bactérienne sérieuse ou une déshydratation.

**2. Trauma crânien** : cette condition apparaît dans différents niveaux de triage. Le traumatisme crânien grave ou chez les patients à haut risque doivent amener une évaluation rapide par le médecin pour déterminer les besoins en protection des voies aériennes, en investigation par CT scan ou en intervention neurochirurgicale urgente. Ces patients présentent habituellement une





## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

atteinte de l'état de conscience (Glasgow  $\leq 13$ ). Des céphalées intenses, une perte de conscience, de la confusion, des douleurs au cou, des nausées ou des vomissements peuvent être rencontrés. Les détails concernant l'heure du traumatisme, le mécanisme et l'intensité des symptômes de même que leur changement dans le temps sont très importants.

**3. Traumatisme sévère** : le mécanisme du traumatisme peut être à haut risque ou bien ces patients peuvent présenter une atteinte sévère d'un seul système ou une atteinte multisystémique avec des signes et symptômes moins sévères pour chacun (ISS  $\geq 9$ ). Généralement, l'évaluation physique de ces patients montre des SV normaux ou presque normaux (si anomalie des SV  $\rightarrow$  niveau I). Ils peuvent présenter des douleurs modérées à intenses et un état de conscience normal (ou bien remplir les critères définis pour les traumas crâniens de niveau II).

**4. Nouveau-nés** : les enfants de moins de sept jours sont à haut risque pour une hyperbillirubinémie, une malformation cardiaque congénitale non diagnostiquée ou une septicémie. Les signes de problèmes sérieux peuvent être très subtils. L'anxiété parentale est souvent très élevée. Ces patients doivent être acheminés dans l'aire de traitement pour subir une évaluation médicale rapide ou au moins faire l'objet d'une discussion avec le personnel.

**5. Douleur oculaire** : douleur de 8 à 10/10. Une exposition chimique (acide ou alcalin) cause une douleur intense et la vision brouillée est habituellement due à la photophobie et le larmolement (bléphorrhée). On doit administrer à ces patients un analgésique topique et commencer un lavage oculaire selon les guides de pratique locaux (15 minutes pour un acide et 30 minutes pour un alcalin). Une évaluation médicale à la lampe à fente est suggérée après le rinçage. Le délai jusqu'à l'évaluation médicale peut être prolongé si on entreprend par protocole un traitement, sans prescription directe du médecin. D'autres conditions douloureuses comme le glaucome et l'uvéite peuvent être accompagnées de déficit visuel et demande également une évaluation médicale rapide. Les patients avec corps étrangers cornéens, brûlures électriques ou kératite solaire peuvent bénéficier de l'administration d'analgésiques topiques et l'évaluation médicale peut être retardée si la douleur est contrôlée. Si la douleur n'est pas ainsi contrôlée, on doit reconsidérer le diagnostic.

**6. Douleurs thoraciques** : Il s'agit d'un des plus difficiles symptômes de présentation pour l'infirmière de triage et le médecin d'urgence. L'ischémie coronarienne peut se présenter d'une multitude de façons, de telle sorte qu'une évaluation longue et détaillée du patient ne permet souvent pas de tirer une conclusion définitive sur l'état du patient. Les patients qui se présentent avec une douleur non traumatique de type viscéral sont le plus souvent victimes d'un syndrome coronarien aigu (infarctus du myocarde, angine instable). Une évaluation soignée de l'activité en cours au début des symptômes, de la durée de chaque épisode, du caractère, du site, de la radiation, des facteurs aggravant ou soulageant la douleur, des symptômes associés et des facteurs de risques peuvent influencer la capacité de prédire la présence ou l'absence d'une maladie coronarienne significative.

**La douleur viscérale** est continue (plus de quelques secondes et presque toujours plus de deux à cinq minutes) et peut être décrite comme une pression, une douleur sourde, un serrement, une pesanteur, une brûlure ou simplement un « inconfort ». S'il y a des symptômes associés



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

(diaphorèse, nausée, dyspnée) et/ou une irradiation au cou, à la mâchoire, aux épaules, au dos ou aux bras, alors la probabilité d'une étiologie grave s'accroît de manière importante.

- ◆ **Une douleur soudaine perçante ou localisée** peut être associée à des problèmes de la paroi thoracique, mais peut également être due à une embolie pulmonaire, une dissection aortique, un pneumothorax, une pneumonie, ou d'autres problèmes sérieux associés avec une rupture vasculaire ou d'un viscère. Ces patients présentent habituellement une douleur intense, subite, persistante ou associée avec d'autres symptômes (dyspnée, syncope/présyncope) ou bien à des facteurs de risques significatifs.
- ◆ **Une douleur perçante ou localisée** légère ou modérée et qui est reproduite facilement par palpation ou bien aggravée par la toux, l'inspiration profonde ou le mouvement, avec des SV normaux, peut être de niveaux de triage III ou IV et l'évaluation médicale peut en être retardée.
- ◆ **Antécédents d'infarctus, d'angine ou d'embolie pulmonaire** : les patients avec une histoire antérieure compatible avec ces conditions doivent être assignés au niveau II, peu importe le caractère de leur douleur.

**7. Intoxication** : en cas d'intoxication volontaire, il est souvent difficile de déterminer de manière fiable quels agents ont été ingérés et quelle en a été la quantité. Ces patients doivent être évalués rapidement par le médecin, ou au moins discutés, en raison du besoin potentiel d'effectuer une recherche de toxique, de monitoriser ces patients, d'appliquer des méthodes pour prévenir l'absorption ou accélérer l'élimination, ou d'administrer des antidotes. Les patients présentant des signes de toxicité (état de conscience altéré, SV anormaux), doivent être évalués très rapidement ( $\leq 5$  minutes).

**8. Douleurs abdominales** : l'intensité de la douleur n'est pas nécessairement corrélée à l'existence d'une urgence chirurgicale ou médicale. Une douleur viscérale (constante, sourde, sous forme de pression, de brûlure ou écrasante) associée avec divers symptômes (nausées, vomissements, diaphorèse, irradiation, douleur augmentée par les chaos ou les secousses) ou à des anomalies des SV (hypertension, hypotension, tachycardie, fièvre) sont davantage susceptibles de représenter des problèmes sérieux commandant une investigation, un traitement et un soulagement de la douleur rapides. Pour des douleurs crampiformes, intermittentes, perçantes, localisées, de brève durée, sans anomalies des SV, on peut habituellement retarder l'évaluation médicale. On retrouve un chevauchement important entre les conditions bénignes et les événements catastrophiques comme une rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale (âge  $> 50$ ), une grossesse ectopique (femme de 12 à 50 ans), une perforation viscérale, une appendicite, une obstruction intestinale, une cholangite ascendante. Ceci implique que toutes les douleurs abdominales intenses (8 à 10/10) doivent rendre l'intervenant particulièrement prudent en cas de douleur « viscérale » ou de douleur très subite, surtout lorsque d'autres symptômes sont associés.

**9. Saignement gastro-intestinal** : un saignement digestif haut est plus fréquemment associé à une instabilité hémodynamique. Le vomissement de sang rouge, de sang en « marc de café » et le méléna proviennent typiquement du tractus gastro-intestinal « TGI » supérieur. Des selles



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

rouge vin, des selles rouge foncé ou rouge pâle peuvent provenir du TGI supérieur, ou, plus fréquemment, du TGI inférieur. L'origine du saignement n'est toutefois pas aussi importante que la conduite à tenir face à un patient qui présente des signes d'instabilité hémodynamique. Une seule prise de SV normaux ne peut constituer une garantie de stabilité hémodynamique.

**10. ACV** : les patients présentant des déficits neurologiques majeurs peuvent avoir besoin d'une protection des voies aériennes ou d'un CT scan urgent afin de déterminer les critères de thrombolyse, d'anticoagulation, d'intervention neurochirurgicale ou de pronostic. Si le début des symptômes date de moins de quatre heures, alors le délai d'obtention du CT scan est un élément essentiel de la conduite.

**11. Asthme** : on peut soupçonner un asthme sévère lorsqu'on combine des mesures objectives (FEV', DEP, saturation O<sub>2</sub>) à des éléments cliniques liés à l'intensité des symptômes, des anomalies des SV et une histoire antérieure d'épisode sévère. Une évaluation spirométrique constitue la meilleure mesure d'évaluation pour juger de la gravité de la crise et pour guider le traitement. Si la FEV' et/ou le DEP sont < 40% à la valeur prédite ou à la meilleure valeur antérieure, on doit considérer que la condition du patient est sévère et qu'un traitement rapide et une surveillance constante doivent être institués jusqu'à amélioration. Chez les enfants qui ne peuvent coopérer à une évaluation spirométrique ou du DEP, en particulier en bas de six ans, les signes cliniques et la saturation O<sub>2</sub> sont utilisés pour évaluer la gravité de la crise.

**12. Dyspnée** : c'est un phénomène subjectif sans bonne corrélation avec la fonction pulmonaire ou des problèmes de transfert et/ou de livraison d'oxygène. Selon l'âge, l'histoire antérieure et l'évaluation physique, il peut s'avérer difficile de distinguer entre une crise d'asthme, une MPOC exacerbée, un OAP, une embolie pulmonaire, un pneumothorax, une pneumonie, une laryngite, une épiglottite, une anaphylaxie ou une combinaison de ces différents problèmes. Le début et la durée des symptômes, l'évaluation des SV et l'auscultation du thorax vont souvent permettre, cependant, une intervention rapide permettant de traiter les causes les plus graves de dyspnée.

**13. Anaphylaxie** : toute réaction allergique sévère peut rapidement se détériorer. Les patients présentant une histoire d'asthme sont particulièrement à risques de décès. On doit suspecter un problème grave d'anaphylaxie si on retrouve des symptômes respiratoires ou une sensation de serrement de la gorge. Lorsque ces patients peuvent recevoir par protocole de l'épinéphrine, le délai avant l'évaluation médicale peut être accru, en particulier s'il existe une histoire antérieure de réaction du même type, non compliquée. Une véritable réaction anaphylactique implique plusieurs systèmes : SNC (altération de l'état mental, convulsion, coma), cardiovasculaire (hypotension/tachycardie, collapsus vasculaire, choc), respiratoire (wheezing, cyanose, toux), peau (urticaire, prurit, associés à tout type de rash non purpurique), gastro-intestinal (vomissement, douleurs abdominales, diarrhées), rénal, etc. Une histoire décrivant le type d'agent causal et le délai entre l'exposition et le début des symptômes importante afin de déterminer la cause et de donner des conseils de départ appropriés.

**14. Saignement vaginal/douleur pelvienne aiguë** : les patientes qui présentent un saignement vaginal et/ou une douleur pelvienne ou abdominale basse aiguë, doivent être évaluées vu la possibilité d'une grossesse ectopique ou d'un autre problème grave associé à la grossesse. Dans



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

ce contexte, toute anomalie des SV (hypotension), doit mener à l'établissement d'un accès IV et à une évaluation rapide par le médecin. Même si la douleur est seulement modérée (4 à 7/10), une grossesse ectopique, un avortement ou une détresse fœtale sont possibles. Les patientes enceintes  $\geq 20$  semaines devraient être évaluées rapidement et on doit considérer un transfert immédiat à la salle d'accouchement avec ou sans évaluation médicale préalable, selon les protocoles ou guides de pratique locaux.

**15. Infections graves** : les patients avec septicémie ou infection bactérienne sont habituellement « toxiques » ou ont « l'air malade », et vont présenter une ou plusieurs anomalies physiques comme un état de conscience altéré, des SV anormaux ou une désaturation en O<sub>2</sub>. Une histoire de fièvre ou de frisson avec tremblements doit être recherchée (le frisson est un épisode de tremblements que le patient ne peut contrôler, avec claquement des dents ou « bed rocking »). Un rash purpurique (qui ne blanchit pas : pétéchial) peut être associé avec une méningite.

**16. Fièvre (jeunes enfants)** : fièvre  $\geq 38.0$  chez un enfant de moins de trois mois.

**17. Fièvre** : lorsqu'elle est associée à des signes de léthargie (n'importe quel âge), elle doit aboutir à une évaluation rapide par le médecin afin d'éliminer un problème bactérien grave comme une méningite.

**18. Enfants** : lorsqu'ils présentent de la léthargie, une altération de l'alimentation, des vomissements avec ou sans fièvre, les enfants doivent être évalués rapidement par un médecin ou, à tout le moins, le cas doit être discuté pour obtenir un avis sur une intervention possible.

**19. Enfants de moins de sept jours** : les signes de problèmes sérieux peuvent être subtils et l'anxiété parentale est habituellement très élevée. Plus l'enfant est jeune, plus il doit être vu rapidement.

**20. Vomissements et diarrhées** : lorsqu'ils sont associés à des signes de déshydratation. Ces signes ne sont pas toujours fiables, en particulier chez le jeune enfant.

**21. Psychose aiguë/Agitation extrême** : des problèmes métaboliques, toxicologiques ou d'autres étiologies organiques peuvent parfois expliquer les symptômes de ces patients. Si une psychose et une agitation aiguë font partie d'un problème psychiatrique connu, le patient et le département vont bénéficier d'une intervention rapide avec l'usage d'antipsychotiques et de sédatifs (contention chimique) ou, si nécessaire, de contentions physiques. L'histoire provenant du personnel soignant (médecins de la communauté, infirmières, techniciens ambulanciers), de témoins, des intervenants, de la famille ou d'amis, de même que les SV et une évaluation physique vont habituellement permettre l'identification des patients qui sont à risques de présenter une condition médicale grave (intoxication, problème neurologique, hypoglycémie, etc.)

**22. Diabète** : les bracelets d'alerte, l'histoire de témoins ou de proches, l'évaluation physique et l'évaluation de la glucométrie vont être des éléments utiles à l'identification de diabétiques avec problèmes d'hyper ou d'hypoglycémie. Une diaphorèse avec à un état de conscience altéré sont typiques d'une hypoglycémie. Un état de conscience altéré, une vision brouillée, de la fièvre, des



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

vomissements, des anomalies du pouls ou de la respiration (rapide et profonde) sont plutôt associés à une élévation de la glycémie avec ou sans acidocétose diabétique concomitante.

**23. Douleur aux loges rénales/abdominale/inguinale** : les patients avec colique rénale (lithiases) se présentent typiquement avec des douleurs intenses (8 à 10/10) associées à des douleurs (aux loges rénales, à l'abdomen, à l'aîne ou aux testicules). Il y a fréquemment des nausées et de la diaphorèse, mais c'est habituellement l'intensité de la douleur (avec ou sans histoire antérieure de colique rénale) qui fait soupçonner ce diagnostic. La présentation d'un anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) peut parfois avoir des caractéristiques semblables, pouvant expliquer des erreurs ou des délais dans le diagnostic. Une hématurie est fréquemment retrouvée dans la colique rénale mais n'est pas nécessaire à son diagnostic. Afin de permettre l'administration rapide d'analgésie IV ou rectale, une évaluation médicale rapide ou une approche par protocole est suggérée. Le médecin doit être avisé immédiatement en cas d'anomalie des SV (hypertension ou hypotension), ou s'il existe un doute que le problème puisse être d'une autre origine que rénale.

**24. Céphalées** : on retrouve cette raison de consultation dans plusieurs niveaux de triage. On peut craindre des délais dans le diagnostic de certaines « **catastrophes neurologiques** » (HSA, hémorragies épidurales ou sous-durales, méningites, encéphalites), qui présentent souvent des caractéristiques semblables à celles des migraines. Il est également sans doute important d'entreprendre rapidement un traitement abortif avec des agents spécifiques (non-opiacés), afin de soulager la douleur et la souffrance des patients avec migraines et de diminuer leur temps de séjour à l'urgence. Il est essentiel d'obtenir une histoire précise du début, de l'évolution, de la durée de la douleur, de même que des symptômes associés et d'une histoire antérieure d'épisodes similaires, afin d'établir avec précision le diagnostic et la stratification du risque chez ces patients. Les questions essentielles sont : l'activité lors du début des symptômes, jusqu'à quel point la douleur était subite, les symptômes cervicaux, une histoire de nausées ou de vomissement, et les fonctions mentales supérieures. Il est essentiel de clarifier ce que le patient signifie lorsqu'il invoque une « **douleur subite** ». Car toutes les douleurs débutent « subitement »... Mais l'élément essentiel au diagnostic est : « En combien de temps la douleur a-t-elle atteint son maximum d'intensité ? » Les douleurs d'intensité d'emblée maximale (« comme si quelqu'un m'avait frappé avec un 2 x 4 », ou comme un « coup de tonnerre ») ou qui apparaissent en quelques secondes sont presque toujours le signe de problèmes sérieux. Des douleurs rapidement progressives (5 à 30 minutes) sont typiques de migraines. Les douleurs plus graduelles ne sont pas toujours sans gravité mais ces céphalées sont rarement associées aux « catastrophes » mentionnées plus haut (qui signalent des saignements intracrâniens).

**25. Douleurs intenses (échelle de douleur)** : Lorsqu'un patient mentionne ressentir une douleur d'intensité 8 à 10/10, mais ne paraît pas en détresse ou semble présenter une condition qui ne laisse pas soupçonner une telle intensité, il est utile de lui demander qu'elle a été auparavant son expérience la plus douloureuse. Par définition, toute première douleur est d'une intensité 10/10! Si ce patient a déjà accouché, souffert d'une fracture, d'une colique rénale, d'une migraine ou d'une autre condition pour laquelle on s'attend à rencontrer une douleur intense, la douleur actuelle peut être comparée à celle ressentie alors, ce qui peut aider à décider quel est le niveau de triage approprié. On peut également envisager d'administrer un analgésique sous prescription



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

verbale du médecin. Les enfants ou les personnes âgées chez qui on suspecte une douleur intense (mais qui ne peuvent bien quantifier leur douleur) doivent être traités comme s'ils souffraient d'une douleur d'intensité 8 à 10/10.

**26. Abus, négligence, agression :** Bien que ces patients ne souffrent pas nécessairement de problèmes mettant leur vie en danger, ils présentent des besoins émotifs particuliers, et leur condition demande une approche spécifique quant à l'établissement de la preuve ou l'activation de protocoles locaux permettant d'impliquer une équipe multidisciplinaire ou les services communautaires appropriés. Les victimes d'agression sexuelle se présentant moins de quatre heures après l'événement doivent être assignées au niveau II de triage ; les autres peuvent être assignées au niveau III (ou moins) selon la nature des blessures ou des conditions médicales associées. Ces patients demandent un environnement sécuritaire et empathique de même qu'un soutien émotionnel.

**27. Sevrage d'intensité sévère (delirium tremens ou autres) :** Ces conditions peuvent être confondues avec des problèmes psychiatriques aigus. Parfois, on peut assumer que des patients connus comme toxicomanes consultent à l'urgence pour des problèmes non médicaux ; le danger est alors de sous-estimer leur état. Les convulsions, le coma, les hallucinations, la confusion, l'agitation (tremblements, frissons), les signes hyperadrénergiques (tachycardie, hypertension, fièvre, douleurs abdominales ou thoraciques, vomissements, diarrhées), tous ces signes et symptômes peuvent être associés à un sevrage de drogues, de médicaments ou d'alcool.

**28. Chimiothérapie :** Les patients sous chimiothérapie ou qui sont immunosupprimés (VIH, problème immunitaire connu, cancer) avec ou sans fièvre, sont à haut risque de présenter des problèmes sérieux. Ces patients peuvent se détériorer rapidement, devoir être mis en isolation et bénéficier d'une évaluation rapide de leur décompte leucocytaire.

### NIVEAU III : URGENT

Conditions pouvant s'aggraver jusqu'à représenter un problème commandant une intervention urgente spécifique, pouvant être associées à un inconfort significatif ou affecter la capacité de travailler ou d'effectuer des activités journalières.

- ◆ Délai jusqu'à l'évaluation médicale ≤ 30 minutes.
- ◆ Réponse fractile : 90%
- ◆ Taux d'admission attendu : 20-40%

**1. Trauma crânien :** Le mécanisme en cause est à « haut risque ». Les patients doivent être alertes (Glasgow = 15), ne présenter qu'une douleur modérée (< 8/10), des nausées ou des vomissements. On doit rehausser le triage (→ niveau II) s'il y a détérioration ou si ces patients paraissent mal en point.



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

**2. Trauma modéré :** Les patients avec fracture, dislocation ou entorse avec intense douleur (8 à 10/10). Si l'intervention de l'infirmière implique une mise en attelle et l'administration d'analgésiques, il peut être raisonnable de retarder l'évaluation médicale. La dislocation devant toutefois être réduite rapidement, le délai jusqu'à l'évaluation médicale doit être de moins de 30 minutes. Ces patients doivent être « stables » (SV normaux ou presque normaux).

**3. Asthme, léger à modéré :** Patient avec dyspnée d'effort légère à modérée, toux fréquente ou éveil nocturne (incapable de s'allonger sans présenter de symptômes), FEV1 ou DEP à 40-60% de la valeur prédite (ou du meilleur résultat antérieur) et saturation O<sub>2</sub> ≥ 92-94%. Un asthme léger correspond à une FEV1 ou DEP > 60% et une saturation O<sub>2</sub> > 95%. Les asthmatiques « légers » peuvent souffrir d'attaques sévères et les asthmatiques « sévères », d'attaques légères. Les types de traitement et d'orientation antérieurs (intubation, soins intensifs, admissions fréquentes) peuvent aider à identifier les individus à haut risque de détérioration. Il est imprudent d'assigner un niveau de triage bas à un asthmatique qui consulte pour une aggravation de ses symptômes respiratoires. Ces patients doivent être placés dans une section du département où ils peuvent être observés, où on peut les évaluer, ou bien le patient ou un accompagnateur doit informer le personnel de l'urgence de toutes aggravations. Pour les patients de plus de cinq ans qui consultent à l'urgence pour une aggravation de leur asthme, on doit effectuer un test de mesure objective de la fonction respiratoire.

**4. Dyspnée modérée :** Les patients avec pneumonie, MPOC, IVRS, laryngite, etc., peuvent se plaindre de dyspnée ou paraître dyspnéïques. Il s'agit d'un symptôme où la quantification, pas toujours facile, peut consister en une évaluation des SV ou des symptômes associés, permettant alors d'évaluer la probabilité qu'une intervention urgente soit nécessaire. Des mesures objectives comme le FEV1 ou le DEP ou la saturation O<sub>2</sub> peuvent aider, surtout si on observe du « wheezing » ou si les patients sont connus pour une MPOC ou un asthme.

**5. Douleurs thoraciques :** Patients avec douleurs thoraciques fréquentes, pires avec la respiration profonde, la toux, le mouvement ou la palpation, sans dyspnée associée ou d'autres signes pouvant suggérer une maladie cardiaque ou pulmonaire. Ces douleurs sont habituellement dues à des problèmes de la paroi thoracique ou à l'irritation de l'une des « enveloppes » thoraciques (pleurésie ou péricardite). Toutefois, si le patient est âgé, a une histoire d'angine ou d'infarctus et qu'il présente ce type de douleurs, il doit probablement être assigné au niveau de triage II. La douleur ne doit pas être de type viscéral (voir « douleurs thoraciques » au niveau II de triage).

**6. Saignement gastro-intestinal :** Patient avec saignement gastro-intestinal haut ou bas, inactif présentement, et des SV normaux. Le potentiel de détérioration est toujours présent ; on doit répéter les SV dans les 30 minutes ou s'il survient un changement de l'état du patient ou dans ses symptômes.

**7. Saignement vaginal et grossesse :** Douleur légère ou absente ( $\leq 4/10$ ) et saignement léger ou modéré, du premier trimestre (DDM  $\geq 4$  semaines et/ou test de grossesse antérieur positif) et SV normaux. Doit être réévaluée dans d'un délai de 30 minutes.



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

**8. Convulsions** : Problème épileptique connu ou nouveau mais convulsions de courte durée (< 5 minutes). Patient maintenant alerte, respirant normalement et protégeant ses voies aériennes (réflexe de GAG préservé) avec des SV normaux.

**9. Psychose aiguë et/ou patient suicidaire** : Patient avec problème psychiatrique, sans agitation réelle mais où persiste une incertitude quant à la dangerosité du patient pour lui-même ou les autres. SV normaux. L'affect peut être perturbé mais le patient n'est pas violent et demeure coopératif. Certains patients avec psychose maniaco-dépressive. Requier un environnement sécuritaire et empathique et une évaluation quant au risque d'intoxication.

**10. Douleurs intenses aiguës (8 à 10/10)** : Les patients avec des problèmes mineurs mais rapportant une douleur intense (8 à 10/10) doivent obtenir des soins infirmiers (glace, attelle, etc.) et/ou l'administration d'un analgésique par protocole, ou bien bénéficier d'un accès rapide à une évaluation verbale par le médecin. Les patients souffrant d'une lombalgie d'origine herniaire présentent habituellement une douleur subite en soulevant un objet. L'irradiation aux membres inférieurs est fréquente. S'il existe une faiblesse musculaire, une perte de sensation, de la rétention urinaire ou de l'incontinence, un problème neurologique plus sérieux peut alors être présent et une évaluation médicale urgente devient nécessaire. Les douleurs et entorses dorsales d'origine mécanique se présentent habituellement de manière plus graduelle où même retardées (quelques heures à un ou deux jours). Des douleurs intenses (8 à 10/10) sont souvent rapportées ; distinguer une douleur aiguë d'un problème de dos chronique pour fin d'assignation d'un niveau de triage est souvent difficile. Ces patients sont parfois « frustrés » et le personnel soignant ignore souvent si des analgésiques forts peuvent aider. Lorsqu'un jugement trop rapide est porté sur la douleur d'un tel patient, le risque de négliger certains problèmes importants s'accroît, tout comme le niveau d'insatisfaction du patient. Il est difficile de bien évaluer une douleur dorsale sans disposer d'une civière et déshabiller le patient ; l'examen doit donc avoir lieu dans une aire de l'urgence où cela est possible.

**11. Douleurs modérées aiguës (4 à 7/10)** : Les patients avec migraines ou coliques rénales peuvent ne présenter à leur arrivée qu'une douleur modérée, mais qui souvent augmente rapidement. Ils pourront habituellement bénéficier d'une intervention précoce. Certaines douleurs dorsales non traumatiques modérées peuvent être associées à des causes sérieuses ; ces patients doivent donc présenter des SV normaux et être réévalués par l'infirmière s'il y a des délais avant l'évaluation médicale.

**12. Vomissements ou diarrhées : âge ≤ 2 ans** : Une déshydratation et des infections sérieuses peuvent se présenter de manière subtile chez le très jeune enfant, même si les SV sont normaux.

**13. Patient dialysé ou transplanté** : Les problèmes liquidiens et électrolytiques sont communs chez ces patients. Ceci accroît le risque d'arythmie et de détérioration rapide.





### NIVEAU IV : MOINS URGENT :

Conditions qui, en relation avec l'âge du patient, le degré de détresse ou le potentiel de détérioration ou de complications, peuvent nécessiter une intervention ou des conseils dans un délai d'une à deux heures.

- ◆ **Délai de l'évaluation médicale :  $\leq 1$  heure :**
- ◆ **Réponse fractile : 85%**
- ◆ **Taux d'admission attendu : 10-20%**

**1. Trauma crânien :** Trauma crânien mineur avec un patient alerte (Glasgow = 15) sans vomissements ou symptômes cervicaux et avec des SV normaux. Ces patients peuvent bénéficier d'une brève période d'observation, selon le délai entre le traumatisme et la visite à l'urgence. Si le délai depuis l'accident est  $> 4-6$  heures et que le patient est asymptomatique, un examen neurologique et une feuille de conseils appropriés pourraient suffire. L'âge du patient et la qualité de l'environnement social peuvent également influencer la décision relativement au congé et à la période d'observation.

**2. Trauma mineur :** Fracture mineure, entorse, contusion, abrasion ou lacération qui demandent investigation ou intervention. SV normaux, douleur modérée (4 à 7/10).

**3. Douleurs abdominales :** Douleur aiguë d'intensité modérée (4 à 7/10), chez un enfant sans détresse évidente. L'intensité modérée de la douleur, dans les cas d'appendicite, de cholécystite ou d'autres problèmes potentiellement sérieux, ne peut permettre d'exclure ces problèmes. Les SV doivent être normaux et le patient ne doit pas être en détresse. La constipation peut causer une douleur intense et peut se révéler difficile à distinguer de problèmes plus sérieux. Il faut envisager la pire condition possible et disposer d'une quantité suffisante de données cliniques ou paracliniques pouvant exclure des problèmes potentiellement sévères mais traitables.

**4. Céphalées :** Non subites, non intenses, sans caractère migraineux, sans association avec des facteurs de haut risque (voir céphalées dans les niveaux de triage II et III). Des problèmes infectieux comme la sinusite, l'IVRS ou la grippe, peuvent causer ce type de céphalées. La douleur doit être au maximum modérée (4 à 7/10) et les SV, normaux.

**5. Otagies :** Les otites moyennes et externes peuvent causer une douleur modérée (4 à 7/10) à intense (8 à 10/10) ; ces patients doivent recevoir un analgésique, soit par protocole ou suite à une prescription verbale du médecin. Si le patient présente une douleur intense (ou qu'un enfant montre des signes de détresse), il doit être assigné à un niveau de triage III ou recevoir un analgésique. Le personnel de triage doit exercer son jugement quant au délai raisonnable jusqu'à l'évaluation médicale. Il sera important de déterminer la cause de la douleur à l'oreille, de commencer le traitement approprié et d'organiser le suivi.

**6. Douleur thoracique :** Ces patients ne doivent montrer aucun signe de détresse, présenter une douleur modérée (4 à 7/10), pas de dyspnée, pas de signes et symptômes de douleur d'origine



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

viscérale ni d'antécédent de problème cardiaque; les SV doivent être normaux. La douleur est habituellement pleurétique (perçante, localisée, accentuée par la respiration profonde, la toux, le mouvement ou la palpation). Ces patients peuvent avoir subi un traumatisme thoracique ou un étirement musculaire suite à une toux ou une activité physique.

**7. Idées suicidaires - dépression :** Patients qui expriment des idées suicidaires et qui peuvent avoir posé un tel geste mais ne semblent pas agités. SV normaux. Parce que le risque suicidaire et la possibilité d'une intoxication volontaire sont souvent difficiles à identifier, ces patients doivent être accompagnés par une personne responsable et réévalués périodiquement. On doit évaluer le risque suicidaire chez les patients dépressifs. Les intervenants doivent faire montre d'empathie et, dans la mesure du possible, accompagner le patient dans un endroit calme et sécuritaire.

**8. Corps étrangers cornéens :** Si la douleur est légère ou modérée (4 à 7/10) et qu'il n'y a pas de changement d'acuité visuelle.

**9. Douleur dorsale chronique :** Il peut être difficile d'évaluer ces patients qui doivent toujours être évalués comme s'ils présentaient ce problème pour la première fois. Il est habituellement facile de confirmer que le tableau est identique à un épisode précédent et qu'il n'y a pas d'anomalie neurologique. Occasionnellement, ces patients peuvent avoir un problème de toxicomanie et venir à l'urgence dans le seul but d'obtenir une prescription de narcotiques. Il est cependant peu judicieux « d'étiqueter » ces patients où de faire montre de préjugés, à moins qu'il n'existe des indications claires d'un problème de toxicomanie (par opposition à une dépendance médicamenteuse et au syndrome de douleur chronique). Le triage n'étant pas conçu pour effectuer ce type de distinction, une évaluation médicale est nécessaire.

**10. Symptômes d'IVRS :** Les patients avec congestion, toux, myalgies, fièvre, douleur à la gorge, etc., consultent fréquemment à l'urgence. Malheureusement, les patients avec pharyngite bactérienne, mononucléose, abcès péri-amygdalien, épiglottite, pneumonie ou autres conditions sérieuses ne peuvent toujours être distingués adéquatement lors d'une évaluation rapide. De plus, les syndromes grippaux avec symptômes généralisés peuvent être sérieux pour les personnes âgées, ceux qui ont des problèmes de santé importants ou pour les jeunes enfants. Puisque des infections bactériennes sérieuses peuvent donc se présenter de manière similaire, on doit assigner ces patients au niveau de triage III dans certaines situations. S'il existe des signes ou symptômes respiratoires, il faut mesurer la saturation O<sub>2</sub> ; si < 95%, alors il faut relever le niveau de triage.

**11. Vomissements et diarrhées sans signe de déshydratation (âge > 2) :** Les gastro-entérites virales n'entraînent habituellement aucun risque chez les adultes en bonne santé et la plupart des enfants. Le risque de déshydratation s'accroît lorsqu'il y a vomissements ET diarrhées. Les signes de déshydratation varient avec l'âge. Les jeunes enfants peuvent montrer des modifications du comportement ou de l'état mental allant jusqu'à une léthargie profonde ou un coma. Une modification des SV, des muqueuses sèches, une diminution de larmes ou du flot urinaire ou de la turgescence cutanée représentent également des éléments suggestifs. Au triage, on doit s'attarder à définir le début des symptômes et l'évolution de la maladie, et essayer de quantifier les pertes en vomissements et diarrhées. Il faut essayer de savoir combien de fois le patient a



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

vomi, si cela survient seulement avec l'alimentation et quelle fut l'heure du dernier épisode (l'heure exacte est plus utile qu'une approximation). Ceci est également vrai pour la diarrhée. S'il y a < 5 diarrhées par jour, alors une déshydratation et un problème électrolytique sont improbables. Par ailleurs, avec plus de 10 diarrhées par jour (avec sang ou non), on doit envisager des causes plus sérieuses, y compris les maladies inflammatoires intestinales. On doit penser à rehausser le niveau de triage ( → III ou II) chez les patients ayant présenté  $\geq 10$  vomissements depuis 24 heures et/ou > 5 diarrhées par jour depuis deux jours ou plus, en prenant en compte l'évaluation du degré d'hydratation. Il est également important de comprendre que le vomissement peut être un signe d'un autre problème : neurologique, cardiaque, toxicologique, rénal, hépatique, endocrinologique (diabète), obstétrical, etc. Ces problèmes ne peuvent être identifiés que si on y pense.

**12. Douleur aiguë modérée (4 à 7/10) :** Patient souffrant de douleur modérée suite à un traumatisme mineur ou un problème musculo-squelettique.

### **NIVEAU V : NON URGENT.**

Conditions peut-être aiguës, mais non urgentes, ou pouvant relever d'un problème chronique mais sans toutefois de signes de détérioration. L'investigation et les interventions pour certains de ces problèmes ou traumatismes peuvent être retardées ou même référées à d'autres secteurs de l'hôpital ou du réseau de soins.

- ◆ **Délai jusqu'à évaluation médicale :  $\leq 2$  heures.**
- ◆ **Réponse fractile : 80%**
- ◆ **Taux d'admission attendu : 0-10%**

**1. Trauma mineur :** Contusion, abrasion, lacération mineure (ne requérant aucune technique de fermeture), syndrome de surutilisation (tendinite), et entorse. Les interventions en soins infirmiers incluant immobilisation, le nettoyage, la mise à jour de l'immunisation antitétanique et l'administration d'analgésiques mineurs constituent les seuls besoins de ces patients.

**2. Mal de gorge, IVRS :** Patient avec symptômes mineurs, peu intenses et sans symptômes ou compromis respiratoire. Syndrome viral typiques avec SV normaux ou température légère (< 39 °C).

**3. Saignement vaginal :** Il peut s'agir de menstruations normales ou de saignements non douloureux chez les patientes post-ménopausiques. Si la grossesse est exclue, que la douleur n'est pas intense (< 4/10) et que les SV sont normaux, l'évaluation médicale de ces patientes peut être retardée sans danger.

**4. Douleur abdominale :** Douleurs légères (< 4/10), chroniques ou récurrentes, associées à des SV normaux. Certains individus, particulièrement des patients plus jeunes, peuvent se plaindre de



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

douleurs plus intenses alors qu'il demeure difficile de justifier un niveau de triage plus élevé. Il est important de ne pas démontrer de préjugés touchant ces patients et de prendre en considération le contexte qui les amène à consulter. Leurs symptômes représentent un défi et peuvent être source de frustrations pour l'intervenant ou le patient, et l'urgence n'est sans doute pas le meilleur endroit pour procéder à ce type d'évaluation. En cas de période d'attente prolongée, une réévaluation et/ou un rehaussement du niveau de triage sont indiqués.

**5. Vomissements ou diarrhées isolés : sans signe de déshydratation et âge > 2.** Ces patients doivent avoir un état de conscience ainsi que des SV normaux.

**6. Problèmes psychiatriques :** La raison de consultation peut sembler mineure ou insignifiante du point de vue de l'intervenant, mais ces patients peuvent aussi se sentir frustrés par le manque de disponibilité de services de santé appropriés dans la communauté. Ils peuvent également manquer d'informations sur les options alternatives. Demeurer réceptifs et sensibles aux aspects socio-économiques et culturels permet aux intervenants d'évaluer le niveau de soins requis et le degré de dangerosité. On retrouve des problèmes de dépression chronique ou récurrente, des troubles de personnalité ou de contrôle des impulsions, certains problèmes psychiatriques chroniques mais plus sérieux ou enfin des problèmes de comportement sans signe de détérioration. On doit observer des fonctions mentales supérieures normales, sans signes ou symptômes somatiques ou végétatifs (appétit, poids, sommeil, pleurs inexplicables), et des SV normaux. Ces problèmes ne peuvent être complètement évalués au triage.

### **Patients difficiles à catégoriser :**

Lorsqu'il est difficile d'assigner un niveau de triage à un patient qui ne semble pouvoir être inclus dans l'une ou l'autre de ces catégories, l'intervenant doit discuter du cas avec un collègue ou évaluer la situation clinique en se basant sur son expérience ou son intuition. Lorsqu'on décide d'un niveau de triage, un principe fondamental est que le patient doit être traité comme s'il s'agissait d'un ami ou d'un membre de la famille. Les patients consultant pour des « raisons administratives » : pour une « réévaluation », un « test » ou « une procédure planifiée » ne présentent pas nécessairement les mêmes besoins en soins et en ressources requises. Les patients présentant des symptômes ou raisons de consultation similaires comme une douleur thoracique, un trauma crânien ou de l'asthme peuvent être assignés à différents niveaux de triage. Ceci doit être basé sur les guides de pratiques et d'investigation, algorithmes décisionnels, protocoles, plans de soins, etc.

### **Visites de relance :**

Les patients revenant pour des changements de pansement, vérifications de plâtre ou réévaluation de condition médicale (douleur thoracique, R/O phlébite, douleurs abdominales, céphalées, asthme, etc.) sont très hétéroclites en termes de besoins en soins, de ressources et de délais requis avant une intervention. Certaines urgences permettent des procédures planifiées ; en fonction des ressources de la communauté et du système de soins, cela peut être la meilleure option possible. Même si ces soins ont un caractère électif et non urgent, il est inhabituel que l'organisation de l'urgence permette, dans ce cas, de très longs délais d'intervention. La mise en



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

place d'une aire d'intervention spécifique ainsi que d'une voie rapide (« fast-track ») doit être prise en considération mais ne concerne pas spécifiquement le triage en tant que système de priorisation. Si l'assignation d'un niveau de triage est utilisée pour catégoriser ces patients en fonction des besoins en ressources et des délais raisonnables d'accès aux soins, la plupart vont se retrouver au niveau V avec une très basse proportion attendue d'admissions. Mais comme il existe de grandes différences entre les patients pour qui une investigation a été planifiée (cartographie V/Q, échographie abdominale/pelvienne, CT scan cérébral pour céphalée), tous les patients doivent passer par le triage. La condition de ces patients peut en effet avoir changé depuis le moment où le test a été prescrit et le retour du patient peut aussi être motivé par une aggravation ou une modification de ses symptômes. Assumer que toutes les relances, les réévaluations et les tests planifiés représentent le même niveau de triage et commandent la même utilisation de ressources est dangereux et ne contribue pas à l'évaluation de l'utilisation appropriée du système.

**PERLE : Si le patient a l'air « malade » mais que le niveau de triage est incertain, choisir le niveau I ou II.**



## 5) Considérations pédiatriques additionnelles

Répondre aux besoins des enfants (et aux attentes des parents) peut être difficile dans une urgence recevant aussi bien les enfants que les adultes. Les problèmes menaçant la vie sont beaucoup moins fréquents chez les enfants, mais les signes et symptômes reliés à des problèmes sérieux peuvent également être plus subtils ou apparaître rapidement. Il est particulièrement important pour la sécurité de l'enfant et pour répondre aux inquiétudes des parents ou des accompagnateurs de réévaluer fréquemment ces patients. Les conditions décrites dans la section précédente s'appliquent toutefois aux enfants comme aux adultes.

La prise en compte de la raison de consultation pour fins d'assignation d'un niveau de triage est fréquemment compliquée en pédiatrie par le fait que les éléments importants sont souvent basés sur la perception de l'entourage ou des parents. Il faut donc favoriser l'utilisation élargie des outils d'évaluation physiologique dans le processus de triage afin d'aider à déterminer le degré d'urgence. Plusieurs problèmes sont identiques (ou similaires) dans tous les groupes d'âge, mais les signes, symptômes et traitements appropriés peuvent varier en fonction de l'âge.

Table 1 : SV attendus pour différents groupes d'âge.

| Age        | Poids (kg) | Pouls (moy./min) | Rythme respir. | T.A" <sup>†</sup>     |                        | Tube ET    |            | Succion Catheter (Fr) | Drain thorax (Fr) | Lame laryngo |
|------------|------------|------------------|----------------|-----------------------|------------------------|------------|------------|-----------------------|-------------------|--------------|
|            |            |                  |                | (moy. ± 2 SD) Systole | (moy. ± 2 SD) Diastole | Diam. (mm) | Long. (cm) |                       |                   |              |
| Prématuré  | 1          | 145              |                | 42 ± 10               | 21 ± 8                 | 2,5        | 10         | 6                     | 10                | 0 dr.        |
|            | 1-2        | 135              | <40            | 50 ± 10               | 28 ± 8                 | 3          | 11         | 6 - 8                 | 10 - 12           | 1 d.         |
| Nouveau-né | 2-3        | 125              |                | 60 ± 10               | 37 ± 8                 | 3          | 12         |                       |                   |              |
| 1 mois     | 4          | 120              |                | 80 ± 16               | 46 ± 16                | 3,5        | 13         | 8                     |                   |              |
| 6 mois     | 7          | 130              | 24-35          | 80 ± 29               | 60 ± 10                | 3,5        | 14         |                       |                   |              |
| 1 an       | 10         | 125              |                | 96 ± 30               | 66 ± 15                | 4          | 15         | 8 - 10                | 16 - 20           | 1 dr.        |
| 2-3 ans    | 12-14      | 115              | 20-30          | 99 ± 25               | 64 ± 25                | 4,5        | 16         | 10                    | 20 - 24           |              |
| 4-5 ans    | 16-18      | 100              |                | 99 ± 20               | 65 ± 20                | 5.0 - 6.0  | 17         |                       | 20 - 28           | 2            |
| 6-8 ans    | 20-26      | 100              | 12-25          | 99 ± 20               | 65 ± 20                | 6.0 - 6.5  | 18         |                       |                   |              |
| 10-12 ans  | 32-42      | 75               |                | 105 ± 20              | 65 ± 20                | 7          | 20         | 12                    | 28 - 32           | 2-3          |
| > 14 ans   | >50        | 70               | 12-18          | 115 ± 20              | 70 ± 20                | 7.5 - 8.5  | 24         |                       | 32 - 42           | 3            |

Modifié de Nolas A: Pediatric cardiology, ed 3, Philadelphia, 1976, WB Saunders Co.; Vesmond HT, et al: Pediatrics 67:607, 1981.

† Une variabilité de 0.5 mm est fréquent. Estimation: (16 + ans) / 4

### Centres pédiatriques tertiaires :

En raison des références médicales et de la densité de la population, les patients consultant dans un DU pédiatrique sont distincts de ceux évalués dans une urgence non spécialisée. La



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

disponibilité d'un personnel de triage expérimenté en pédiatrie et l'emploi d'un protocole d'évaluation et de traitement peuvent amener une certaine variabilité dans le processus de triage utilisé dans un DU général. Le but du triage étant l'accès à des soins appropriés en temps opportun et non strictement l'accès à une évaluation médicale, le délai entre le triage et l'évaluation médicale ne constitue pas un objectif ou une exigence obligatoire et peut changer si on a prévu des plans de soin délégués ou si une révision verbale du cas avec le médecin est possible.

### **Assignment d'un niveau de triage en pédiatrie :**

Les descriptions qui suivent ne sont pas exhaustives et doivent plutôt représenter un guide complémentaire au contenu de la section 4).

Il peut être difficile en pédiatrie de quantifier le niveau de douleur sur une échelle objective, mais si la douleur apparaît comme intense, alors l'assignment de triage doit se faire comme si cette douleur était notée à 8 à 10/10.

### ***Niveau I***

Enfant en insuffisance respiratoire, choc, coma ou arrêt cardiorespiratoire.

Tout enfant qui demande une surveillance continue ou une intervention visant à maintenir la stabilité physiologique.

Exemples : coma/convulsion, détresse respiratoire modérée à sévère, inconscience, grand brûlé, trauma, saignement significatif et arrêt cardiorespiratoire.

### ***Niveau II***

Tout enfant physiologiquement instable avec détresse respiratoire modérée à sévère, état de conscience altéré, déshydratation. Le niveau de déshydratation peut être difficile à évaluer avec précision. Toute suspicion (ou évidence) à cet effet doit être considérée.

Tout enfant qui requiert une évaluation complète et des interventions multiples afin de prévenir une détérioration.

Fièvre < 38.0 °C chez patient < 3 mois. La température n'est pas toujours un indicateur fiable de la gravité de la maladie. Les patients plus jeunes peuvent présenter des conditions sérieuses même si les signes et symptômes sont subtils.

Exemple : septicémie, état de conscience altéré, intoxication, asthme, convulsion (état post-ictal), acidocétose diabétique, possibilité de cas d'enfants maltraités (PEM), rash purpurique (un rash où



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

les lésions ne blanchissent pas avec la pression comme des pétéchies), fièvre, fracture ouverte, patients violents, douleurs testiculaires, lacérations ou problèmes orthopédiques avec compromis neurovasculaire, avulsion d'une dent permanente.

### ***Niveau III***

Enfant qui est alerte, orienté, bien hydraté,  $\pm$  altération mineure des SV. Intervention comprenant une évaluation et des procédures simples.

Fièvre > 38.5 °C chez enfant > 3 mois. Détresse respiratoire légère. Enfant < 1 mois.

Exemple : brûlure simple, fracture, trauma dentaire, pneumonie sans détresse, histoire de convulsions, idéation suicidaire, ingestion mineure demandant seulement une observation, trauma crânien chez patient alerte ou avec vomissement seulement.

### ***Niveau IV***

Patient avec vomissements/diarrhées mais sans de signe de déshydratation, d'âge > 2. Lacération simple/entorse/étirement musculaire. Enfant alerte avec de la fièvre et des symptômes simples comme douleur à l'oreille, à la gorge, ou une congestion nasale. Trauma crânien sans symptôme.

### ***Niveau V***

Enfants afébriles, alertes, orientés, bien hydratés et avec des SV normaux.

Généralement, aucune intervention n'est requise outre une évaluation et des conseils. Vomissements ou diarrhées isolés sans signes de déshydratation ou d'indices de gravité.





### 6) Triage dans les unités de soins d'urgence rurales

Le comité sur les urgences en milieu rural de l'ACMU a publié des recommandations détaillées concernant l'organisation et la gestion des urgences en milieu rural, qu'on peut utiliser comme un guide de références pour la planification et l'opérationnalisation de ces urgences dans les milieux ruraux et les communautés éloignées (Recommandations for the management of rural, remote and isolated emergency health care facilities in Canada. CAEP. Policy document. Ottawa. 1997). La planification et l'opérationnalisation des établissements de santé dans les communautés rurales sont affectées par une variété de facteurs propres à ce contexte. Par exemple, il peut être impossible ou déraisonnable d'y planifier d'une couverture médicale continue sur place. Même si les volumes de consultations peuvent être inférieurs à ceux des centres urbains, les patients présentent les mêmes maladies et traumatismes, et donc les mêmes besoins de soins appropriés en temps opportun.

L'ÉTAC vise à mesurer le profil de la clientèle et d'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.

Puisque l'échelle de triage est basée sur des maladies, les délais doivent demeurer identiques pour les urgences en milieu rural et les centres urbains. L'échelle de triage ne requiert pas nécessairement qu'un médecin soit sur place afin de procéder à l'évaluation. On peut utiliser des protocoles d'évaluation non médicaux et des outils de communication permettant de transmettre l'information nécessaire pour fins de diagnostic médical et d'initiation des protocoles de traitement appropriés.

Même si les niveaux de triage et les délais jusqu'à l'évaluation du patient sont identiques, les gestionnaires de ces centres doivent implanter des protocoles et des plans de soins à l'intention des intervenants non médicaux, afin de modifier les délais jusqu'à l'évaluation médicale quand les médecins ne sont pas de garde sur le site. On doit prévoir ces protocoles pour :

- ◆ les urgences qui n'ont pas d'aire de triage distincte ;
- ◆ les situations où la même infirmière effectue le triage et l'évaluation complète, chose fréquente dans les urgences rurales de faible débit ;
- ◆ les organisations où l'évaluation et le traitement sont débutés par du personnel non médical adéquatement formé, qualifié et expérimenté ;
- ◆ permettre l'emploi de divers outils de communications, tels le téléphone, le fax, le e-mail, les vidéo-conférences, ou toute autre méthode permettant aux intervenants et au médecin de garde de décider conjointement à quel moment le médecin devra évaluer le patient, ou si on peut commencer le traitement avant que l'arrivée du médecin;
- ◆ permettre une présence médicale plus urgente lorsque le personnel infirmier constate des changements dans la condition du patient.



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

Les protocoles et plans de soins doivent être basés sur l'évidence scientifique et si possible validés pour les urgences de ce type. Se conformer aux guides de soins et l'évaluation du devenir des patients est nécessaire au processus d'amélioration de la qualité et à la validation des protocoles utilisés. Il faut évaluer dans un cadre de recherche l'implantation de l'échelle de triage dans les urgences de régions rurales en étudiant :

- ◆ l'évaluation de la réponse fractile ;
- ◆ le degré de conformité des intervenants aux protocoles et plans de soins ;
- ◆ l'évolution des patients dans les urgences de régions rurales utilisant l'échelle de triage avec des protocoles et plans de soins ;
- ◆ la satisfaction des patients dans les urgences de régions rurales utilisant l'échelle de triage avec des protocoles et des plans de soins ;
- ◆ la comparaison entre l'échelle de triage et les systèmes formels de triage déjà employés dans les urgences de régions rurales.

Le développement de protocoles en ligne ou autonomes, de guides de pratique et de plans de soins conçus grâce aux paramètres développés dans l'ÉTG, associé à une formation et un encadrement appropriés devrait permettre aux communautés rurales de mettre en place un système répondant aux besoins en soins d'urgence de leur population.



### **7) Organisation physique des lieux de triage.**

L'aire de triage est généralement la première que rencontre le patient ; elle lui laisse donc souvent une impression durable. Il faut assurer un certain niveau de confort, de confidentialité ainsi que la qualité de l'ambiance. Cette aire doit permettre à l'infirmière de triage d'avoir une vue directe sur les nouveaux patients et un accès rapide auprès d'eux. Les portes doivent permettre le passage aisé des chaises roulantes et des civières. Un évier et d'autres équipements de salubrité sont nécessaires afin de pouvoir appliquer les précautions universelles. Un téléphone doit être disponible et utilisé seulement pour les communications avec le bureau d'enregistrement ou les aires de traitements.

L'aire d'attente doit disposer d'un nombre suffisant de sièges pour accommoder les patients et les visiteurs. Des salles de repos, des téléphones payants et des machines distributrices peuvent s'avérer nécessaires.

On doit assurer la sécurité des lieux, aussi bien pour les patients que pour le personnel soignant.



### 8) Programme d'orientation au triage

- ◆ Revue des rôles et responsabilités.
- ◆ Documentation et tenue de dossiers
- ◆ Salle de rangement.

#### Étapes

- ◆ Assurer la couverture du triage pour les pauses.
- ◆ Identifier cinq dossiers où vous n'êtes pas certains de la catégorisation choisie et cinq autres dossiers où vous en êtes confiants ; suivre le cheminement des patients et soumettre par écrit le tout à l'infirmière clinicienne (avec une copie du dossier du patient).
- ◆ Lorsque le département est peu occupé, informer l'infirmière en poste et accompagner un certain temps l'infirmière du triage.
- ◆ Réviser le guide de triage et toute autre documentation pertinente mise à votre disposition.

#### Quatre d'heures d'accompagnement au triage.

- ◆ **Revoir les dossiers**
- ◆ **Une à deux heures de revue du dossier**
- ◆ **Deux heures d'accompagnement au triage.**

#### Triage autonome

N.B. Le temps d'accompagnement peut varier. Dans certaines circonstances, une heure par jour peut être suffisant.



### 9) Sommaire des catégories de triage

#### **Niveau I du triage : immédiat**

**Délai pour évaluation médicale : immédiat dans 98% des cas.**

- RESP - I** Voies aériennes gravement compromises, trauma thoracique pénétrant ou contondant, signes évidents de détresse respiratoire.  
Détresse respiratoire sévère.
- SNC - I** Trauma crânien majeur.  
Inconscience.  
Convulsions actives.
- MSQ - I** Amputation traumatique d'une extrémité
- C - I** Hypothermie - atteinte sévère due au froid
- GI - I** Dysphagie avec détresse respiratoire  
Trauma abdominal (contondant ou pénétrant) avec signes ou symptômes de choc
- A - I** Codes/arrêts cardiaques.  
Traumas majeurs.  
État de choc.

#### **Niveau II du triage : très urgent**

**Délai pour évaluation médicale : 15 minutes dans 95% des cas.**

- RESP - II** Aspiration d'un corps étranger avec difficultés respiratoires, dyspnée, détresse respiratoire due à une toux chronique, sibilances associées avec une difficulté respiratoire, congestion, histoire de problème cardiaque.  
Hémoptysies actives avec signes d'hypoxie avec ou sans détresse respiratoire ou cardiaque.  
Inhalation de substances toxiques associée à une détresse.  
Inhalation de fumée.
- SNC - II** Céphalées intenses avec T.A. élevée, désorientation, début soudain, état de conscience altéré.  
Début soudain de confusion associée avec faiblesse et céphalées.  
Début soudain de confusion associée à une atteinte de l'état de conscience.  
Dysfonction de shunt chez un patient qui paraît malade.  
Faiblesse motrice sévère et subite chez un patient qui paraît malade.



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

Lombalgie subite avec détresse ; incapable de sentir ou bouger les extrémités.  
Trauma crânien avec état de conscience altéré.

- MSQ - II** Douleur dorso-lombaire avec déficit neurologique.  
Fracture ouverte, suspicion de fracture du fémur, fracture avec atteinte neurovasculaire.  
Extrémités douloureuses associées avec un compromis circulatoire.  
Amputation traumatique (doigt).  
Traumatisme chez un hémophile.  
Douleur à une extrémité chez un patient qui paraît malade.
- PEAU - II** Morsure ou réaction allergique avec difficultés respiratoires.  
Cellulite faciale, en particulier péri-orbitaire.  
Lacération avec atteinte tendineuse sévère ou vasculaire.  
Plaie punctiforme.  
Brûlure majeure touchant le cou, les mains, les pieds, la région génitale ou la figure, d'épaisseur partielle ou complète.  
Brûlure osseuse.  
Brûlure électrique ou par inhalation.
- GI - II** Douleur abdominale, début brusque avec vomissements, diarrhées, hydratation ou, saignement rectal, âge > 50 avec symptômes viscéraux.  
Saignement ou prolapsus rectal - large quantité de sang ou de méléna, signes et symptômes de choc.  
Saignement gastro-intestinal avec SV anormaux.
- GU - II** Saignement post-RTUP hémodynamiquement instable.
- GYN - II** Saignement vaginal/grossesse ectopique - patiente instable - hypotension.  
Impossibilité d'uriner depuis plus de 24 heures.  
Possibilité d'agression sexuelle < 2 heures.  
Douleurs au flanc - hématurie - pâleur - possible lithiase rénale.  
Saignement vaginal aigu (échelle de douleur > 4 + ou - SV anormaux).  
Possible grossesse ectopique, avec SV normaux.

### **Niveau III du triage : urgent**

**Délai pour évaluation médicale : 30 minutes dans 90% des cas.**

- RESP - III** Aspiration de corps étrangers avec toux mais sans détresse ni dysphagie.  
Toux constante - avec anxiété importante associée.  
Asthmatique connu avec dyspnée ou aggravation des symptômes.  
Inhalation de substances toxiques sans détresse.  
Dyspnée - exacerbation d'un problème respiratoire chronique, SAT O<sub>2</sub> > 95%.  
Histoire de toux avec crachats hémoptysiques.  
Congestion avec douleur à l'inspiration profonde sans histoire de trauma.



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

- SNC - III** Céphalées - intenses (détresse légère à modérée, échelle de douleur 8 à 10/10).  
Trauma crânien - pas de perte de conscience ni vomissement.  
Épilepsie connue - convulsion avant l'arrivée à l'urgence, non active actuellement.  
Dysfonction de shunt - patient irritable sans signe de détresse ou de toxicité.
- MSQ - III** Fracture probable d'une extrémité.  
Fièvre associée à douleur polyarticulaire ou à la hanche.  
Plâtre trop serré avec atteinte neurovasculaire.
- PEAU - III** Morsure  
Piqûre ou morsure d'insecte - symptômes allergiques mineurs.  
Cellulite - avec signes de toxicité.  
Rash : Signes de toxicité ; fièvre/purpura ou pétéchie.  
Exposition récente à une maladie contagieuse.  
Engelures localisées avec décoloration, cyanose ou douleur.  
Brûlure d'épaisseur partielle ou complète touchant moins de 5% surface corporelle.  
Brûlure d'épaisseur partielle au tronc ou touchant moins de 10% surface corporelle.  
Lacération avec saignement actif contrôlé par la pression.
- GI - III** Douleurs abdominales.  
Rectorragies avec douleurs abdominales, sans signe/symptôme de choc.  
Dysphagie ; histoire possible de corps étrangers ; pas de détresse respiratoire.  
Trauma abdominal - symptômes d'inconfort léger.  
Signes/symptômes d'appendicite, douleurs abdominales, + ou - fièvre.  
Vomissements et/ou diarrhées < = 2 ans.  
Saignement gastro-intestinal avec SV normaux.
- GU - III** Saignement vaginal - pas de signe de choc.  
Possibilité d'agression sexuelle > 2h00, > 12h00.  
Bosse inguinale - patient souffrant.  
Gonflement testiculaire non douloureux.  
Incapacité d'uriner depuis plus de huit heures.  
Gonflement important du pénis ; incapacité d'uriner.
- OORL - III** Trauma nasal avec difficultés respiratoires.  
Epistaxis avec trauma et/ou histoire de HTA.  
Allergies - fièvre des foins causant de la congestion avec histoire de problème respiratoire.  
Corps étranger nasal douloureux ou avec possibilité d'aspiration.  
Écoulement sanglant de l'oreille.  
Perte d'ouïe - début subit.  
Corps étranger dans l'oreille.  
Engelure ou déchirure partielle à l'oreille externe.



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

Douleur oculaire intense sans trauma associé.  
Diplopie de début soudain ou changement de la vision dans les derniers 24 h.  
Gonflement péri-orbitaire avec fièvre.  
Brûlure dans la région oculaire.  
Amputation de l'extrémité ou plaie de la langue/de la joue.  
Plaie punctiforme au palais mou.  
Amygdales purulentes - dysphagie associée.  
Saignement postopératoire d'amygdalectomie et/ou adénoïdectomie .

**CV - III** Patient avec douleur et froideur d'un membre d'apparition graduelle.  
Patient avec douleur graduelle ou subite à un membre associée avec œdème et modifications de la température.  
Trauma modéré.  
Douleur thoracique, pas de symptôme viscéral.

**PSY - III** Psychose aiguë + ou 1 idéation suicidaire.

**DIV - III** Signes d'infection sévère.  
Échelle de douleur 8 à 10/10 avec blessure mineure.

### Niveau IV de triage : moins urgent

**Délai pour évaluation médicale : 60 minutes dans 85% des cas.**

**RESP - IV** Aspiration de corps étranger - pas de toux - bon état général.  
Trauma thoracique mineur sans douleur costale ou difficulté respiratoire -pas de dyspnée - peu avoir des ecchymoses.  
Dysphagie ; pas de difficulté respiratoire.

**SNC - IV** Céphalées chroniques ou répétitives (pas de souffrance aiguë).  
Trauma crânien mineur - pas de perte de conscience ni vomissement.

**MSQ - IV** Douleur au dos «en tirant quelque chose ».  
Spasme musculaire ; douleur au dos localisée (douleur 4 à 7/10).  
Fracture des extrémités possibles.  
Gonflement articulaire avec chaleur.  
Plâtre serré - pas de compromis neurovasculaire.

**PEAU - IV** Cellulite localisée.  
Engelure - pas de décoloration - douleur minimale.

**GI - IV** Douleurs abdominales avec vomissements ou diarrhées (isolées) - bon état général, sans signe de déshydratation.  
Rectorragies - faible quantité ; T° et/ou diarrhées.  
Constipation ; inappétence ; crampes.





## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

- GU - IV** Agression sexuelle possible > 12 heures.  
Possible infection urinaire - hématurie, pollakiurie, brûlement.
- OORL - IV** Corps étranger cornéen.  
Trauma nasal - pas de difficulté respiratoire.  
Épistaxis épisodique sans signe d'infection.  
Écoulement otique - purulent - fièvre.  
Acouphène avec fièvre.  
Changement graduel de la vision, de l'acuité visuelle ou des champs visuels.  
Écoulement ou « encroûtement » oculaire.  
Otalgie.
- PSY - IV** Idéation suicidaire, dépression.
- CV - IV** Douleur thoracique, âge < 30 sans symptômes viscéraux.
- DIV - IV** Trauma mineur.  
Échelle de douleur 4 à 7/10.

### **Niveau V de triage : non urgent**

**Délai pour évaluation médicale : 120 minutes dans 80% des cas.**

- RESP - V** Congestion nasale ou rhinorrhée associée avec des symptômes d'IVRS.
- MSQ - V** Lombalgie chronique avec inconfort mineur (< 4/10)
- PEAU - V** Morsure mineure - plaie punctiforme, corps étranger, égratignure localisée.  
Rash localisé.  
Lacération mineure, abrasion, contusion.
- GI - V** Vomissements/diarrhées - pas de douleur, pas de déshydratation/état de conscience normal.
- GU - V** Écoulement - pénis, vagin, urétral.
- OORL - V** Lacération linguale partielle ou morsure de la joue.  
Mal de gorge, laryngite, douleur buccale légère avec fièvre.  
Allergie - fièvre des foins causant une congestion nasale.  
Problème de sinus.  
Surdité de d'apparition graduelle.  
Douleur oculaire vague ; douleur oculaire chronique.



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

- PSY - V** Symptômes chroniques sans changement aigu.
- CV - V** Trauma mineur pas nécessairement aigu.
- DIV - V** Symptômes mineurs.  
Échelle de douleur < 4.



*Annexe*

**TRIAGE à L'URGENCE :  
Saisir l'opportunité**

**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**

*Rédaction*

**Marc Béïque MD**

Responsable du comité ad hoc sur le triage de l'AMUQ

**Alain Vadeboncoeur MD**

*Recherches bibliographiques*

**Julien Poitras MD**



### 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'urgence<sup>1</sup>. 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 urgentes 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 4 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 privilégie-t-elle 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



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

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 français<sup>ii</sup>. 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. Richardson<sup>iii</sup> 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 desservi 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'ÉTÉG 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. ».<sup>iv</sup>

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 le 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 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 5 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).



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

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 directement par l'infirmière peuvent être essentiels à la dispensation de soins de qualité selon les normes actuelles.

Dans aucun cas cependant, ceci 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, montre 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 demandées<sup>v</sup>. Par ailleurs, la réduction des temps de séjour à l'urgence, étudiés dans l'étude de Klassen et Al.<sup>vi</sup> 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 Al.<sup>vii</sup>, 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 du utiliser des ressources alternatives.

En 1994 était publiée le National Hospital Ambulatory Medical Care Survey<sup>viii</sup>. 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 1996<sup>ix</sup> 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, 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



## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

catégorie. L'habilité de prédire la nécessité d'admission au triage fut aussi mise en doute. L'étude<sup>x</sup> concluait que pour les patients "non critiques" on pouvait prédire au triage la nécessité d'admission seulement dans 61% des cas.

De même, Lowe<sup>xi</sup> 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 1996<sup>xii</sup> 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'a montré Young et Al<sup>xiii</sup>, 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 étude<sup>xiv</sup> 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 sujet<sup>xv</sup>.

Pour la plus part 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





## L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les DUs

---

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 population quant à l'identification et au traitement de problèmes mineurs.

Toutefois, il apparaît, comme l'a 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 communications 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 modification substantielle de la situation actuelle. Les travaux antérieurs du Collège et de l'Ordre nous semble 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. A 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.



- i 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 sera disponible sur le site URGENeT : <http://www.amuq.qc.ca> sous Informations / Articles.
- ii 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 d'acceptation endossé par l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ). La version PDF de ce texte sera disponible sur le site URGENeT : <http://www.amuq.qc.ca> sous Informations / Articles.
- iii Richardson D, No relationship between emergency department activity and triage categorization, Acad emergency medicine, 5(2) : 141.
- iv Beveridge. R. et Al. Version française.
- v Thurston J et al, Should accident and emergency nurses request radiographs? Results of a multicentre evaluation, J accid emergency medicine, 13 : 86.
- vi 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.
- vii 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.
- viii 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
- ix Gill et al : Disagreement Among Health Care Professionals About The Urgent Care Needs Of Emergency Department Patients. Ann Em Med Nov 1996 ; 28:474-479
- x Brillman et al. Triage: Limitations In Predicting Need For Emergent Care And Admission. Ann Em Med. 1996 27 (4) ; 493-499.
- xi Lowe RA et al, Judging who needs emergency department care : a prerequisite for policy-making, American journal of emergency medicine, 15(2) : 133. 1995.
- xii Gill et al : Nonurgent Use Of Hospital Emergency Department : Urgency From The Patient's Perspective. J Fam Pract. 1996 42 (5) ; 491-495
- xiii Young G et al, Ambulatory visits to hospital emergency department, JAMA, 276(6) : 460.
- xiv 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
- xv Williams RM. The costs of visits to emergency departments. N Engl J Med. 1996 ;334 :642-646.