

ÉCHELLE CANADIENNE DE TRIAGE ET DE GRAVITÉ

Programme d'éducation combiné : adultes/pédiatrie

MANUEL DU PARTICIPANT

Ressources de formation en matière de triage

JANVIER 2007

Révisé en novembre 2008

Révisé en octobre 2011

Version 2.4, 2011



Santé
et Services sociaux
Québec

INTRODUCTION

Depuis l'implantation du triage à cinq niveaux en 1999, l'expérience acquise en lien avec l'utilisation de l'ÉTG n'a cessé de croître aux niveaux nationaux et internationaux, de nombreuses études ont été menées, les lignes directrices de l'ÉTG ont été révisées, les urgences sont devenues plus achalandées et l'exactitude et la fiabilité de l'attribution de niveaux de priorité en vertu de l'ÉTG demeurent importantes étant donné que l'ÉTG est un bon indicateur des besoins en ressources. Pour ces raisons, il a été nécessaire de mettre à jour le matériel de formation à l'intention des infirmières au triage, nouvelles et expérimentées.

L'objectif de l'ÉTG est de soutenir et de correctement attribuer des niveaux de priorité qui ont une validité apparente pour l'ensemble des cas qui se présentent à l'urgence, lesquels peuvent se présenter sous forme de trauma majeur ou mineur, de troubles cardiovasculaires, de problèmes de santé mentale, de douleur oculaire, d'urgences obstétricales, de troubles pédiatriques diffus et autres. Pour atteindre cet objectif, l'ÉTG est à la fois structurellement simple et riche en contenu ce qui fait que sa mémorisation constitue un défi. Son design est propice à l'informatisation et peut offrir aux infirmières un soutien à la prise de décision au niveau des soins. Pour les endroits qui n'ont pas de système informatique programmable pour les services d'urgence, il existe une application Excel appelée COT (*Complaint Oriented Triage*) qui intègre entièrement la liste nationale des raisons de consultation de même que les modificateurs de l'ÉTG et celle-ci est disponible gratuitement sur le site Web de l'ACMU au <http://caep.ca/sites/default/files/caep/files/COT-2008-English-Canada-v01.04.ppt> en anglais et au <http://caep.ca/sites/default/files/caep/files/COT-2008-French-Quebec-v01.04.ppt> pour la version française québécoise. L'application peut être téléchargée et affichée sur un ordinateur au triage afin que les infirmières puissent s'y référer et dans le but de les soutenir dans leur prise de décision et dans l'attribution d'un niveau de priorité au triage. Des affiches et des outils de poche en format notebook seront disponibles pour des fins de formation et de soutien au triage.

En dernier lieu, au moment de communiquer des données concernant l'ÉTG, il peut être important de définir si les cotes ont été attribuées à l'aide d'un soutien informatisé à la décision ou avec du matériel de référence visant le soutien de l'exactitude du triage, qu'il soit informatisé ou en version imprimée, ou entièrement de mémoire. Cette information pourrait être importante lorsqu'on tente de comparer des données provenant d'endroits différents.

Droit d'auteur 2011 Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) avec le consentement du Groupe de travail national sur l'ÉTG (GTN). Ce matériel ne peut être reproduit ou utilisé pour la dispensation de séances de formation sans la permission expresse de l'ACMU et du GTN sur l'ÉTG.

Acronymes

Les acronymes suivants sont employés dans le présent rapport :

Acronyme	Signification
ACMU	Association canadienne des médecins d'urgence
AMUQ	Association des médecins d'urgence du Québec
CIAMPEDS	<i>Complaint, Immunisation/Isolation, Allergies, Medications, Parents Perception/Past History, Events, Diet/Diapers, Symptoms</i>
DEP	Débit expiratoire de pointe
DU	Département de l'urgence
ÉTG	Échelle canadienne de triage et de gravité
ÉTG 1	Réanimation
ÉTG 2	Très urgent
ÉTG 3	Urgent
ÉTG 4	Moins urgent
ÉTG 5	Non urgent
ENAO	<i>Emergency Nurses Association of Ontario</i>
ENPC	<i>Emergency Nursing Paediatric Course</i>
FR	Fréquence respiratoire
GCS	<i>Glasgow Coma Scale</i> (En français : Échelle de Glasgow – pas d'acronyme)
GTN	Groupe de travail national sur l'ÉTG
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MCC	<i>Motor Cycle Collision</i>
MOF	Modes alternatifs de financement
MDB	Mécanisme de blessure
MRSI	Maladie respiratoire sévère infectieuse
MOHLTC	<i>Ministry of Health and Long Term Care</i>
MVC	<i>Motor Vehicle Collision</i>
NENA	<i>National Emergency Nurses Affiliation, Inc.</i>
OB/GYN	Obstétrique/Gynécologie
ORL	Otorhinolaryngologie
PA	Pression artérielle
RN	<i>Registered Nurse</i>
SaO2	Saturation en oxygène
SARC	Soins avancés en réanimation cardiaque (ACLS-Advanced cardiac life support)
SARP	Soins avancés en réanimation pédiatrique (PALS-Pediatric advanced life support)
SIGDU	Système d'information de gestion des départements d'urgence
SMRC	Société de la médecine rurale du Canada
SMU	Service médical d'urgence
SCP	Société canadienne de pédiatrie
SNISA	Système national d'information sur les soins ambulatoires
TNCC	<i>Trauma Nursing Core Course</i>
VEMS	Volume expiratoire maximal second

Table des matières

	Page
.....	Page
Introduction.....	i
Acronymes.....	ii
Table des matières.....	iii
0.1 Objectifs du programme.....	1
0.2 Organisation du programme.....	1
0.3 Objectifs des modules individuels.....	1
Module Un : Les principes de base du triage	3
1.1 Évolution du triage.....	4
1.2 Qu'est-ce que je triage.....	4
1.3 Éviter le triage comme bloqueur d'accès.....	5
1.4 Triager lors d'acuité aiguë.....	6
1.5 Les patients à l'urgence sont particuliers.....	6
1.6 Rôle de l'infirmière au triage.....	7
1.7 Caractéristiques de l'infirmière au triage.....	8
1.8 Compétences de l'infirmière au triage.....	9
1.9 Le processus du triage.....	12
Module Deux : Utilisation de l'ÉTG	16
2.1 Le processus du triage.....	17
2.2 Les niveaux de priorité de l'ÉTG.....	17
2.3 Détermination du niveau de l'ÉTG.....	21
2.4 Les modificateurs de premier ordre.....	22
2.5 Les modificateurs de deuxième ordre.....	30
2.6 Normes de qualité standard.....	33
2.7 Le décision du triage.....	33
2.8 Réévaluation dans les aires d'attentes.....	34
Module Trois : Porter une attention particulière à certains groupes – Pédiatrie	35
3.1 Lignes directrices pour le triage pédiatrique.....	36
3.2 Comparaison entre le triage adulte et le triage pédiatrique.....	36
3.3 Triage à cinq niveaux selon l'ÉTG: exemples pédiatriques.....	36
3.4 Le processus de triage.....	37
3.5 En quoi le triage pédiatrique diffère-t-il du triage adulte?.....	37
3.6 Considérations pédiatriques spéciales.....	37
3.7 Différences psycho-sociales.....	39
3.8 Évaluation rapide initiale: le triangle de l'évaluation pédiatrique.....	39
3.9 Raisons de consultation.....	42
3.10 Évaluation subjectives.....	43
3.11 Signes vitaux - Évaluation physiologique.....	44
3.12 Paramètres non physiologiques.....	51
3.13 Les modificateurs du 2ème ordre.....	55
Module Quatre : Considérations spéciales – Modificateurs de deuxième ordre	57
4.1 Introduction.....	58
4.2 Sélection spéciale raisons de consultation.....	58
4.3 Les modificateurs de deuxième ordre.....	59
4.4 Écueils potentiels du triage.....	63
4.5 Déploiement de l'ÉTG dans les milieux ruraux.....	64
Annexe A: Remerciements.....	66
Annexe B: Liste des raisons de consultation SIDGU.....	68
Annexe C: Échelle de Glasgow.....	70
Annexe D: Échelle de Glasgow pédiatrique.....	71
Annexe E: Mesure de la température.....	72
Annexe F: Échelle pédiatrique de la douleur.....	73
Annexe G: Signes vitaux normaux et écarts-types.....	76

0.1 Objectifs du programme

Au terme de ce programme, vous serez en mesure de :

- 1) Décrire les origines historiques et le rôle du triage.
- 2) Réviser et améliorer vos capacités d'évaluation des patients.
- 3) Appliquer des normes professionnelles de pratique infirmière au triage à l'urgence.
- 4) Introduction et utilisation de la liste SIGDU des raisons de consultation.
- 5) Prioriser les soins à donner au patient en fonction de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG).
- 6) Démontrer une bonne compréhension du flux des patients, des processus de soins et des communications dans les DU.

0.2 Organisation du programme

Le programme est divisé en quatre modules distincts traitant de divers sujets liés au triage :

- Module 1 : Les principes de base du triage
- Module 2 : Utilisation de l'ÉTG
- Module 3 : La pédiatrie
- Module 4 : Considérations spéciales

0.3 Objectifs des modules individuels

Les objectifs d'apprentissage des modules individuels sont décrits au tableau suivant :

Module	Objectifs d'apprentissage
1) Les principes de base du triage	<ul style="list-style-type: none">• Décrire les fondements historiques du triage.• Définir l'objectif et l'utilité du triage.• Revoir la nature particulière des patients à l'urgence.• Décrire le rôle professionnel et les caractéristiques personnelles de l'infirmière au triage.• Démontrer une compréhension des compétences infirmières appliquées dans le cadre du triage, incluant celles liées aux relations interpersonnelles avec le publique, aux entrevues, à la documentation, à la pensée critique et aux communications.• Décrire le processus de triage depuis l'arrivée du patient jusqu'à son transfert à une aire de soins.• Connaître la surveillance et les soins à assurer dans l'aire d'attente.
2) Utilisation de l'ÉTG chez l'adulte	<ul style="list-style-type: none">• Définir le sens des cinq niveaux de priorité de l'ÉTG.• Appliquer la liste des raisons de consultation du SIGDU.• Comprendre les modificateurs de premier et de deuxième ordre.• Passer en revue les simulations de cas et discuter du niveau de priorité à attribuer.• Décrire les temps de réévaluation appropriés.

<p>3) L'utilisation de l'ÉTG pour la pédiatrie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre les différences entre le triage pédiatrique et le triage adulte. • Appliquer l'évaluation rapide initiale : le Triangle de l'évaluation pédiatrique. • Identifier la raison de consultation et utiliser le CIAMPEDS. • Interpréter les signes vitaux chez les patients pédiatriques. • Appliquer les modificateurs de premier ordre pédiatriques. • Analyser des simulations de cas.
<p>4) Considérations spéciales et autres modificateurs de 2ème ordre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Définir les modificateurs de deuxième ordre. • Comprendre l'importance des modificateurs de deuxième ordre et leur application chez l'adulte et la pédiatrie. • Appliquer les modificateurs à certaines raisons de consultation spécifiques. • Reconnaître les écueils potentiels du triage. • Comprendre les différences liées à l'implantation de l'ÉTG dans les milieux ruraux. • Analyser des simulations de cas.

MODULE UN – Les principes de base du triage

1.1 Évolution du triage

« Triage » est un terme français qui désigne le geste de « trier ». Il s'agit d'un processus par lequel les patients sont priorisés et classifiés en fonction de la nature des problèmes qu'ils présentent et de l'urgence de leur état de santé. Le triage des patients, afin de déterminer la priorité des traitements, a pris naissance sur les champs de bataille de la Première Guerre mondiale. La méthode s'est raffinée lors de la Seconde Guerre mondiale et lors de la guerre du Viêt Nam.

L'intention militaire était de fournir des soins aux blessés qui pouvaient être sauvés en vue d'un retour rapide au front. Le triage de combat était guidé par la maxime « *The best for the most with the least by the fewest* » (Simoneau, 1985). Les patients en état critique requérant des ressources médicales exhaustives recevaient des soins médicaux différés (ENA, 1998).

À l'inverse, l'intention médicale du triage dans les hôpitaux est d'attribuer des ressources, le plus rapidement possible, aux patients les plus gravement atteints. Le processus du triage a été introduit dans les hôpitaux au début des années 60 afin de faire face au nombre croissant de visites à l'urgence suivant l'introduction de l'assurance maladie. Il permettait aussi de gérer les patients qui se présentaient avec des conditions non urgentes. Initialement, une panoplie de méthodes de triage ont été utilisées parmi laquelle on retrouvait le triage à trois niveaux (très urgent, urgent, non urgent/référent) qui était celle qui était la plus couramment employée. Alors que les volumes de patients et la gravité des cas à l'urgence continuent d'augmenter au cours des années 80 et 90, l'intérêt pour le triage dans les services d'urgence a commencé à croître aux plans national et international. Le travail effectué en Australie par Fitzgerald et Jelinek a mené au développement de l'*Australian National Triage Scale*. Le Dr Beveridge a étudié leur travail et a développé une échelle, modifiée pour le contexte canadien, et fit l'introduction de l'échelle de triage et de gravité à cinq niveaux de l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) en 1995. Celle-ci suscita de l'intérêt au niveau national pour une échelle de triage standardisée.

Le Groupe de travail national sur l'ÉTG (GTN) de l'ACMU fut alors mis sur pied et comptait des représentants de l'ACMU, de NENA, de l'AMUQ et de la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC). Le GTN a passé en revue le travail de Beveridge à travers une série de rencontres de consensus convenues afin de mettre de l'avant l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) en tant que standard national. L'ACMU, l'AMUQ et NENA ont appuyé ce projet en mai 1998 et les lignes directrices de l'ÉTG furent publiées en octobre 1999. Un bon nombre d'études sur la fidélité inter juges de l'ÉTG ont été publiées et suggèrent une concordance qui est de bonne à excellente. Des études de validité ont indiqué que l'ÉTG peut également être utilisée en tant qu'un des indicateurs des besoins en ressources du service d'urgence. En 2001, suivant des travaux menés par le GTN sur l'ÉTG et la Société canadienne de pédiatrie (SCP), les lignes directrices de l'ÉTG applicable aux enfants ont été publiées, suivies en 2004 par les lignes directrices révisées de l'ÉTG applicable aux adultes. En 2008, la liste des raisons de consultation du SIGDU a été mise à jour et complétée par une autre révision des lignes directrices de l'ÉTG, de même que par une révision des lignes directrices de l'ÉTG applicable aux enfants. L'entière publication est disponible au site: www.caep.ca/template.asp?id=795164082374289bbd9c12bf4b8d32

1.2 Qu'est-ce que le triage?

Le *National Emergency Nurses' Affiliation* définit le triage comme étant « un processus de tri qui utilise la pensée critique et qui permet aux infirmières d'expérience de rapidement évaluer les patients à leur arrivée à l'urgence afin de :

1. évaluer et déterminer la gravité des problèmes de santé les amenant à consulter;
2. attribuer aux patients un niveau de priorité au triage;
3. déterminer la réponse appropriée (accès au traitement);

4. attribuer de façon effective et efficiente les ressources humaines appropriées. »

Source: NENA *Position Statement A-1-4*, 2002

Pour prendre une décision concernant la gravité de l'état de santé d'un patient, l'infirmière au triage recueille des informations subjectives et objectives et les antécédents de chaque patient qui se présente au service d'urgence. On assigne à chaque patient un niveau de priorité conformément aux lignes directrices de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité (ÉTG).

Toutefois, il est important de se rappeler que le triage est un processus, et non uniquement un numéro sur une échelle. Les processus requièrent l'implication des personnes, de la communication et des ressources. Les processus doivent être gérés.

Le résultat de la série des décisions prises au triage est d'identifier les personnes qui doivent être vues en premier en créant une liste de priorité qui est fonction du niveau de gravité des patients qui attendent d'être traités. Ceux dont la condition est plus sévère sont vus en premier, afin de réduire le risque de détérioration de leur état.

L'élaboration de l'ÉTG au Canada visait à mettre en place des normes nationales pour le triage, à améliorer la sécurité des patients, à augmenter la fiabilité et la validité du triage et à élaborer des points de repère (« benchmarks ») et des indicateurs de performance

Le triage comporte des avantages significatifs :

1. Il fait en sorte que les patients gravement atteints ou gravement blessés reçoivent des soins avant les patients moins gravement atteints ou blessés.
2. Il établit la gravité sur la base des lignes directrices de l'ÉTG et indique les ressources requises (par exemple : le type de salle de soins).
3. Il identifie la fréquence de réévaluation.
4. Il permet une utilisation efficiente de l'espace et des ressources.
5. Une approche rapide diminue les craintes du patient et/ou des personnes qui l'accompagnent, ceux-ci sachant qu'ils sont inscrits dans le système. Ce qui améliore aussi les voies de communication.

Le triage offre l'occasion de surveiller l'apparition de certains troubles (par exemple : l'influenza, le virus de Norwalk, les chutes chez les personnes âgées, les affections pédiatriques, etc.) et d'être à l'affût de l'apparition possible de victimes d'un événement pandémique ou de bioterrorisme.

1.3 Éviter le triage comme bloqueur d'accès

Il est important de comprendre à la fois l'importance et les limites du triage lorsqu'on fait face à un encombrement sévère. Il devient alors d'autant plus important d'identifier les patients les plus malades et ceux qui sont à risque de voir leur état s'aggraver et de prioriser ceux-ci afin qu'ils soient vus rapidement. Alors qu'en même temps, une majorité des autres patients attendant de recevoir des soins d'urgence seront reportés bien au-delà des limites de temps recommandées par l'ÉTG.

On attribue souvent à tort les délais d'attente à l'ÉTG. En fait, les délais d'attente n'ont rien à voir avec l'ÉTG et sont davantage fonction de la capacité du système. Ceci doit être clair pour les patients, les collègues, les gestionnaires ainsi que pour les représentants gouvernementaux. L'ÉTG n'améliore pas, ni n'augmente-t-il, en soi, les situations d'encombrement dans les

urgences. Tout au plus, l'ÉTG offre au système en difficulté un filet de sécurité imparfait afin de minimiser la morbidité et la mortalité dans les salles d'attente. La solution aux temps d'attente prolongés est de régler les problèmes liés au débit de sortie (« output ») des urgences. Si des délais persistent par la suite, il faudra revoir et optimiser la dotation en personnel à l'urgence.

Le processus du triage est pour améliorer les efficacités des DU et c'est l'une des stratégies qui est largement adoptée. L'un des objectifs de ce processus est de raccourcir le temps d'attente du patient qui se présente et le moment qu'il sera vu par le médecin et ce, tout en veillant que les patients qui n'ont pas besoin d'être installés sur une civière puissent recevoir des traitements alternatifs en attendant. Le processus de triage ne doit pas devenir un bloqueur d'accès ou de délais mais plutôt une façon de faire le tri pour les référer dans les aires de soins les plus appropriés. L'objectif de la continuité des soins de santé est avoir le bon patient à la bonne place, au bon moment avec les soignants appropriés.

1.4 Triager lors d'acuité aigüe

ÉVITER LA DÉRIVE DU TRIAGE (éviter le désir de triager des patients en fonction de leur temps d'attente; soit surtrier un niveau ÉTG 5 à un niveau 4 parce que l'attente peut être trop longue ou soustrier un niveau ÉTG 2 à un 3 parce que le patient devrait être tenu d'attendre dans la salle d'attente).

Soyez sûr de toujours triager le patient et non l'environnement du DU. L'expérience a démontré que lorsque le DU est surpeuplé, il y a une tendance à attribuer un niveau inférieur l'acuité des patients les plus aigus et un niveau plus bas pour les moins aigus (dérive du triage). La sécurité de la personne qui se voit attribuer par erreur à un niveau inférieur pourrait être compromise. En outre, la validité des données du triage comme une mesure comparative de répartition des cas dans le DU est compromise.

1.5 Les patients de l'urgence sont particuliers

Les patients de l'urgence ont plusieurs caractéristiques qui diffèrent de celles des patients des autres services hospitaliers :

Leur arrivée n'est pas planifiée.

Les patients à l'urgence et leurs aidants naturels vivent un certain niveau d'anxiété et de détresse, et ce, dans un environnement qui ne leur est pas familier et sur lequel ils ont peu de contrôle.

Plusieurs patients gravement atteints ou gravement blessés peuvent arriver en même temps et l'infirmière au triage est mise au défi de décider qui devra être évalué en premier.

Les soins sont épisodiques (gestion d'incidents graves sans expectation de soins continus).

Les patients et les dispensateurs de soins ne se connaissent pas et doivent développer une relation en un court laps de temps.

Les patients arrivent en éprouvant des symptômes et non avec un diagnostic et l'ensemble de leurs problèmes de santé n'est pas connu. Les patients arrivent avec des symptômes et non avec un diagnostic.

Les conditions rencontrées peuvent combiner des urgences médicales, chirurgicales, sociales ou de santé mentale.

Les patients sont d'âges, de cultures et d'origines ethniques diversifiées ce qui exige de l'infirmière au triage que celle-ci ait une connaissance de l'impact de ces facteurs sur l'état de santé du patient et sur les attentes de la famille.

En raison du manque de ressources de première ligne, un nombre croissant de patients fréquentent les services d'urgence pour des soins primaires.

Notes :

1.6 Le rôle de l'infirmière au triage

Le rôle de l'infirmière au triage comporte plusieurs composantes :

Évaluation des patients

L'infirmière au triage établit un lien avec le patient afin de recueillir l'information nécessaire à une prise de décision éclairée au sujet des symptômes et de la gravité de l'état du patient.

Communication avec le public

L'infirmière au triage est habituellement le visage public du service d'urgence et, souvent, de l'hôpital en entier. L'infirmière au triage est habituellement la seule professionnelle de la santé qui est en contact avec les patients de la salle d'attente. Son attitude et son comportement peuvent être observés par tous et requièrent beaucoup de tact et de patience.

Communication avec les professionnels de la santé

L'infirmière au triage collabore avec divers membres de l'équipe soignante – l'infirmière responsable ou les infirmières de soins intégraux, les médecins d'urgence, les ambulanciers paramédicaux, les infirmières praticiennes, les médecins consultants, le personnel des services de sécurité les commis à l'inscription et autres — pour faciliter le déplacement des patients vers les soins appropriés.

Attribution de ressources

Selon l'état de chaque patient et la capacité du service d'urgence, l'infirmière au triage dirige le patient à une aire de soins ou à une aire d'attente. Le triage requiert de la coordination entre l'infirmière responsable et les médecins d'urgence afin d'assurer une utilisation efficace des ressources.

Amorce de protocoles de soins/mesures de premiers soins

Certains établissements peuvent avoir mis en place des protocoles de soins ou des ordonnances collectives afin que l'infirmière au triage puisse soulager certains symptômes ou initier certaines investigations.

Monitoring et réévaluation

Il incombe à l'infirmière au triage de faire le monitoring et la réévaluation des patients de la salle d'attente afin d'identifier des changements dans leur état.

Participation à l'orientation des patients

L'infirmière au triage collabore avec l'équipe de soins primaires afin de coordonner le flux des patients.

Notes de l'infirmière

L'infirmière au triage documente toutes les données pertinentes conformément aux règlements de l'hôpital ou à la réglementation provinciale. Les exigences de la tenue de dossiers ne doivent jamais retarder la dispensation de soins aux patients gravement atteints ou blessés. Dans ces derniers cas, la documentation est complétée après avoir prodigué les soins nécessaires au patient.

1.7 Caractéristiques de l'infirmière au triage

L'infirmière au triage doit avoir de l'expérience en soins infirmiers à l'urgence (préférentiellement 2 ans ou plus) et être orientée vers ce rôle après avoir complété une formation reconnue sur l'Échelle canadienne de triage et de gravité. Une attitude professionnelle positive est essentielle pour être efficace en tant qu'infirmière au triage.

Celles qui connaissent du succès en tant qu'infirmières au triage sont reconnues pour posséder certains traits personnels compatibles avec le travail du triage autant que des capacités cognitives qui les rendent efficaces.

Les traits personnels incluent :

- Souplesse
- Autonomie
- Bonnes aptitudes de communication
- Assurance
- Patience
- Compassion
- Ouverte à l'écoute et à apprendre

Les caractéristiques cognitives requises par les infirmières au triage incluent :

- Des connaissances de base diversifiées
- Jugement clinique (savoir quand ne pas agir)
- Pensée critique
- Capacité de prendre des décisions rapidement
- Capacité d'établir des priorités

Les caractéristiques comportementales requises incluent :

- Être le porte-parole du patient
- Bien travailler sous pression
- Être organisée
- Savoir improviser au besoin
- Utiliser son intuition
- Faire preuve de confiance en son jugement
- Faire confiance à ses pairs et s'appuyer sur ceux-ci

Pour réflexion personnelle

Utilisez le tableau ci-dessous pour identifier vos forces et faiblesses dans chaque catégorie de caractéristiques :

	Les caractéristiques qui représentent mes forces	Les caractéristiques qui demandent de l'amélioration
Traits personnels		
Caractéristiques cognitives		
Caractéristiques comportementales		

Identifiez trois actions concrètes que vous accomplirez au cours des trois prochains mois afin d'améliorer les champs que vous avez identifiés comme nécessitant de l'amélioration :

1. _____

2. _____

3. _____

1.8 Compétences de l'infirmière au triage

En plus des caractéristiques personnelles décrites dans la section précédente, les infirmières au triage doivent avoir une très bonne maîtrise des compétences décrites ci- dessous.

Compétences en relations interpersonnelles

La perception qu'a le patient de sa visite à l'urgence peut rejaillir sur le département de l'urgence, sur l'hôpital et sur le système de santé en général. Des études ont démontré qu'il existe une corrélation entre l'expérience initiale de triage et la satisfaction quant à l'ensemble de la visite au DU. L'infirmière au triage doit à la fois faire preuve de confiance en soi en tant que professionnelle et de sollicitude envers l'individu. Le rapport établi avec le patient facilitera l'échange d'informations et permettra de diminuer les craintes.

Compétences dans la tenue d'entrevues

L'entrevue de triage permet la cueillette d'informations sur la raison qui amène le patient à consulter au DU, sur l'anamnèse du patient, sur ses allergies, sur sa médication, etc. « L'histoire » livrée par le patient au sujet de l'état de santé qui le préoccupe est essentielle pour évaluer le niveau de gravité de l'individu.

Quelques éléments à se rappeler lorsqu'on mène des entrevues de triage :

- Se concentrer sur les informations requises.
- Encourager le dialogue par des éléments non verbaux (contact par le regard, expression faciale).
- Être à l'affût de mots clés.
- Utiliser des questions ouvertes pour obtenir des détails sur les symptômes du patient.
- Utiliser des questions fermées pour obtenir des réponses précises.
- Utiliser des questions d'approfondissement pour clarifier l'information –
« Pouvez-vous expliquer ce que vous voulez dire lorsque vous dites que vous ne vous sentez pas bien? »
- Résumer et clore la discussion.

Avant tout, vous devez écouter avec empathie :

- Ne portez pas de jugements.
- Écoutez activement ce que vous dit réellement la personne.
- Utilisez le silence et la reformulation pour clarifier le message.

Soyez particulièrement sensible à la culture du patient et de sa famille. Les perceptions qu'un patient a de la douleur, par exemple, peuvent varier d'une culture à l'autre.

Compétences en pensée critique

La pensée critique inclut les activités d'organisation et d'analyse de l'information, l'identification de problématiques de santé et la collecte de données pertinentes au soutien des conclusions tirées. (*Practice Review Guide 2003, College of Nurses of Ontario*). Les infirmières au triage doivent savoir utiliser la pensée critique au moment d'attribuer un niveau de priorité selon l'ÉTG dans un court laps de temps.

Compétences en communication

Une urgence est toute situation qui ne peut être résolue par le patient ou la famille en raison d'un manque de ressources ou de connaissances. Une crise survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre l'ampleur du problème et les ressources immédiatement disponibles pour y faire face.

Quelques éléments à se rappeler lorsqu'on communique avec des personnes qui vivent une crise :

- Conservez la maîtrise de soi. Ne démontrez pas d'émotions négatives, et ce, même si le patient ou la famille se montrent désagréables ou s'ils sont bouleversés.
- Écoutez patiemment afin de permettre au patient et à la famille d'expliquer leur état/problème et comment celui-ci est survenu. Se rappeler qu'ils ne sont pas familiers avec les situations d'urgence, mais que vous, vous l'êtes.
- Utilisez vos connaissances de la problématique afin de les rassurer sur la sévérité du problème.

- Mettez en évidence vos compétences infirmières avec confiance.
- Faites preuve d'une authentique compassion. Laissez paraître votre côté bienveillant – vous êtes infirmière par choix et c'est votre vocation.

Les comportements non verbaux (toucher, langage corporel, contact par le regard, etc.) sont importants pour établir une communication. Être conscient de la diversité culturelle peut aussi améliorer la cueillette d'informations.

Notes :

Documentation

La capacité de fournir une documentation claire, concise et pertinente est une des compétences importantes chez l'infirmière au triage. Toute l'information utilisée pour prendre une décision est documentée. Les données qui doivent être colligées au soutien de la décision de triage sont les suivantes :

Documentation

- Date et heure
- Nom du patient
- Âge
- Raison de consultation (SIGDU)
- Évaluation subjective
- Évaluation objective
 - Modificateurs (1^{er} ordre) :
 - Signes vitaux
 - Échelle de la douleur
 - Troubles de saignement
 - Mécanisme de blessure
 - Autres modificateurs (2^e ordre)
- Niveau de priorité selon l'ÉTG
- Les interventions effectuées au triage
- Lieu d'acheminement
- Identification de l'infirmière au triage
- Réévaluations

Les informations concernant les allergies et la médication, l'historique de vaccination et l'anamnèse pertinente devraient être recueillis par l'infirmière de l'urgence. Selon les processus de travail et les politiques de l'établissement, la collecte de ces informations additionnelles peut être attribuée à l'infirmière au triage. Il est important de reconnaître que ce travail n'est pas requis afin d'attribuer une cote de gravité en vertu de l'ÉTG et qu'il ne devrait pas être requis de la part de l'infirmière de triage si cela entraîne des retards dans l'accès aux soins pour les patients.

Notes

1.9 Le processus du triage

Le processus du triage étudié dans le cadre du présent programme de formation suit un certain nombre d'étapes.

- 1) Arrivée du patient et évaluation visuelle rapide (ou *quick look*).
- 2) Dépistage de maladies infectieuses.
- 3) Entrevue et évaluation du patient pour déterminer la raison de consultation et le niveau de priorité au triage. Ceci implique une évaluation subjective et objective de même que l'application des modificateurs appropriés.
- 4) Prise de la décision de triage et attribution d'un niveau de priorité.
- 5) Acheminement du patient à une aire de soins ou à une aire d'attente en fonction de la gravité de sa condition de santé et de la disponibilité des ressources.
- 6) Initie les mesures de soulagement des symptômes ou d'autres directives médicales approuvées lorsque requises pour les patients assignés à la salle d'attente.
- 7) Réévaluation des patients de l'aire d'attente selon les lignes directrices de l'ÉTQ, à chaque fois que cela est possible.

Arrivée du patient

Des études menées en Ontario en 2004 ont démontré que provincialement, 12 % des patients des urgences arrivaient par ambulance et que 88 % s'y rendaient par d'autres moyens (désignés ambulatoires). Pour les urgences individuelles à travers le Canada, les arrivées par ambulance peuvent représenter aussi peu que 2-3 % pour les sites de première ligne, alors qu'elles peuvent atteindre 30-40 % pour certains centres de soins quaternaires.

Les infirmières au triage connaissent la fréquence de chaque mode d'arrivée à leur urgence. La gravité liée à la fois aux cas ambulatoires et aux cas qui arrivent par ambulance comprend tous les niveaux de triage. Il ne faut pas tirer des conclusions sur la gravité en fonction du mode d'arrivée à l'urgence. Il faut écouter attentivement le rapport pré hospitalier et prendre en compte toute l'information donnée par le personnel ambulancier. Toutefois, on s'attend à ce que l'infirmière au triage évalue le patient afin d'en arriver à sa propre évaluation du niveau de gravité de l'état de santé du patient.

Évaluation rapide initiale

Aussitôt que le patient arrive au service d'urgence, l'infirmière au triage devrait faire une évaluation rapide initiale (ou *quick look*), de visu, en réalisant l'évaluation physique primaire (ABCD) ou le triangle d'évaluation pédiatrique (pour les enfants) :

- A** – *Airway* — Voies aériennes
- B** – *Breathing* — Respiration
- C** – *Circulation* — Pouls, circulation
- D** – *Disability (neurological)* — Déficit neurologique-Niveau de conscience

L'examen visuel rapide devrait prendre de trois à cinq secondes. Les techniques pour réaliser cette évaluation sont décrites dans les modules 2 et 3.

Si l'évaluation visuelle révèle un besoin d'intervention immédiate, l'infirmière au triage dirige le patient à l'aire de soins appropriée, puis consigne au dossier l'évaluation rapide et les autres informations pertinentes. Il ne faut jamais retarder la dispensation de soins urgents et nécessaires.

Contrôle des infections

Plusieurs hôpitaux dans le Canada ont des directives précises pour le dépistage des maladies fébriles des voies respiratoires (MFVR) chez tous les patients. Le dépistage peut se faire par enquête verbale (la méthode préconisée) ou par autodéclaration du patient. Si le résultat est positif, des mesures de protection doivent être mises en place selon les dernières informations disponibles dans les bulletins de santé publique, les avis du MOHLTC, de Santé Canada, du Centre for Disease Control, de l'Organisation mondiale de la santé, etc.

Selon la gravité de l'état du patient, le dépistage pour le contrôle des infections peut se dérouler en même temps que l'évaluation rapide initiale ou que le transfert vers une aire de soins.

Assurez-vous de suivre vos politiques provinciales ou de votre établissement pour le dépistage des maladies contagieuses.

Évaluation subjective

L'évaluation subjective se fait à partir des dires du patient en ce qui concerne ses symptômes, ses blessures ou ses malaises. Pour obtenir cette évaluation, il est important d'établir un rapport avec le patient. Recueillez des informations sur l'historique de la raison de consultation et clarifiez toujours le langage et les descriptions utilisés par le patient. (Par exemple : Que signifie « beaucoup de vomissements »?).

Exercices

Donnez des exemples de questions qui pourraient être posées afin d'obtenir des informations concernant les raisons de consultation suivantes, qui sont couramment rencontrées :

Céphalée :

Douleur thoracique :

Dyspnée :

Ne se sent pas bien :

Douleur à l'abdomen :

Douleur dorsale :

Douleur
musculosquelettique :

Autres

Évaluation objective

L'évaluation objective aide à déterminer les niveaux de gravité des patients en se basant sur des indicateurs observables tels que : les blessures, les éruptions cutanées, les saignements, la toux, etc., et en vérifiant et colligeant les signes vitaux, le niveau de douleur, le mécanisme de blessure et autres modificateurs tels que la glycémie. L'évaluation détaillée « de la tête aux pieds » est réalisée plus tard par l'infirmière de l'urgence dans l'aire de soins.

La décision de triage

Sur la base de l'évaluation rapide initiale et des évaluations subjectives et objectives, l'infirmière au triage attribuera un niveau de priorité qui répondra à la question suivante :

« Quel est le niveau de priorité (d'urgence) pour que ce patient soit vu? »

Les niveaux de l'ÉTG placent les patients dans des catégories en fonction de la gravité de leur état. Il peut y avoir plus d'un patient d'un même niveau de l'ÉTG qui est en attente. Ainsi, à l'intérieur de chaque niveau, la priorisation du patient qui a le plus urgemment besoin d'être vu par le médecin repose sur le jugement de l'infirmière au triage.

Les files d'attente

L'objectif est de trier les patients dans les 10 à 15 minutes de leur arrivée. Si une file d'attente se forme au triage, assurez-vous d'examiner la file pour y repérer les patients qui sont gravement atteints ou blessés et priorisez-les en conséquence. Demeurez calme et demandez de l'aide au besoin.

Patients en salle d'attente

Informez le patient et les aidants naturels des étapes à venir. Demandez à chaque patient/accompagnateur d'informer l'infirmière au triage si son état change.

Au cours des dernières années, les temps d'attente à l'urgence ont connu une augmentation liée à l'augmentation du nombre de patients et de la complexité des cas, de même qu'à la difficulté de trouver des lits pour les patients admis. Selon les politiques de l'établissement et les ordonnances collectives en place, il se pourrait que l'infirmière au triage doive :

- Initier des mesures diagnostiques.

- Soulager les symptômes
- Donner des analgésiques
- Poursuivre les soins aux patients qui arrivent par ambulance.

Si le nombre de patients devient excessif, il est important de demander de l'aide.

Pour votre considération

En tant qu'infirmière au triage, que feriez-vous si vous aviez cinq patients de niveau 3 en attente?

Notes :

Réévaluations dans les aires d'attente

Tous les patients en attente devraient être réévalués à l'intérieur des délais suivants :

Niveau 1 – Soins infirmiers continus

Niveau 4 – Aux 60 minutes

Niveau 2 – Aux 15 minutes

Niveau 5 – Aux 120 minutes

Niveau 3 – Aux 30 minutes

La fréquence de la réévaluation dépend de la raison de consultation, du niveau de triage attribué initialement et des changements identifiés par le patient. **L'infirmière au triage documente** les conclusions de la réévaluation et **tous changements** dans la cote de gravité du patient, toutefois, la cote initiale de triage n'est jamais modifiée.

Avec chaque réévaluation l'infirmière au triage doit déterminer :

« Combien de temps ce patient peut-il attendre de façon sécuritaire? »

Notes:

MODULE DEUX – Utilisation de l'ÉTG

2.1 Le processus du triage

Le processus de triage est une évaluation rapide qui se fait en quatre étapes incluant le processus décisionnel. Il y a aussi une 5^{ème} étape qui est celle du dépistage pour les maladies contagieuses. La plupart des patients peuvent être assignés à un niveau de triage après une évaluation visuelle rapide, la raison de la consultation (incluant l'anamnèse), et le mesure des signes vitaux. Il est approprié de limiter l'évaluation en fonction de la sévérité de notre première impression. Dans une minorité de patients, il faut parfois avoir une histoire et un examen plus détaillés pour pouvoir assigner un niveau de l'ÉTG.

2.2 Les niveaux de priorité selon l'ÉTG

Les cinq niveaux de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité sont :

Niveau 1	- Réanimation
Niveau 2	- Très urgent
Niveau 3	- Urgent
Niveau 4	- Moins urgent
Niveau 5	- Non urgent

Niveau 1 selon l'ÉTG - Réanimation

Le niveau de priorité 1 s'applique lorsqu'il y a « des conditions qui menacent la vie ou l'intégrité d'un membre (où il y a un risque imminent de détérioration) requérant des interventions «agressives ». Les patients de niveau 1 se présentent avec des signes apparents de détresse et des signes vitaux instables. Ils sont à risque immédiat de détérioration requérant des interventions agressives immédiates. Ils ne requièrent pas d'évaluation supplémentaire. Certains exemples sont :

- Arrêt cardiaque;
- Arrêt respiratoire;
- Trauma majeur (en état de choc);
- Dyspnée (détresse sévère des voies respiratoires);
- Altération du niveau de conscience (inconscient, Échelle de Glasgow 3-9).

Exemple de cas de niveau 1 selon l'ÉTG : Raison de consultation selon le SIGDU – Arrêt cardiaque : Une femme de 68 ans arrive ambulante à l'urgence et rapporte à l'infirmière au triage qu'elle souffre de douleurs thoraciques et de dyspnée depuis 4 heures. Tout à coup, la patiente s'affaisse brusquement au sol. Elle est sans pouls et ne respire pas.

Notes :

Niveau 2 selon l'ÉTG – Très urgent

Le niveau de priorité 2 s'applique lorsqu'il y a « des conditions qui représentent une menace potentielle pour la vie, l'intégrité d'un membre ou d'une fonction et requérant une intervention médicale rapide » de la part d'un médecin ou l'exécution d'actes délégués. Des exemples de cas de niveau 2 incluent :

- Dyspnée (détresse modérée des voies respiratoires);
- Vomissements de sang (étourdissement lorsqu'assis)
- Hypertension (TAS > 220 ou TAD > 130 avec symptômes);
- Altération du niveau de conscience (Échelle de Glasgow 10-13).
- Fièvre (température > 38,5°C, semble être septique);
- Douleur thoracique angineuse;
- Douleur thoracique non angineuse (douleur déchirante)
- Douleur abdominale (douleur sévère 8-10/10);
- Céphalée (soudaine, sévère, la pire jamais connue);
- Trauma majeur contondant, sans blessure évidente (piéton heurté par une voiture);

Il est important de procurer une attention médicale rapide puisque le patient de niveau 2 peut se détériorer rapidement et requérir des soins de réanimation.

Exemple de cas de niveau 2 selon l'ÉTG : Raison de consultation selon le SIGDU – Douleur thoracique angineuse. Un homme de 52 ans arrive au DU mentionnant qu'il a eu une grosse douleur région thoracique substernal qui a duré une heure, mais en ce moment résolue. Signes vitaux : Resp : 20, Hr : 68; TA : 132/78.

Notes :

Niveau 3 selon l'ÉTG – Urgent

Le niveau 3 s'applique lorsqu'il y a des « conditions qui pourraient potentiellement s'aggraver de manière à requérir une intervention d'urgence. La condition peut s'accompagner d'un inconfort significatif ou affecter la capacité de travailler ou d'accomplir certaines activités de la vie quotidienne ». Les signes vitaux sont habituellement normaux ou aux limites de la valeur normale. Ces patients ont un réel potentiel de détérioration, mais il arrive souvent que ces patients soient assignés dans la salle d'attente du DU en raison de surpeuplement du service. En voici quelques exemples :

- Dyspnée légère (détresse respiratoire légère);
- Hypertension (TAS > 220 ou TAD > 130 sans symptômes);
- Vomissements et/ou diarrhée (déshydratation légère)
- Douleur abdominale (douleur modérée 4-7/10);
- Douleur abdominale (douleur modérée 4-7/10)
- Céphalée (douleur modérée 4-7/10);

Exemple de cas de niveau 3 selon l'ÉTG : Raison de consultation selon le SIGDU – Douleur abdominale : Un homme de 62 ans se présente à l'urgence se plaignant de douleur abdominale au quadrant inférieur gauche. Il indique que la douleur est de 5/10 et que celle-ci s'est aggravée au cours de 12 dernières heures. Ses signes vitaux sont stables, mais sa fréquence cardiaque est de 100/min et sa température est de 37,6°C.

Notes :

Niveau 4 selon l'ÉTG – Moins urgent

Le niveau 4 s'applique lorsqu'il y a des « conditions qui relèvent de l'âge du patient, de la détresse ou d'un potentiel de détérioration pour lesquelles le patient pourrait recevoir une intervention ou des conseils dans un délai d'une à deux heures ». Les exemples incluent:

- Confusion (chronique, pas de changement de l'état normal);
- Problèmes/symptômes d'infection urinaire basse (IUB), dysurie légère;
- Constipation (douleur légère < 4/10);

Exemple de cas de niveau 4 selon l'ÉTG : Raison de consultation selon le SIGDU – Lacération : Un manutentionnaire de 35 ans se présente à l'urgence de façon ambulatoire avec une lacération de 3 cm sur la paume de sa main droite, causée par un couteau tout usage qu'il utilisait pour découper des boîtes. La blessure nécessite des sutures, le saignement est contrôlé. Sa cote de douleur est de 3/10.

Notes :

Niveau 5 selon l'ÉTG – Non urgent

Le niveau 5 s'applique lorsqu'il y a des « conditions qui peuvent être aiguës, mais non urgentes ou relever d'un problème chronique avec ou sans évidence de détérioration. L'investigation ou des interventions pour certains de ces problèmes pourraient être retardées ou même être effectuées dans d'autres services de l'établissement ou un autre service de soin de santé. Des exemples de cas de niveau 5 incluent :

- Diarrhée (légère, pas de déshydratation);
- Morsures mineures (+/- douleur légère < 4);
- Changement de pansement (non compliqué);
- Demande de renouvellement d'ordonnance;

Exemple de cas de niveau 5 selon l'ÉTG : Raison de consultation selon le SIGDU – Changement de pansement – Un patient âgé de 34 ans se présente en demandant un changement de pansement. Aucun autre problème n'est identifié.

Notes :

Catégories du SIGDU	
Cardiovasculaire	Gynéco-obstétrique
ORL – oreille	Ophtalmologie
ORL – bouche, gorge, cou	Orthopédie
ORL – nez	Respiratoire
Environnement	Tégument (Peau)
Gastro-intestinal	Intoxication
Génito-urinaire	Traumatisme
Santé mentale & troubles psychosociaux	Général et mineur
Neurologique	

Une liste détaillée des raisons de consultation du SIGDU, classées par catégorie, apparaît à l'Annexe B. Veuillez noter que les exemples donnés ci-avant pour chacun des niveaux de l'ÉTG sont des raisons de consultations tirées de la liste du SIGDU.

Veuillez identifier la raison de consultation appropriée, à partir de la liste du SIGDU, pour les situations suivantes :

Raison de consultation	Raison de consultation du SIGDU
1. Un homme de 75 ans se plaint que sa force et sa capacité ambulatoires ont décliné et qu'il dort continuellement.	
2. Un homme de 42 ans est retrouvé au sol inconscient. Il est en détresse respiratoire modérée et sa peau est pâle, froide et moite.	
3. Une femme de 18 ans qui a été trouvée assise dans le garage de son domicile, la porte fermée et le moteur de la voiture en marche. Elle ne veut pas établir de contact avec les yeux et ne répond pas aux questions de l'infirmière au triage, mais coopère par ailleurs.	
4. Un patient revient à l'urgence pour un examen par IRM.	
5. Une femme de 68 ans se présente avec une douleur sévère au thorax et une dyspnée qui dure depuis 4 heures.	
6. Une femme de 28 ans, qui en est à sa 8 ^e semaine de grossesse, consulte pour un saignement vaginal et des douleurs abdominales.	
7. Une femme de 30 ans est impliquée dans une collision d'une automobile impliquant un seul véhicule. Elle se plaint d'une douleur au cou et d'une vague douleur abdominale. Il n'y a pas de perte de conscience et elle est éveillée et parle.	

8. Une femme de 66 ans se plaint d'une douleur aiguë à la tête avant de s'effondrer. Elle est en convulsions lorsqu'on l'amène.	
9. Une femme de 17 ans a des démangeaisons partout et se plaint d'une gorge enflée, mais est capable d'avaler. Sa respiration est laborieuse et elle se sent étourdie. Son visage est enflé, recouvert d'une éruption cutanée rouge.	
10. Une femme de 24 ans se plaint de douleurs abdominales et rapporte qu'elle a eu des rapports sexuels non protégés il y a deux mois.	

2.3 Détermination du niveau de priorité selon l'ÉTG

La sélection de la raison de consultation, avec l'information prise avec l'évaluation visuelle rapide et en plus de l'information reçue d'un patient stable vont permettre à l'infirmière du triage de sélectionner un modificateur pertinent pour attribuer un niveau de ÉTG approprié.

Dans certains cas, votre évaluation peut se faire rapidement déterminer la raison de consultation et le niveau de priorité selon l'ÉTG. Ceci est fréquent dans le cas d'un patient dont l'état est très grave (ÉTG 1, réanimation et ÉTG 2, très urgent) qui arrive dans un état sérieux de maladie ou de blessure, pouvant menacer leur vie. Par exemple, le patient qui a des convulsions actives lors du triage est un niveau 1 et le patient qui a de la douleur thoracique angineuse est un niveau 2 (pourvu qu'il ne soit pas en état de choc ou en détresse sévère des voies respiratoires). Aucune information supplémentaire n'est requise pour la prise de décision au triage.

Dans la plupart des cas, la situation nécessite plus d'information pour déterminer le niveau selon l'ÉTG. Cette information est systématiquement organisée en tant que modificateurs de premier et de deuxième ordre.

Les modificateurs fournissent des informations additionnelles sur la gravité de l'état de santé et permettent d'attribuer le niveau de priorité approprié selon l'ÉTG.

Les modificateurs de premier ordre sont largement applicables à la majorité des raisons de consultation du SIGDU et sont priorisés de la manière qui suit :

L'évaluation physique primaire utilise l'évaluation visuelle et est complétée, au besoin, par les signes vitaux.

Détresse respiratoire.....**Airway**
.....**Breathing**
État hémodynamique..... **Circulation**
Niveau de conscience..... **Disability**
Température

Les éléments de **l'évaluation physique secondaire** sont alors considérés et appliqués tel qu'indiqué.

Niveau de la douleur
Troubles de la coagulation
Mécanisme de blessure

Les modificateurs de deuxième ordre s'appliquent spécifiquement à un nombre limité de raisons de consultation et sont généralement appliqués après avoir déterminé la raison de consultation et après s'être assuré que les modificateurs de premier ordre n'attribuent pas un niveau de gravité plus élevé au patient (type 1). Toutefois, pour certaines raisons de consultation, les modificateurs de deuxième ordre seront les principaux indicateurs de la gravité puisque les modificateurs de premier ordre ne s'appliquent pas (type 2).

Les modificateurs de deuxième ordre seront présentés en détail au Module 4.

Lorsque les modificateurs sont appliqués, la liste du SIGDU prend de l'expansion et comprend plus de 650 variantes associées aux niveaux de gravité de l'ÉTG. L'objectif est de se donner un langage commun pour la documentation des raisons principales de consultation.

Notes :

2.4 Modificateurs de premier ordre

Les *modificateurs* de premier ordre incluent les modificateurs se rapportant aux signes vitaux (détresse respiratoire, stabilité hémodynamique, niveau de conscience et température) de même que les modificateurs liés à l'évaluation physique (niveau de la douleur, troubles de la coagulation et mécanisme de blessure). Les modificateurs pour les signes vitaux reflètent le mieux l'impression obtenue par l'infirmière au triage lors de l'évaluation visuelle. Ce sont ces modificateurs qui devraient être considérés et appliqués en premier pour aider à déterminer le niveau de priorité du patient.

2.6.1 Modificateurs de premier ordre applicables à l'Étape 1 (signes vitaux)

Détresse respiratoire

Au moment de recueillir les antécédents, l'infirmière au triage observe la respiration du patient pour évaluer l'effort respiratoire, la fréquence respiratoire, l'amplitude respiratoire, l'utilisation de muscles accessoires, l'inspiration, la coloration de la peau et la position que prend le patient pour faciliter l'effort respiratoire. L'infirmière écoute aussi pour déceler des bruits respiratoires des voies aériennes tels que le stridor, la toux, les sibilances ou les crépitements. Le niveau de détresse respiratoire désigne un niveau de l'ÉTG, tel qu'on le voit au tableau. L'utilisation des mesures de SaO² pour différencier les niveaux de détresse respiratoire permet une lecture exacte et suppose une SaO² normale pour les personnes en bonne santé. Pour les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique, il faut se fier davantage sur d'autres signes de détresse respiratoire.

Niveau de détresse	Saturation en O ²	DEP	Niveau de l'ÉTg
Sévère : Fatigue causée par un travail respiratoire excessif, cyanose, discours monosyllabique, incapacité de parler, obstruction des voies aériennes supérieures, léthargie ou confusion, intubé ou nécessitant de l'assistance respiratoire.	< 90 %		1
Modéré : Travail respiratoire accru, parle en phrases courtes ou coupées, stridor significatif ou qui s'aggrave, voies aériennes protégées.	< 92 %	< 40 %	2
Léger : Dyspnée, tachypnée, dyspnée à l'effort, pas de signe apparent de travail respiratoire excessif, capable de parler en phrases complètes, stridor sans obstruction apparente des voies aériennes.	92 % à 94 %	40 % à 60 %	3
Aucun	> 94 %		4, 5

Une spirométrie ne devrait pas retarder le traitement ou l'évaluation, toutefois, une évaluation subjective des asthmatiques sous-estime habituellement le niveau de gravité. Si le débit expiratoire de pointe (DEP) est utilisé au triage dans votre établissement, les mesures et les niveaux de gravité correspondants (chez les adultes) devraient déclencher une intervention appropriée.

Vous devriez :

- Répéter le DEP.
- Notez que ni le DEP, ni le VEMS ne sont utiles chez les patients ayant des MPOC.
- Utiliser des tableaux propres à chaque sexe et à la race.
- Utiliser un DEP de référence pour calculer le pourcentage prédit.

Adaptation tirée de : Murray, M., Bullard, M., Grafstein, E. & CEDIS National Working Group. *Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines*. Can J Emerg Med 2004;6(6): 421-7

Stabilité hémodynamique

Le statut hémodynamique du patient est évalué pendant le relevé de ses antécédents médicaux. La couleur, la température et la moiteur de la peau sont des signes qui aident à suivre l'évolution du patient et à différencier entre les états de choc, d'hypoperfusion et d'instabilité hémodynamique. Une façon efficace d'évaluer la perfusion est de prendre le pouls radial du patient. La fréquence et la qualité du pouls peuvent être utilisées pour évaluer le débit cardiaque. La température de la peau et la présence/absence de diaphorèse – chaude et sèche versus froide et moite, peut aider l'infirmière à évaluer l'état hémodynamique du patient. La couleur et l'hydratation de la peau, des yeux et des membranes muqueuses peuvent aussi aider dans l'évaluation de l'hydratation et de la perfusion.

Finalement, des lectures de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle sont recueillies pour quantifier l'évaluation de l'état hémodynamique. Afin d'attribuer à un patient une cote de 4 ou 5 selon l'ÉTG, la pression artérielle et la fréquence cardiaque doivent être dans des limites normales selon l'âge. Une cote de 3 selon l'ÉTG indique que la pression artérielle et la fréquence cardiaque du patient sont à l'intérieur des limites normales, mais qu'elles sont aux limites supérieures ou inférieures du normal, sans signes d'instabilité hémodynamique.

L'objectif de l'infirmière au triage est de reconnaître les signes de perfusion altérée indiquant des états sérieux ou menaçant la vie, tels que décrits au tableau qui suit :

État hémodynamique	Niveau de l'ÉTG
Choc : Signes d'hypoperfusion périphérique : pouls faible ou filiforme, hypotension, tachycardie ou bradycardie significative, niveau de conscience diminué. Peut également paraître rougeaud, fébrile, toxique, comme dans le cas d'un choc septique.	1
Instabilité hémodynamique : signes de perfusion limitée : tachycardie inexplicable, hypotension posturale (selon antécédents), ou hypotension soupçonnée (pression artérielle plus basse que la normale ou que la pression attendue pour un patient donné).	2
Signes vitaux aux limites supérieures ou inférieures de la norme dans le contexte de la raison de consultation, particulièrement si ceux-ci diffèrent des normes habituelles pour le patient en question.	3
Signes vitaux normaux	4,5

Adaptation tirée de : Murray, M., Bullard, M., Grafstein, E. & CEDIS National Working Group. *Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines*. Can J Emerg Med 2004;6(6): 421-7

Notes :

Niveau de conscience

L'évaluation du niveau de conscience lors du triage fournit de l'information importante concernant la fonction neurologique. La quantification de la fonction neurologique se fait aisément au triage en utilisant la cotation de l'échelle de Glasgow qui a été élaborée pour les patients qui se présentent avec un traumatisme crânien. Les traumatismes sont catégorisés au triage en tant que :

- Niveau 1 – inconscient : échelle de Glasgow 3-9
- Niveau 2 – conscience altérée : échelle de Glasgow 10-13
- Niveau 3 – conscience normale : échelle de Glasgow 14-15

Les patients souffrant de démence, de déficience cognitive ou d'un dysfonctionnement neurologique chronique rendent l'utilisation de l'échelle difficile. Tentez de déterminer le niveau de fonctionnement de base (*baseline function*) et évaluez si le fonctionnement du patient diffère de ce qui est normal pour lui. Voir l'Annexe C pour un rappel comment utiliser l'échelle de Glasgow.

État – Niveau de conscience	Échelle de Glasgow	Niveau selon l'ÉTG
Inconscient : incapable de protéger ses voies aériennes ou détérioration progressive du niveau de conscience	3 – 9	1
Niveau de conscience altéré : perte du sens de l'orientation personne/espace/temps; déficience nouvelle au niveau de la mémoire récente; épisode nouvelle de confusion; agitation	10 – 13	2
Normal : d'autres modificateurs sont utilisés pour définir le niveau de gravité selon l'ÉTG	14 - 15	3, 4 ou 5

Adaptation tirée de : Murray, M., Bullard, M., Grafstein, E. & CEDIS National Working Group. *Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines*. Can J Emerg Med 2004;6(6): 421-7

Température

On définit la fièvre comme étant une température se situant à 38°C chez les patients adultes de plus de 16 ans. On évalue si la température est élevée dans le contexte de la raison de consultation. Par exemple, les patients qui sont immunosupprimés sont plus susceptibles de devenir septiques.

Soyez à l'affût de signes de sepsis chez les patients qui font de la fièvre. Pour aider les infirmières à identifier les patients qui font une sepsis ou sepsis sévère, les signes de réaction inflammatoire systémique (*systemic inflammatory response (SIRS)*) ont été incorporés aux définitions des modificateurs liés à la fièvre (voir le tableau ci-après).

Définitions :

1. *SIRS* est la réaction inflammatoire systémique à une gamme d'agressions cliniques sévères. La réaction se manifeste par 2 ou plus des critères suivants : température > 38°C ou < 36°C; fréquence cardiaque > 90 battements/minute; fréquence respiratoire > 20 respirations/minute ou PaCO₂ < 32 torr (< 4.3 kPa); globules blancs > 12000 cells/mm³, < 4000 cellules/mm³ ou > 10 % formes immatures (Bands ou Stabs).
2. La sepsis se définit comme étant une réponse systémique à l'infection, qui se manifeste par 2 ou plus des critères *SIRS* résultant d'une infection.
3. La sepsis sévère se définit comme étant une sepsis associée à la défaillance d'un ou de plusieurs organes, de l'hypoperfusion ou de l'hypotension; les anomalies d'hypoperfusion et de perfusion peuvent comprendre, sans y être limitées : l'acidose lactique, l'oligurie ou une altération sévère de l'état de conscience.

Fièvre > 38° (âge > 17)	Niveau selon l'ÉTG
Immunosupprimé – neutropénie (ou neutropénie soupçonnée), chimiothérapie ou prenant des médicaments immunosuppresseurs incluant les stéroïdes.	2
Semble septique – a 3 critères <i>SIRS</i> positifs ou un état hémodynamique altéré, de la détresse respiratoire modérée ou un niveau de conscience altéré.	2
Ne semble pas bien – a 1 ou 2 critères <i>SIRS</i> positifs, mais semble malade (teint rougeâtre, léthargique, anxieux ou agité)	3
Semble bien – la fièvre est le seul critère <i>SIRS</i> positif et le patient semble confortable et n'est pas en détresse	4

Adaptation tirée de : M., Unger B, Spence J, Grafstein E. *Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines*. Can J Emerg Med 2008;10(2);136-142

Tout patient pour lequel on soupçonne un processus infectieux et se présentant avec une détresse respiratoire modérée, un état hémodynamique altéré ou un niveau de conscience altéré devrait automatiquement se voir attribuer une cote de niveau 2 au triage; et selon les signes de dysfonctionnement circulatoire, respiratoire ou du SNC, celui-ci devrait être considéré comme un cas de sepsis sévère et le traitement devrait être dûment administré. Pour les patients qui ne rencontrent pas ces critères, les seuls critères *SIRS* généralement disponibles au triage sont : température < 36°C ou > 38°C, fréquence cardiaque > 90 battements/minute, et fréquence respiratoire > 20 respirations/minute. Les patients ayant tous les trois critères *SIRS* positifs de même que des signes d'infection et qui ne se sentent pas bien, devraient se voir attribuer un niveau 2 et des soins rapides. Les patients ayant < 3 critères *SIRS* positifs, de même que des signes d'infection et qui ne se sentent pas bien, devraient se faire attribuer un niveau de priorité 3. Les patients qui se sentent bien et qui ont la fièvre comme seul critère *SIRS*, ou une fièvre documentée avant la visite à l'urgence, sont de niveau 4.

Notes :

2.4.2 Modificateurs de premier ordre

Gravité de la douleur

L'évaluation de la douleur est un déterminant important de la gravité au triage, après s'être assuré, au préalable, que des signes vitaux anormaux n'octroient pas déjà au patient un niveau de priorité de 1 ou de 2. La gravité de la douleur est mesurée pour aider dans l'identification rapide de symptômes liés à une maladie/blessure sérieuse et pour aider à efficacement contrôler les symptômes. Pour les fins du triage, la douleur est catégorisée par sa gravité, sa localisation et sa durée.

Une douleur centrale origine d'une cavité corporelle (tête, thorax, abdomen) ou d'un organe (yeux, testicules, compartiment creux des tissus mous) et peut être associée à un état qui menace la vie ou l'intégrité d'un membre. La douleur périphérique origine dans la peau, les tissus mous, le squelette axial ou les organes superficiels, là où il y a moins de risque de passer à côté d'un diagnostic d'état dangereux.

**L'unique mise en garde est : 'Si un patient se présente avec une douleur localisée à un endroit du corps qui est traditionnellement considéré comme périphérique, mais que l'infirmière soupçonne la présence d'une condition menaçant la vie ou l'intégrité d'un membre (par exemple : fasciite nécrosante), alors la douleur devrait être cotée comme une douleur centrale».

La douleur aiguë est une douleur qui est apparue récemment < 1 mois (Thienhaus, 2002) et elle est plus susceptible de se montrer dangereuse (avant l'investigation en vue d'un diagnostic) que ne l'est une douleur chronique.

La douleur chronique est un syndrome de la douleur facilement reconnaissable. Si le patient se plaint d'une douleur sévère ou chronique avec accompagnement de signes subjectifs et objectifs, le motif du niveau de triage sera considéré sévère.

La décision d'attribuer une cote de l'ÉTG en fonction de la douleur est une combinaison de :

- La description de la gravité de la douleur, selon l'échelle de 10 points de Likert, telle que rapportée par le patient – légère, modérée, sévère
- La localisation/risque de la douleur – centrale ou périphérique
- La durée/les caractéristiques de la douleur – aiguë ou chronique
- L'évaluation subjective que fait l'infirmière de la réaction du patient à la douleur (par exemple : le niveau de détresse démontré par le patient) et de la réaction physiologique du patient à la douleur.

Vous devez noter à la fois la description rapportée par le patient et votre évaluation finale de la gravité de la douleur. Veuillez noter que plusieurs patients diront que leur douleur est légère ou modérée, mais il se peut que vous observiez un niveau de détresse plus élevé. Votre évaluation de la réaction à la douleur est donc un élément clé.

Gravité de la douleur et cote de douleur*	Localisation de la douleur	Douleur aiguë vs douleur chronique	Niveau selon l'ÉTG
Sévère Cote 8-10	Centrale	Aiguë Chronique	2 3
	Périphérique	Aiguë Chronique	3 4
Modérée Cote 4-7	Centrale	Aiguë Chronique	3 4
	Périphérique	Aiguë Chronique	4 5
Légère Cote 1-3	Centrale	Aiguë Chronique	4 5
	Périphérique	Aiguë Chronique	5 5

Adaptation tirée de : Murray, M., Bullard, M., Grafstein, E. & CEDIS National Working Group. *Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines*. Can J Emerg Med 2004;6(6): 421-7

Troubles de la coagulation

Les patients ayant un trouble de saignement qui se présentent à l'urgence avec des saignements majeurs ou modérés doivent rapidement recevoir un traitement avec des facteurs de remplacement. Ceci s'applique aux patients ayant des troubles congénitaux de la coagulation et des déficiences importantes des facteurs qui ont habituellement besoin d'un traitement rapide par facteurs de remplacement. Cette catégorie inclut également les patients qui prennent des anticoagulants ou qui souffrent d'une maladie sévère du foie avec des temps de Quick ou de thromboplastine partielle prolongés et qui sont à risque d'hémorragie massive et qui peuvent nécessiter une intervention rapide. L'administration du traitement par remplacement rapide des facteurs prend préséance sur les investigations.

Des modificateurs ont été élaborés en collaboration la Société canadienne de l'hémophilie.

Des exemples de saignements menaçant la vie ou l'intégrité d'un membre vs des saignements modérés/mineurs se trouvent dans le tableau qui suit.

Saignements qui menacent la vie ou l'intégrité d'un membre	Saignements modérés/mineurs
Niveau 2	Niveau 3
Tête (intracrânien) et cou	Nez (épistaxis)
Thorax, abdomen, bassin, colonne vertébrale	Bouche (incluant les gencives)
Saignement vaginal massif	Articulations (hémarthrose)
Muscle psoas-iliaque et hanche	Ménorragie
Compartiments musculaires des membres	Abrasion et lacérations superficielles
Fractures et dislocations	
Lacérations profondes	
Tout saignement non contrôlé	

Adaptation tirée de : Bullard, M., Unger B, Spence J, Grafstein E. *Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines*. Can J Emerg Med 2008;10(2);136-142

Bien que le nombre de patients à l'urgence ayant des troubles de la coagulation congénitaux ou acquis est limité, ces modificateurs sont applicables à tous les cas de trauma selon le SIGDU ainsi qu'à tous les cas sans trauma qui traitent de saignements; d'où la décision de prendre en considération ces modificateurs de 1^{er} ordre.

L'objectif visé par l'identification des patients ayant des troubles de coagulation est de fournir un traitement immédiat remplacement des facteurs déficients aux cas de saignements majeurs (objectif < 30 minutes) et de rapidement amorcer le remplacement de facteurs pour les cas de saignements mineurs ou modérés (objectif < 1 heure).

Certains de ces patients peuvent détenir une carte *Facteur d'abord* (pour hémophile et patient avec la maladie Von Willbrand's) ou une carte *Traitement d'abord* (pour patients avec un trouble de coagulation rare) disponible au : <http://www.hemophilia.ca/en/11.7.php> [Anglais] et <http://www.hemophilia.ca/fr/> [Français]) et qui inclut des recommandations personnalisées de soins.

La classification et les cibles pour l'infusion d'un concentré de complexes de prothrombine ou de plasma congelé pour les patients ayant un trouble de la coagulation acquis sont les mêmes. Seuls les patients avec des RINs ou des temps de céphaline (*PTT*) dangereusement élevés présentent le même risque de saignement que les hémophiles. Pour ceux-ci, le traitement est un concentré de complexes de prothrombine, du plasma frais congelé et/ou de la vitamine K (à déterminer par le médecin).

Mécanisme de blessure

Vous devez évaluer et documenter le mécanisme de blessure (MDB) pour tous les patients ayant des blessures/symptômes/raisons de consultation liés à un trauma. Ceci s'applique à la gamme des traumas, de la collision à impact violent en véhicule automobile aux traumas mineurs tels qu'une entorse à la cheville. Cette information aide l'infirmière au triage à déterminer « quelle quantité d'énergie ou de force » a été appliquée aux structures corporelles et aux organes du patient.

Plus la force énergétique est grande (par exemple : un tonneau en véhicule moteur, une chute de plus de 6 mètres), plus les blessures risquent d'être sévères.

Pour les patients qui se présentent à l'urgence suivant un trauma, le MDB est une pièce d'information clé pour le triage. Le mécanisme de blessure décrit comment l'énergie a été transférée de l'environnement (un véhicule qui rentre en collision avec un poteau de téléphone ou le patient qui atterrit sur un plancher de béton au pied d'un escalier) au patient.

La vitesse à laquelle un véhicule circulait, la distance sur laquelle une personne a été projetée et la position dans laquelle elle a été retrouvée au moment de l'événement peuvent aider à déterminer si le mécanisme est à impact élevé ou faible, de même que la direction dans laquelle la force a été appliquée. À partir de ses connaissances anatomiques et cinétiques, l'infirmière peut estimer où l'énergie a été transférée et aider à identifier ou à anticiper des blessures probables.

Lorsqu'elle évalue et documente le MDB, l'infirmière au triage devrait tenter d'obtenir un historique clair de l'incident, y compris la nature et l'étendue du trauma. Les ambulanciers (paramédicaux), le patient ou la famille peuvent aider l'infirmière au triage à dresser un portrait clair de l'incident.

Des questions directes, telles celles qui suivent, sont utiles dans l'évaluation du MDB :

- Combien de marches d'escalier le patient a-t-il dégringolées?
- Sur quel type de surface a-t-il atterri au pied des escaliers? (béton vs plumes)
- Étiez-vous à pied ou en vélo au moment de vous faire frapper? À quelle vitesse la voiture roulait-elle?

Le MDB a été ajouté en tant que modificateur afin d'aider dans l'attribution d'un niveau de priorité selon l'ÉTG.

Le mécanisme de blessure peut augmenter la stratification du risque chez les patients stables. Les patients ayant un mécanisme de blessure à risque élevé se voient attribuer le niveau 2 à l'ÉTG. Des exemples de mécanismes de blessure à risque élevé apparaissent au tableau qui suit.

Notes :

Mécanisme de blessure	Niveau 2 selon l'ÉTG
Trauma général	<p>Collision en véhicule automobile : Éjection d'un véhicule, tonneau, temps de dégagement > 20 minutes, intrusion significative dans l'espace du passager, mort d'un passager dans le même compartiment, impact à > 40 km/h (sans ceinture) ou impact >60 Km/h (avec ceinture)</p> <p>Collision en moto : Lorsqu'il y a impact avec une voiture à > 30 km/h, particulièrement si le conducteur a été éjecté de la moto</p> <p>Piéton ou cycliste Renversé ou frappé par un véhicule à > 10 km/h</p> <p>Chute : de > 18 pi (> 6 m)</p> <p>Blessure perforante À la tête, au cou, au torse ou aux extrémités proximales au coude et au genou</p>
Traumatisme crânien	<p>Collision en véhicule automobile : éjection du véhicule, passager qui ne portait pas de ceinture de sécurité qui se frappe la tête sur le pare-brise</p> <p>Piéton : frappé par un véhicule</p> <p>Chute : de 3 pi (1 m) ou 5 marches d'escalier</p> <p>Agression : avec un objet contondant autre qu'un poing ou un pied</p>
Trauma au cou	<p>Collision en véhicule automobile : éjection d'un véhicule, tonneau, haute vitesse (surtout si le conducteur ne portait pas de ceinture de sécurité)</p> <p>Collision en moto</p> <p>Chute : de 3 pi (1 m) ou 5 marches d'escalier</p> <p>Charge axiale à la tête</p>

Adaptation tirée de : Murray, M., Bullard, M., Grafstein, E. & CEDIS National Working Group. *Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines*. Can J Emerg Med 2004;6(6): 421-7
Emergency Nurses Association (2000) *Trauma Nursing Core Course Manual 5^e ed.*

2.5 Modificateurs de deuxième ordre

Les modificateurs de deuxième ordre sont spécifiques à un nombre limité de raisons de consultation.

- Ils peuvent être requis pour suppléer les modificateurs de 1^{er} ordre afin d'assurer que le patient soit assigné à une cote d'acuité appropriée.
- Ils peuvent être absolument requis pour assigner un niveau ÉTG pour des patients qui se présentent avec certaines plaintes quand les modificateurs de 1^{er} ordre sont irrelevants ou totalement inadéquat pour déterminer l'acuité.

Exemples :

- Niveau de glycémie
- Degré de déshydratation

2.5.1 Niveau de glycémie

Historiquement la mesure du niveau glycémique ne faisait pas partie du processus de triage. Toutefois, celle-ci est devenue nécessaire avec l'augmentation des temps d'attente, même pour les patients les plus urgents. Le niveau de glycémie est un modificateur de deuxième ordre pour les patients qui font du diabète et/ou dont la raison de consultation est liée à un niveau de glycémie anormal. Mesurer la glycémie peut être important dans la détermination d'un niveau au triage. Ce modificateur de 2^e ordre de type 1 s'applique aux raisons de consultation suivantes : hyperglycémie, hypoglycémie, niveau de conscience altéré et confusion.

Les nourrissons et jeunes enfants ont un niveau de référence de base élevé en ce qui a trait à leurs rythmes métaboliques. Toute interruption à leur apport nutritif ou toute demande accrue, telle que la fièvre ou l'hypothermie, peut entraîner une hypoglycémie qui est cliniquement significative.

Mesurez la glycémie chez les patients qui sont assez stables pour pouvoir subir une évaluation complète au triage, qui ont un niveau de conscience altéré, des convulsions,

un comportement altéré ou qui sont des diabétiques reconnus; puisque les lectures du niveau de glycémie peuvent aider à déterminer le niveau de gravité au triage.

Niveau de glycémie	Symptômes	Niveau selon l'ÉTG
< 3mmol/L	Confusion, diaphorèse, changements comportementaux, convulsions, nourrisson < 1 an, déficits focaux aigus	2
	Aucun	3
> 18mmol/L	Dyspnée, déshydratation, tachypnée, soif, polyurie, faiblesse	2
	Aucun	3

Adaptation tirée de : Murray, M., Bullard, M., Grafstein, E. & CEDIS National Working Group. *Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines*. Can J Emerg Med 2004;6(6): 421-7

2.5.2 Sévérité de la déshydratation :

Pour les patients qui consultent en se plaignant principalement de nausée et/ou de vomissements, de diarrhée ou de faiblesse généralisée, l'infirmière au triage devra, la plupart du temps, envisager d'évaluer la sévérité de la déshydratation ou la déshydratation potentielle, particulièrement si de longues périodes d'attente sont anticipées.

Le tableau qui suit, fournit les définitions des niveaux de sévérité de la déshydratation et indique les niveaux de gravité selon l'ÉTG correspondants.

Ces définitions doivent être appliquées si les modificateurs de 1^{er} ordre n'ont pas déjà désigné une cote de priorité appropriée en fonction de la raison de consultation du patient.

Raisons de consultation SIDGU	Modificateur de 2 ^e ordre	Niveau selon l'ÉTG
Vomissements et/ou nausées; diarrhée; faiblesse générale	Déshydratation sévère : perte marquée de volume avec les signes classiques de déshydratation et signes et symptômes de choc.	1
	Déshydratation modérée : membranes muqueuses sèches, tachycardie, signe du pli cutané (turgor) et diminution de la diurèse.	2
	Déshydratation légère : signes vitaux stables avec des plaintes de soif croissante et d'urine concentrée et une diminution d'apport liquidien ou une augmentation des pertes liquidienne ou les deux.	3
	Déshydratation potentielle : aucun symptôme de déshydratation, mais plainte de perte liquidienne continue ou de difficulté à tolérer les liquides oraux.	4

2.5.3 Hypertension/pression artérielle chez les adultes

La pression artérielle élevée peut aussi permettre de déterminer le niveau de gravité en fonction du niveau d'élévation avec ou sans présence d'autres symptômes. Ce sont des modificateurs de 2^e ordre spécifiques à cette raison de consultation, toutefois, les patients de niveau 2 peuvent aussi se plaindre de douleur thoracique ou de dyspnée comme principale raison de consultation et il peut être davantage indiqué de les évaluer en fonction de ces dernières plaintes. Voir le tableau ci-après.

ADULTE Pression artérielle	Symptômes	Niveau selon l'ÉTG
TAS > 220 ou TAD > 130	avec tout autre symptôme (c.-à-d. céphalée, nausée, dyspnée, douleur thoracique)	2
TAS > 220 ou TAD > 130	avec aucun symptôme	3
TAS 200-220 ou TAD 110-130	avec tout autre symptôme (c.-à-d. céphalée, nausée, dyspnée, douleur thoracique)	3
TAS 200-220 ou TAD 110-130	avec aucun symptôme	4, 5

Adaptation tirée de : Murray, M., Bullard, M., Grafstein, E. & CEDIS National Working Group. *Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines*. Can J Emerg Med 2004;6(6): 421-7

2.5.4 Autres exemples de certains modificateurs de 2^e ordre

Raison de consultation	Modificateur révisé	Niveau selon l'ÉTG
Douleur thoracique non angineuse	autre douleur thoracique significative (déchirante)	2
Faiblesse membre / symptômes d'AVC	délai d'apparition des symptômes < 4.5 heures	2
	> 4.5 heures ou résolue	3
Difficulté à avaler / dysphagie	bave ou stridor	2
	corps étranger possible	3
Blessure au membre supérieur ou au membre inférieur	difformité apparente†	3

† Pour pallier à la crainte que les patients ayant des fractures et ayant une douleur légère/modérée n'attendent trop longtemps

2.6 Normes de qualité standard

L'ÉTG a été développé et mise à jour afin d'assurer que les raisons de consultation appropriées SIGDU puissent être sélectionnées pour la plupart des raisons communes et dangereuses au DU.

Cela assure aussi que les patients avec de dangereuses conditions pourront être identifiés par une infirmière d'expérience qui appliquera l'évaluation visuelle rapide; supporté par une série de signes vitaux dans les modificateurs de 1^{er} ordre; et finalement avec liste de modificateurs de 2^{ème} ordre afin d'aider à assurer que les conditions urgentes soient identifiées à temps et assignées à un niveau ÉTG 2 ou plus élevé pour supporter clairement les DU afin de rencontrer les normes.

2.7 La décision de triage

En résumé, la décision de triage des patients est fondée sur :

- L'évaluation visuelle rapide (*Critical first look*);
- Le contrôle des maladies infectieuses;
- La raison de consultation du SIGDU;
- Les modificateurs de 1^{er} ordre;
 - Signes vitaux (détresse respiratoire, stabilité hémodynamique, niveau de conscience, température);
 - Autres : Échelle de douleur, troubles de la coagulation, mécanisme de blessure;
- Les modificateurs de 2^e ordre;
- Le jugement infirmier (Certains patients peuvent recevoir une cote plus élevée au triage lorsque l'intuition de l'infirmière indique que le patient pose un risque plus élevé).

2.8 Réévaluations dans les aires d'attente

Tous les patients qui attendent d'être vus par le médecin de l'urgence devraient être réévalués à l'intérieur des délais suivants :

Niveau 1 – soins infirmiers continus

Niveau 4 – aux 60 minutes

Niveau 2 – aux 15 minutes

Niveau 5 – aux 120 minutes

Niveau 3 – aux 30 minutes

La fréquence de la réévaluation dépend de la raison de consultation, du niveau de triage attribué initialement et des changements identifiés par le patient. Documentez vos conclusions à la réévaluation et tout changement à leur cote de gravité (qui peut requérir que vous augmentiez leur niveau de priorité), mais ne changez jamais la cote initiale de triage.

2.9 Exercice de groupe – Simulations de cas (Voir les feuillets distribués)

Passez en revue les cas suivants, déterminez un niveau de triage et présentez le raisonnement qui vous y amène.

Lorsque vous passerez en revue les simulations de cas, énumérez au tableau les informations requises pour attribuer un niveau selon l'ÉTG, incluant ce qui suit :

Évaluation rapide initiale -

Raison de consultation du SIGDU/Contrôle des maladies infectieuses –

Données subjectives -

Données objectives -

Modificateur de 1^{er} ordre

A/B -

C -

D –

Temp. -

Douleur/Chronicité –

Trouble de coagulation –

MDB -

Modificateur de 2^e ordre

Niveau selon l'ÉTG –

Notes :

Notes de planification :

MODULE TROIS : La pédiatrie

3.1 Lignes directrices de triage pour les cas pédiatriques

S'appliquent aux :

- Enfants à partir de leur naissance jusqu'à l'adolescence incluse (le groupe d'âge pour les services pédiatriques varie selon les politiques de l'établissement).
- Les individus plus âgés ayant des besoins spéciaux ou ayant des déficiences développementales ou physiques peuvent plus facilement être inclus dans ce groupe (par exemple : paralysie cérébrale, trouble convulsif).
- Une attention particulière doit être accordée aux jeunes qui dépendent d'aides technologiques (par exemple : ventilateur, sonde d'alimentation).

3.2 Comparaison entre le triage adulte et le triage pédiatrique

Pour les visites effectuées à l'urgence par des adultes et des enfants, les composantes suivantes du triage demeurent les mêmes :

- Les cinq niveaux de l'ÉTG et les définitions qui s'y rapportent;
- L'utilisation de la liste des raisons de consultation SIDGU (incluant celle reliée à la pédiatrie);
- Le processus de triage.

L'attribution d'un niveau de priorité au triage est fondée sur l'évaluation visuelle rapide, la raison de consultation retenue, l'application des modificateurs appropriés et les évaluations et jugements cliniques subjectifs et objectifs additionnels.

3.3 Triage à cinq niveaux selon l'ÉTG : exemples pédiatriques

Niveau 1 Réanimation	<ul style="list-style-type: none">• Convulsions (convulse activement)• Inconscient• Trauma majeur• Détresse respiratoire sévère
Niveau 2 Très urgent	<ul style="list-style-type: none">• Déshydratation sévère• Dyspnée (détresse respiratoire modérée) Sat O² < 92 %• Douleur à la gorge avec bave inhabituelle• Avulsion dentaire
Niveau 3 Urgent	<ul style="list-style-type: none">• Convulsions avant la visite à l'urgence, maintenant alerte• Aspiration d'un corps étranger, sans détresse respiratoire• Plaie punctiforme du palais mou• Asthme modéré, Sat O² = 92-94 %• Traumatisme crânien, perte de conscience, mais maintenant alerte (Échelle de Glasgow 14-15)
Niveau 4 Moins urgent	<ul style="list-style-type: none">• Asthme léger, Sat O² 94 %• Lacération, requiert sutures• Traumatisme crânien mineur, sans perte de conscience• Fièvre, non spécifiée (semble bien) [amené à partir de l'école]
Niveau 5 Non urgent	<ul style="list-style-type: none">• Changement de pansement• Renouvellement de prescription• Morsure mineure• Lacération mineure ne requérant pas de sutures

Notes :

3.4 Le processus du triage

Le processus de triage est une évaluation rapide qui se fait en quatre étapes et est le même pour la pédiatrie que pour l'adulte. Il y a aussi la 5^{ème} étape qui est celle du dépistage pour les maladies contagieuses. La plupart des enfants peuvent être assignés à un niveau de triage après une évaluation visuelle rapide, la raison de la consultation (incluant l'anamnèse), et la mesure des signes vitaux. Il est approprié de limiter l'évaluation en fonction de la sévérité de notre première impression. Dans une minorité d'enfants, il faut parfois avoir une histoire et un examen plus détaillés pour pouvoir assigner un niveau de l'ÉTG.

3.5 En quoi le triage pédiatrique diffère-t-il du triage adulte?

Le triage pédiatrique diffère au niveau des méthodes d'évaluation utilisées et au niveau de la méthode d'entrevue. Ces dernières doivent être modifiées pour correspondre aux divers stades du développement de l'enfant et aux symptômes manifestés.

- L'évaluation visuelle rapide est fondée sur le Triangle d'évaluation pédiatrique ou *Paediatric Assessment Triangle (PAT)*, et non sur l'ABCD.
- L'évaluation anatomique et physiologique et les modificateurs diffèrent pour les cas pédiatriques.
- La signification des raisons de consultation/symptômes diffère chez les enfants.
- Les symptômes rapportés ne reflètent pas nécessairement et fidèlement l'état de l'enfant.
- Impact significatif lié à l'âge/état développemental et à des considérations psychosociales.
- Les enfants peuvent consulter plus tardivement dans le processus de la maladie, ce qui requiert une évaluation plus spécifique au triage.
- Les enfants ayant des maladies chroniques ou complexes sont traités dans la communauté ce qui accroît la gravité des cas des enfants qui consultent au DU.

3.6 Considérations spéciales en matière pédiatrique

Les patients pédiatriques sont uniques en raison de leurs différences anatomiques et physiologiques. Pour évaluer avec justesse la physiologie normale selon l'âge, des équipements et tableaux d'évaluation appropriés selon l'âge doivent être disponibles afin d'adéquatement trier les patients pédiatriques.

La réaction d'un enfant à la maladie et/ou à une blessure est influencée par son âge et son stade développemental de même que par les caractéristiques de la maladie/blessure même.

Des facteurs psychosociologiques doivent être pris en compte dans l'évaluation de l'enfant. Des influences sociales, culturelles et familiales peuvent aussi avoir une influence significative sur l'évaluation de l'enfant.

Parmi les circonstances spéciales rencontrées en pédiatrie, on peut retrouver :

- Prématurité
- Anomalies congénitales
- Maladies métaboliques
- Enfants dépendants d'aides technologiques
- Enfants ayant des déficiences développementales
- Mauvais traitements des enfants

3.6.1 Différences anatomiques

Les différences anatomiques chez les patients pédiatriques incluent ce qui suit :

- La tête est relativement plus grande et rend les jeunes enfants susceptibles d'avoir des blessures crâniennes lors de chutes relativement mineures.
- Les voies aériennes sont plus petites et ont davantage tendance à être compromises par un corps étranger, des muqueuses et l'œdème. Les enfants ont tendance à respirer par le nez, ont des langues relativement grosses et des cous mous.
- Les différences au niveau de la respiration incluent des rythmes respiratoires plus élevés, une utilisation accrue des muscles accessoires, un thorax souple et une respiration abdominale.
- La taille plus petite du patient pédiatrique influence également sa réaction/réponse à la maladie ou à une blessure.
- Le poids du patient pédiatrique peut varier de 400 g chez les nouveau-nés à gestation de 26 semaines à plus de 100 kg pour les adolescents. La disponibilité d'une gamme complète d'équipement est essentielle afin d'obtenir une évaluation pédiatrique exacte.

Le poids en kilogrammes est une mesure importante pour guider le traitement et les thérapies.

3.6.2 Différences physiologiques

Les différences physiologiques incluent ce qui suit :

- Un système immunitaire immature ce qui peut accroître le risque de sepsis pour les enfants de moins de trois mois et accroître le risque de bactériémie pour les patients de moins de deux ans.
- Des rythmes métaboliques accrus qui peuvent entraîner une plus forte demande en oxygène (O²) et en glucose de même que des pertes de fluides.
- Surface corporelle ou Body Surface Area (BSA) accrue en comparaison avec le poids, ce qui influence le contrôle de la température et les pertes insensibles telles que la sudation et les rythmes respiratoires.
- Un volume plus faible de sang en circulation par kilogramme de poids corporel ce qui veut dire qu'une petite perte sanguine sera significative chez un jeune enfant.
- Avec un volume de fluide plus élevé (75 à 80 % du poids corporel chez les enfants est du fluide), il est important d'évaluer les enfants pour la déshydratation.
- Les reins ne sont pas capables de concentrer l'urine de façon optimale durant l'enfance ce qui entraîne des flux de 1-2 ml/kg/heure
- La fréquence cardiaque varie selon l'âge. Les nourrissons et les enfants sont incapables d'améliorer le volume d'éjection systolique sans une augmentation compensatoire de la fréquence cardiaque. La bradycardie et l'hypotension sont des signes inquiétants. Un changement dans la fréquence cardiaque est significatif dans le pronostic.

3.7 Psycho-social differences

Âge en années	Choses qu'il aime/n'aime pas
Nourrisson 0 – 1	Aime les câlins, la suce, la musique, être enveloppé dans une couverture.
Tout-petit 1 – 3	Aime les bulles, distrait et joue pendant l'examen, craint la séparation.
Préscolaire 3 – 5	Aime les collants, les jeux pendant l'examen, prend les mots au sens littéral.
D'âge scolaire 5 – 12	Aime être impliqué, toucher le matériel, se faire donner des choix, des explications, craint la douleur et d'être défiguré.
Adolescents 12+	L'image corporelle est importante, l'entrevue se fait seul, être attentif à la consommation excessive de drogues, la dépression, les activités sexuelles, respect de la confidentialité.
Besoins spéciaux	Dépendant d'aides technologiques ou ayant une déficience, fournir du confort, déterminer ce qui est normal pour cet enfant selon la perception/feedback des parents.

Examinez l'apparence générale et le niveau de conscience. Les interactions avec les enfants doivent être établies en fonction du stade de développement et du niveau intellectuel de chaque enfant. On doit prendre soin de ne pas préjuger l'intelligence ou les réactions anticipées en fonction de la taille et/ou de l'apparence de l'enfant. Les enfants ayant des déficiences physiques apparentes telles que la paralysie cérébrale et l'hydrocéphalie peuvent être normaux ou même d'intelligence supérieure. Les enfants trisomiques peuvent avoir des variations importantes au niveau de la parole et du développement social, en passant par ceux qui ont besoin de soins et de protection constants à ceux qui sont capables de vivre de façon autonome.

- Notez la réponse émotionnelle aux stimuli
 - Anxiété, indifférence, incapacité de le consoler peuvent indiquer un niveau de conscience altéré ou réponse/perception altérée à son environnement dues à une maladie systémique ou psychologique.
- Regardez aux interactions entre l'enfant et son soignant
 - Est-ce que l'histoire fait du sens?
 - Ce que vous voyez est pareil à ce que vous entendez?
 - Les enfants avec un handicap et une maladie chronique sont à plus haut risque de maltraitance. Alors, assurez-vous que ce que vous voyez et ce que vous entendez se correspondent.

3.8 L'évaluation rapide initiale – Le triangle d'évaluation pédiatrique

L'étape initiale au triage est l'évaluation visuelle rapide. Ceci peut faire appel à :

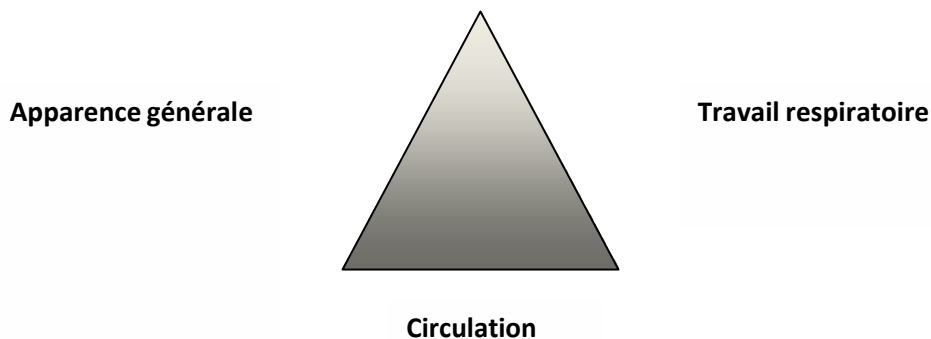
- votre impression initiale;
- une évaluation visuelle rapide;
- l'évaluation des ambulanciers;
- le triangle d'évaluation pédiatrique.

Similaire aux adultes, le triangle d'évaluation pédiatrique ou *Paediatric Assessment Triangle (PAT)* se fait en 3 à 5 secondes par l'évaluation visuelle rapide, C'est un outil conçu pour aider l'infirmière

au triage à identifier les enfants qui sont gravement malades ou à risque d'une détérioration soudaine, et se fonde principalement sur l'apparence, la respiration et la circulation. Lorsqu'il n'y a apparemment pas d'état de niveau 1, selon l'ÉTG au moment du contact initial, l'infirmière de triage devrait procéder à réaliser le *PAT*.

Le triangle d'évaluation pédiatrique résume les composantes les plus importantes de l'évaluation rapide initiale.

Le triangle d'évaluation pédiatrique (ou *Paediatric Assessment Triangle – PAT*)



Évaluation rapide initiale – Apparence générale

- Alerte et répond aux stimuli?
- Interagit avec l'aidant naturel?
- Peau, yeux, apparence générale normaux?
- Parle ou pleure? Voix normale ou anormale ou claire ou sourde?
- Habillé de façon adéquate en fonction de la température?
- Content ou consolable?

Il est important d'observer à la fois l'enfant et les personnes qui l'accompagnent. Est-ce que l'enfant est alerte, répond aux stimuli et interagit adéquatement avec l'environnement en fonction de son âge et de son niveau développemental? En observant le comportement, l'infirmière au triage peut apprendre des choses sur l'état de l'enfant – comment il joue, mange, parle — peut aider à indiquer la gravité de son état.

Exemples :

- Un enfant grisâtre et sans tonus musculaire aux yeux ouverts et fixes est un Niveau 1 (Réanimation);
- Un tout-petit qui dort dans une poussette et est bleu et tacheté est un Niveau 1 (Réanimation);
- Des mouvements toniques/cloniques généralisés sont un Niveau 1, quel que soit l'âge (Réanimation);
- Un enfant qui ne peut pas garder son manger, ayant une détresse générale, léthargique, irritabilité inexplicée ou une perte de tonus sont des conditions inquiétantes et doit être triagé au niveau ÉTG 2 ou plus élevé, car il peut présenter une condition sérieuse telles que sepsis, désordre métabolique, une ingestion toxique, une maltraitance ou autres;
- Un enfant qui a la varicelle requiert un isolement immédiat;
- Un enfant alerte qui mange seul des croustilles peut attendre une évaluation additionnelle au triage;

- Un enfant en couche et T-shirt peut être habillé de façon appropriée pour une journée d'été, mais non pour une journée de tempête de neige. Les infirmières au triage doivent être à l'affût de cas possibles de mauvais traitements ou de négligence. Il se peut, par ailleurs, que les parents/responsables de l'enfant aient quitté la maison sans habiller l'enfant parce qu'ils croyaient que sa vie était en danger.

Évaluation rapide initiale - Respiration

- Évaluer la fréquence respiratoire – Trop rapide, normale ou trop lente;
- Évaluer l'effort respiratoire – utilisation de muscles accessoires, battement des ailes du nez et rétractions;
- Être à l'écoute de bruits adventices tels que grognement expiratoire, sifflements ou stridor sans avoir à utiliser un stéthoscope sur le thorax.

Une diminution marquée dans l'effort respiratoire devrait être considérée comme une situation menaçant la vie

Exemples :

Évaluation rapide initiale – Circulation

- Évaluer la couleur de la peau – la présence de taches ou marbrures de pâleur ou de cyanose peut indiquer une circulation anormale.
- Vérifiez s'il y a présence de saignement non contrôlé.
- Notez les signes de déshydratation (fontanelle affaissée ou yeux cernés, perte récente de poids, muqueuses sèches, absence de larmes).
- Un temps de remplissage capillaire normal est de 2 secondes ou moins.
- Évaluez le niveau de conscience – l'activité dépend d'une perfusion cérébrale et d'un apport en oxygène normaux.

Exemples :

Selon votre évaluation rapide initiale, l'attribution d'un niveau 1 ou 2 selon l'ÉTG peut être indiquée et le modificateur de 1^{er} ordre défini. Le patient devrait être immédiatement transféré à l'aire de traitement ayant les ressources nécessaires. Si l'évaluation rapide initiale ne suggère pas qu'il y a instabilité de l'état de santé de l'enfant, de plus amples informations sont requises avant de déterminer le niveau de priorité selon l'ÉTG.

Quelques derniers conseils à conserver à l'esprit lorsque vous évaluez des patients pédiatriques :

- Un bébé qui dort est identique à un bébé inconscient. Réveillez-le!
- La tête et le torse d'un enfant doivent être observés. Déshabillez-le!
- Procédez aux investigations les plus invasives à la fin de l'évaluation.
- Questionnez les patients pédiatriques avant de les toucher.
- Écoutez les parents/accompagnateurs – ils connaissent mieux leur enfant et peuvent détecter des changements subtils dans le comportement et l'état physiologique.
- Vérifiez quelle est la perception de l'accompagnateur quant à la maladie/blessure.
- Prenez en compte les besoins d'isolement.

Notes :

3.9 Raison de consultation

Limitez l'exploration des antécédents aux faits nécessaires à une évaluation adéquate au triage. L'anamnèse au triage n'est pas un substitut pour celle recueillie par l'infirmière de l'urgence ou le médecin. L'infirmière au triage expérimentée reconnaît quelles sont les circonstances requérant une anamnèse plus exhaustive.

- Les raisons de consultation peuvent se présenter différemment chez les enfants et les adultes.
- Les symptômes rapportés ne reflètent pas nécessairement de façon fiable l'état de l'enfant.
- Cinq raisons de consultation communément rencontrées chez les enfants sont :
 - Fièvre;
 - Difficultés respiratoires;
 - Vomissements et/ou diarrhée (déshydratation);
 - Blessures;
 - Changement de comportement.
- La liste complète des raisons de consultation du SIGDU se retrouve en Annexe B.
- Les raisons de consultation spécifiques aux cas pédiatriques sont énumérées dans le tableau suivant.

Catégorie de la raison de consultation	Raison de consultation
GASTRO-INTESTINAL	Corps étranger oral/oesophagien*
	Difficultés d'alimentation d'un nouveau-né
	Ictère néonatal
SANTÉ MENTALE	Inquiétude pour le bien-être du patient*
	Comportement pédiatrique perturbateur
ORTHOPÉDIQUE	Trouble pédiatrique de la démarche / démarche douloureuse
NEUROLOGIQUE	Enfant hypotonique
RESPIRATOIRE	Stridor
	Sifflements – sans autre manifestation
	Épisodes apnéiques chez les tout-petits
GÉNÉRAL & MINEUR	Épisodes apnéiques chez les tout-petits
	Nouveau-né §

* Également applicable aux adultes : Une inquiétude pour le bien-être du patient peut être⁴² un

problème potentiel tels que les abus sexuels/personnes âgées/psychologiques, négligence, etc.
 § Un nouveau-né se réfère à la néonatale qui est né précipitamment à la maison ou en route vers l'hôpital ou dans le DU (notez qu'un nouveau-né est automatiquement un niveau ÉTG 2 et peut seulement devenir un ÉTG 1 si les signes vitaux des modificateurs le démontrent).

3.10 Évaluation subjective

Pour obtenir l'historique de triage, l'infirmière au triage pourrait devoir interviewer la personne accompagnatrice plutôt que le patient. L'approche pour l'entrevue et la communication varie selon l'âge du patient : le tableau suivant guidera l'infirmière au triage dans le déroulement de l'entrevue.

Groupe d'âge	Technique
Nourrisson :	Posez des questions à la personne qui accompagne l'enfant. L'entrevue devrait être menée alors que l'enfant est dans les bras de l'accompagnateur. Effectuez les procédures invasives, telles que la prise de la température, en dernier lieu.
Tout-petit :	Observez l'enfant dans les bras de l'accompagnateur. Notez la façon de jouer et d'interagir de l'enfant. Effectuez les procédures invasives en dernier lieu.
Préscolaire :	Pour donner des explications, utilisez un langage approprié pour l'âge de l'enfant. L'enfant peut participer à dresser l'historique. Encore une fois, effectuez les procédures invasives en dernier lieu.
D'âge scolaire et adolescents :	Permettez à l'enfant de participer en l'impliquant à l'entrevue et en utilisant un langage approprié pour son âge. Le respect de la vie privée est très important pour ce groupe d'âge.

C	<i>Complaint</i> (raison de consultation)	Consignez la principale raison de consultation en utilisant deux mots descriptifs et la liste des principales raisons de consultation du SIGDU.
I	<i>Immunisation/Isolation</i> (vaccination/isolement)	Vérifiez si le patient a eu les vaccins standards et évaluez si l'isolement est nécessaire.
A	Allergies	Vérifiez si le patient a des allergies.
M	Médication	Dressez une liste de tous les médicaments/vitamines/remèdes homéopathiques.
P	Perception des parents de la maladie/antécédents	Sollicitez cette information de la famille. Obtenez la perception des parents quant à l'état de santé passé de l'enfant, son état présent et la raison qui amène l'enfant à l'urgence aujourd'hui.
E	Événements	Déterminez les événements entourant la maladie ou la blessure. Demandez à l'enfant/accompagnateur ce qui est arrivé.
D	<i>Diet/diapers</i> (Alimentation/couches)	Quand et quoi l'enfant a-t-il mangé dernièrement? Quand a eu lieu la dernière selle (si pertinent)?
S	Symptômes	Notez les signes et symptômes associés à la maladie/blessure.

Particulièrement chez les jeunes enfants, il est parfois nécessaire de compléter une anamnèse de dépistage CIAMPEDS pour définir le niveau de gravité au triage. Des questions additionnelles peuvent être requises s'il y a présence de conditions concomitantes afin d'identifier des problèmes potentiels.

Il se peut que les enfants ne puissent pas décrire la gravité de la maladie. Le degré de dérangement ou d'interférence causé par les symptômes au niveau des activités habituelles, de l'alimentation et du comportement, peut offrir des indications qui aident dans l'attribution d'un niveau de priorité selon l'ÉTG.

3.11 Signes vitaux – Évaluation physiologique

- Fréquence et effort respiratoires
- Fréquence cardiaque et perfusion (remplissage capillaire)
- Évaluation neurologique/apparence
- La documentation au triage est essentielle à moins qu'un enfant soit immédiatement dirigé vers une aire de traitement
- La température est ensuite mesurée et enregistrée chez les patients stables

Les signes vitaux devraient être pris pour tous les patients pédiatriques pendant leur visite à l'urgence. Le moment où les signes vitaux doivent être pris peut varier selon la raison de consultation. Pour les patients évalués au niveau 1 ou 2, les signes vitaux sont mesurés pendant le traitement. Les patients de niveau 3 ont habituellement besoin

d'une évaluation complète des signes vitaux pour confirmer qu'il est sécuritaire pour eux d'attendre d'être traités. Pour les patients évalués aux niveaux 4 et 5, la prise de certains ou de tous les signes vitaux peut être faite dans l'aire d'attente ou de traitement.

Les enfants à qui on a attribué une cote 1 selon l'ÉTG (réanimation) ou une cote 2 selon l'ÉTG (très urgent) ne devraient jamais être retenus au triage afin de compléter l'anamnèse ou de mesurer les signes vitaux aux fins de confirmer leur niveau de priorité au triage. Des signes démontrant que l'enfant est en état de choc, est en détresse respiratoire sévère ou est inconscient (ÉTG 1) seront évidents lors de l'évaluation rapide initiale. Des signes démontrant que l'enfant est compromis hémodynamiquement, est en détresse respiratoire modérée ou un niveau de conscience altéré (ÉTG 2) peuvent

exiger que l'infirmière fasse une évaluation rapide initiale plus poussée en appliquant le triangle d'évaluation pédiatrique ou *Pediatric Assessment Triangle (PAT)* mais exigent rarement qu'une série complète des signes vitaux soit effectuée pour déterminer la gravité.

3.11.1 Les signes vitaux et déterminations de la gravité (Modificateurs de 1^{er} ordre)

- Tentez de mesurer les signes vitaux alors que l'enfant est tranquille.
- Les signes vitaux normaux varient individuellement selon l'âge, l'état développemental et physique.
- La mesure des signes vitaux et l'évaluation de l'apparence générale doivent toutes deux être prises en compte dans l'attribution d'un niveau au triage.
- Les signes vitaux doivent être appropriés pour l'état général de l'enfant; chez l'enfant qui paraît malade, des signes vitaux dans les normes peuvent indiquer un état de pré-arrêt cardio-pulmonaire.

Signes vitaux & niveau selon l'ÉTG

- ÉTG 1 (réanimation) – enfants qui ont les signes vitaux sont à ≥ 3 écarts types des valeurs normales.
- ÉTG 2 (très urgent) – enfants ayant des signes vitaux sont à 2 écarts types des

- valeurs normales.
- ÉTG 3 (urgent) – enfants qui ont des signes vitaux sont à 1 écart type des valeurs normales.
- ÉTG 4 (moins urgent) ou ÉTG 5 (non urgent) – est fondé sur une anamnèse plus poussée et doit avoir les signes vitaux normaux.

1. Fréquence respiratoire et évaluation de l'effort

Pour évaluer l'effort respiratoire, vous devez examiner les voies aériennes de l'enfant ainsi que sa respiration, incluant :

- Examiner et évaluer si les voies aériennes sont dégagées.
- Mesurer la fréquence respiratoire.
- Évaluer l'effort respiratoire, incluant l'utilisation de muscles accessoires, une entrée d'air adéquate et des bruits respiratoires inhabituels.
- Observez la posture préférée par l'enfant, s'il bave (après la petite enfance), s'il y a de la dysphasie et des sons anormaux provenant des voies aériennes.
- Auscultez pour déterminer si l'entrée d'air est adéquate et s'il y a des bruits respiratoires inhabituels.
- Utilisez un tableau physiologique qui est établi selon l'âge (voir Annexe F).

Le tableau suivant aide à classifier le degré de détresse respiratoire soit subjectivement et objectivement.

Signes de détresse respiratoire	Rythme (voir annexe)	SaO ²	Référence DEP	Niveau selon l'ÉTG
Sévère : Travail respiratoire excessif, cyanose; léthargie, confusion, incapacité à reconnaître le soignant, réaction décroissante à la douleur; mots uniques ou ne peut parler; tachycardie ou bradycardie; tachypnée ou bradypnée; respiration irrégulière, apnée; tirage, battement des ailes du nez; grognements; bruits respiratoires absents ou décroissants; obstruction des voies respiratoires supérieures (dysphagie, bave, voix étouffée, respiration laborieuse et stridor); voies aériennes non protégées (toux ou réflexe laryngé faible ou absent); tonus musculaire diminué	3 ou plus écarts types de la normale	< 90 %	-	1
Modérée : Travail respiratoire accru, agitation, anxiété ou combativité; tachypnée; hyperpnée; usage légèrement accru de muscles accessoires, rétractions, inflammation, parle en phrases courtes, stridor, mais les voies aériennes sont protégées, phase expiratoire prolongée	2 écarts types de la normale	< 92 %	< 40 % référence	2
Légère : dyspnée, tachypnée, dyspnée à l'effort; pas de travail respiratoire accru évident; capable de parler en phrases; stridor sans obstruction aux voies aériennes, dyspnée légère à l'effort; toux fréquente	1 écart type de la normale	92 % à 94 %	40 % à 60 % référence	3
Aucune	normal	> 94 %		4, 5

Évaluation de la saturation en oxygène

Il faut prendre en considération la situation géographique (altitude) et les procédures correctes. Les indications habituelles pour la mesure de la saturation d'O₂ incluent :

- les enfants qui ont une maladie respiratoire ou cardiaque connue;
- les enfants chez qui on retrouve des mesures anormales au niveau respiratoire ou cardiovasculaire;
- avant et après une thérapie visant à soulager les symptômes, lorsque les directives médicales/plans de soins/protocoles standards sont mis en place.

Les enfants auxquels on a attribué une cote de 1 ou 2 selon l'ÉTG ne devraient jamais demeurer au triage pour compléter l'anamnèse ou pour la mesure de signes vitaux aux fins de confirmer le niveau de priorité au triage.

Il est souvent difficile de mesurer la saturation en O₂ chez les enfants et vous devrez peut-être devoir vous fier entièrement à vos observations des signes.

Si le débit expiratoire de pointe (DEP) est utilisé au triage dans votre établissement, les mesures et niveaux de gravité correspondants sont décrits dans le tableau suivant. Vous devriez :

- Utiliser le DEP uniquement pour les enfants de 6 ans et plus.
- Répéter le DEP. La plupart des enfants nécessitent de 3 à 4 tentatives afin d'obtenir une mesure adéquate.
- Utiliser des tableaux spécifiques au sexe de l'enfant. Il s'agit de lignes directrices inexacts étant donné que des études ont démontré qu'il y a d'importantes variations dans les normales de DEP chez des enfants à la carrure physique différente et d'origine raciale différente.
- Utiliser les points de référence de DEP individuels de l'enfant pour calculer le pourcentage prédit.

Quels signes indiquent une atteinte des voies respiratoires? Quels signes indiquent un travail respiratoire accru?

Notes :

2. Fréquence cardiaque et évaluation de la circulation

L'évaluation de l'appareil circulatoire inclut :

- Fréquence cardiaque
- Présence de pouls périphériques
- Remplissage capillaire
- Coloration de la peau (chaude/rouge, fraîche/froide, moite/sèche)
- Vérifier la présence de saignement non contrôlé
- Utilisez le tableau comparatif de la fréquence cardiaque Annexe G.

La tachycardie est une réponse hâtive, alors que la bradycardie et l'hypotension se manifestent tardivement, signalant un arrêt cardiaque imminent.

La déshydratation et l'hypovolémie peuvent constituer une menace à la vie du patient.

Stabilité hémodynamique

L'infirmière au triage doit reconnaître les signes inquiétants et menaçants d'instabilité hémodynamique.

État hémodynamique	Fréquence cardiaque (voir l'Annexe)	Niveau selon l'ÉTG
Choc : Signes d'hypoperfusion périphérique sévère : pâleur marquée, peau fraîche, diaphorèse, pouls faible ou filiforme, hypotension, syncope posturale, tachycardie ou bradycardie significative, ventilation ou oxygénation inefficace, niveau diminué de conscience. Pourrait aussi avoir le teint rouge, paraître fébrile ou toxique, comme pour le choc septique.	3 ou plus écarts types de la normale	1
Instabilité hémodynamique : Évidence de perfusion limite : remplissage capillaire retardé, tachycardie, production réduite d'urine et changements à la peau suggèrent une mauvaise perfusion des tissus. Les vomissements et la diarrhée secondaires à une infection gastro-intestinale sont une étiologie courante. Les signes de la déshydratation ne sont pas toujours fiables, particulièrement chez les patients plus jeunes. L'hémorragie dans le cas de traumatismes modérés peut être masquée par la capacité de l'enfant à maintenir sa pression artérielle.	2 écarts types de la normale	2
Déplétion du volume avec des signes vitaux anormaux	1 écart type de la normale	3
Signes vitaux normaux	valeurs normales	4, 5

Notes: _____

3. Apparence/évaluation neurologique

Examinez l'apparence générale et le niveau de conscience.

- Notez la réaction émotionnelle de l'enfant aux stimuli. L'anxiété, l'indifférence et l'incapacité d'être consolé peuvent indiquer un niveau altéré de conscience.
- Observez l'interaction entre l'accompagnateur et l'enfant. Est-ce que l'histoire se tient? Est-ce que ce que vous observez correspond à ce que l'on vous rapporte?

L'utilisation de l'Échelle de Glasgow est recommandée. Voir l'Annexe C.

Quelles sont les causes possibles d'un niveau de conscience altéré?

- Hypoxie
- Blessure
- Médication
- Hypoglycémie

Comment reconnaître un niveau de conscience altéré?

- Incapacité de reconnaître l'accompagnateur
- Niveau de réaction à l'environnement diminué
- Agitation
- Confusion
- Anxiété
- Indifférence
- Incapacité d'être consolé
- Est-ce que l'histoire se tient? Est-ce ce que vous entendez et ce que vous observez correspondent — ayez toujours à l'esprit qu'il est possible que l'enfant fasse l'objet de mauvais traitements.

Un enfant chez qui il n'y a pas de cause pouvant expliquer une déficience neurologique requiert davantage d'investigation.

Niveau de conscience selon l'échelle de Glasgow (ou le *Glasgow Coma Scale (GCS)*)

L'évaluation du niveau de conscience au triage fournit de l'information importante sur la fonction cérébrale. La quantification de la fonction cérébrale se réalise aisément au triage grâce à la cote selon l'échelle de Glasgow ou le *Glasgow Coma Scale (GCS) Score*. Toutefois, l'utilisation de cette dernière n'a été validée que dans le cas de patients ayant eu un traumatisme crânien, mais elle a été utilisée comme méthode reconnue de transmettre de l'information concernant le niveau de conscience entre les divers professionnels soignants.

Une cote de 3-9 indique une blessure ou une perte fonctionnelle importante et place immédiatement le patient dans le niveau 1 de l'ÉTg. Une cote à l'échelle de Glasgow de 10-13 indique qu'il y a dysfonctionnement organique du cerveau et situe le patient dans le niveau 2 de l'ÉTg. Il est difficile d'utiliser l'échelle de cotation pour les patients souffrant de démence, de déficience cognitive ou d'un dysfonctionnement neurologique chronique. Tentez de déterminer un point de référence pour la fonction cérébrale et évaluez s'il y a un écart de ce qui est normal pour ce patient.

Voir l'Annexe C & D

Niveau de conscience – état	Cote de l'échelle de Glasgow (ou GCS)	Niveau selon l'ÉTg
Inconscient : ne répond pas aux stimuli; répond uniquement à la douleur ou aux bruits forts, et ce, sans objet; position de flexion ou d'extension; convulsions continues, détérioration progressive du niveau de conscience; incapable de protéger ses voies aériennes	3 – 9	1
Niveau de conscience altéré : un changement de son niveau « normal » de conscience; léthargie; obnubilation; localisation aux stimuli douloureux; confus; désorienté; agité; irritable ou combatif; inconsolable, alimentation difficile chez un enfant; capable de protéger ses voies aériennes; alerte avec des déviations mineures du comportement ou des signes vitaux normaux	10 – 13	2

Conscient : en état de conscience, impliquant l'orientation personne, espace et temps; interagit de façon appropriée selon l'âge (par exemple : l'enfant fait des roucoulements et balbutiements); consolable	14 – 15	3, 4 ou 5
--	---------	-----------

Si la cote d'un patient à l'échelle de Glasgow se détériore en comparaison à la valeur initiale, préparez-vous à une détérioration encore plus importante. Exemples : 15 à 14, 13 à 11. Il peut y avoir très peu de signes précurseurs avant que le nourrisson/enfant devienne incapable de protéger sa voie aérienne.

Notes :

4. Évaluation de la température

- En tenant pour acquis que les autres signes vitaux soient stables, l'évaluation de la température devient une mesure appropriée pour aider à déterminer la gravité.
- Des changements dans la température peuvent être des indications précurseurs de conditions qui menacent la vie chez les nouveau-nés et les enfants immunodéprimés.
- Les patients pédiatriques démontrant des signes d'un processus infectieux requièrent une évaluation de la température.
- Il est souvent essentiel aux fins de la gestion future, de peser l'enfant, mais cette évaluation peut être retardée.
- On doit souvent envisager de recourir à des protocoles d'intervention thérapeutique ou ordonnances collectives dans l'aire d'attente.

Âge	Technique recommandée
30 jours à 2 ans	Premier choix : rectal (définitif) Second choix : axillaire (dépistage)
Plus de 2 ans à 5 ans	Premier choix : rectal Second choix : oreille Troisième choix : axillaire
Plus de 5 ans	Premier choix : oral Second choix : oreille Troisième choix : axillaire

*Adaptation tirée des tableaux 1 et 2 de : *Community Paediatrics Committee, Canadian Paediatric Society (CPS). Temperature measurement in paediatrics [position statement]. Paediatric Child Health 200;5(5):ref no CP00-01. Réimprimé avec la permission du CPS.*

Voir annexe E

La mesure de la température prise par voie rectale est recommandée pour tous les enfants de moins de deux ans. Un nombre important de recherches démontrent que les températures rectales sont celles qui se rapprochent le plus de la température centrale.

Toutefois, la température rectale ne devrait pas être mesurée chez les nouveau-nés ou les enfants immunodéprimés. Pour ces patients, la prise de la température axillaire est plus appropriée.

Les nouveau-nés ont un risque plus grand d'avoir des déchirements rectaux et puisqu'ils sont immunodéprimés, ils sont à risque de développer des infections. Les patients immunodéprimés ont un risque significatif de contracter une septicémie ou des infections sévères.

Les nouveau-nés, les nourrissons et les enfants ayant le cerveau endommagé peuvent se présenter avec de l'hypothermie lorsqu'ils sont septiques. Écoutez leurs accompagnateurs, ils sont habituellement capables de reconnaître les signes de sepsis chez leur enfant. Il y a plusieurs études qui documentent la fiabilité des températures tactiles prises par les personnes qui s'occupent des enfants et tout signalement de températures élevées doit être pris au sérieux.

Les enfants ayant un état d'immunité déprimée, par exemple : l'oncologie et la drépanocytose, peuvent se présenter avec une faible fièvre, en l'absence d'autres symptômes, lorsqu'ils contractent une sepsis.

Quoiqu'aucun essai aléatoire contrôlé n'ait établi le rythme spécifique d'accélération de la fréquence cardiaque selon l'augmentation de la température, il est généralement admis que la fréquence cardiaque de l'enfant ne doit pas augmenter de plus de 10-15 battements par minute par degré (Celsius) d'augmentation dans la température.

Des températures anormales (élevées ou basses) peuvent être un indicateur du niveau de gravité :

Âge	Température/signes	Niveau selon l'ÉTG
0 – 3 mois		2
> de 3 mois	< 32°C	2
> de 3 mois	32 – 35°C	3

Une température anormale (haute ou basse) indique le niveau d'acuité ÉTG

Âge	Température/signes	Description	Niveau selon l'ÉTG
0 – 3 mois	> 38.0°C ou < 36.0°C		2
Tout âge	> 38.0°C ou < 36.0°C	Immunosupprimé (neutropénie, transplantation, stéroïdes)	2
De 3 mois à 3 ans	> 38,5°C	ne semble pas bien	2
	> 38,5°C,	semble bien	3
> 3 ans	> 38,5°C	ne semble pas bien (vérifiez le pouls et la respiration)	2
		semble bien	4

- « Présence de fièvre et ne semble pas bien » réfère à des patients qui ont le teint rouge, sont dans un état hyperdynamique et anxieux, agités ou confus.
- « Présence de fièvre et semble bien » réfère à des patients qui semblent confortables, ⁵⁰

ne sont pas en détresse, ont une qualité de pouls normale et qui sont alertes et orientés.

Notes :

3.12 Paramètres non physiologiques

D'autres modificateurs peuvent être utilisés selon la raison de consultation et le CIAMPEDS afin de déterminer le niveau adéquat de gravité selon l'ÉTG.

- Douleur
- Troubles de la coagulation
- Mécanisme de blessure

Notes :

1. Évaluation de la douleur chez les patients pédiatriques

Une évaluation basée sur une échelle de la douleur adaptée en fonction de l'âge et du niveau développemental devrait être tentée auprès de tous les enfants qui ont de la douleur. Les échelles de la douleur ne sont pas absolues, alors permettez aux patients de décrire l'intensité du problème de leur point de vue.

La douleur peut souvent être gérée de façon appropriée avec l'application de protocoles d'intervention thérapeutique ou d'ordonnances collectives dans la salle du triage. Chaque établissement devrait avoir des ordonnances collectives afin de fournir un soulagement de la douleur au triage.

La douleur peut être quantifiée chez les enfants. L'exactitude varie selon l'âge et le stade développemental.

Voir l'annexe E pour les outils d'évaluation de la douleur.

Veillez noter que les lignes directrices pédiatriques ne font pas de distinction entre la douleur centrale et la douleur périphérique. Les indications de la douleur chez les enfants diffèrent de celles des adultes. Par exemple : une douleur thoracique est habituellement d'origine musculo-squelettique.

L'infirmière au triage doit aussi différencier la douleur chronique et la douleur aiguë, la douleur récurrente et la douleur épisodique. Les patients qui ont une aggravation aiguë de la même douleur chronique peuvent recevoir une cote de gravité plus basse. Une douleur aiguë est une manifestation nouvelle de la douleur et est plus susceptible de devenir dangereuse que ne l'est la douleur chronique. La douleur chronique est un syndrome de la douleur facilement reconnaissable qui revient de façon similaire à chaque fois. Les enfants qui ont de la douleur chronique ou qui ont des conditions douloureuses récurrentes (par exemple : des syndromes de drépanocytose et la polyarthrite rhumatoïde juvénile) apprennent à vivre avec leur handicap. Ils se présentent souvent avec leurs soignants naturels qui signalent des changements au niveau du comportement et apparaissent moins en détresse qu'ils ne devraient l'être selon ce que suggèrent leurs paramètres physiologiques.

Indicateur physiologique de la douleur	Manifestations clés
Douleur aiguë	Signes de stimulation sympathique. Tachycardie, tachypnée, hypertension, pupilles dilatées, diaphorèse, augmentation du rythme cardiaque, respiratoire et de la pression artérielle
Douleur chronique	Signes de réaction physiologique inférieure à celles attendues selon la cotation.
Comportements liés à la douleur	Agité, inconsolable, incapacité à distraire, capacité de concentration limitée, grimaces faciales, retenue/défense, altérations du sommeil, anorexie, léthargie.
Indicateurs de douleur localisée	Position fœtale, flexion et extension des genoux, tirage d'oreille, roulement de la tête d'un côté à l'autre, refus de bouger une partie du corps.

Les échelles de la douleur sont moins utiles et moins fiables chez les nourrissons que chez les jeunes enfants. Toutefois, une évaluation de la douleur est utilisée pour déterminer la gravité au triage afin d'assurer une identification rapide des symptômes liés à la maladie/blessure et de contrôler ces symptômes.

- La perception de la douleur est subjective. La variabilité individuelle est influencée par l'âge, l'expérience antérieure et les différences culturelles.
- L'expérience antérieure de la gestion de la douleur, telle que des injections intramusculaires, peut amener les enfants à nier leur douleur actuelle.
- L'anxiété peut être confondue avec la douleur ou peut compliquer des situations douloureuses.
- L'apparence générale et les paramètres physiologiques devraient aussi être pris en compte lorsqu'on évalue le niveau de douleur d'un patient. La tachycardie, la pâleur, la sudation et autres signes physiologiques sont utiles dans l'évaluation du niveau de la douleur.
- Chez les adultes, une douleur à la tête, au thorax et à l'abdomen peut être associée à des maladies plus sévères et requérir des investigations spécifiques. Chez les nourrissons et les plus jeunes enfants, ceci n'est habituellement pas la règle. La douleur thoracique chez les enfants indique rarement une pathologie significative.
- La douleur intense peut être associée avec des processus bénins. (par exemple : otite moyenne)
- L'évaluation de la douleur est une mesure subjective. L'exactitude des échelles de la douleur varie avec l'âge.
- Les échelles de la douleur sont moins utiles (ou fiables) aux âges extrêmes (patients très jeunes ou très âgés).

La décision d'attribuer un niveau selon l'ÉTG fondée sur le niveau de la douleur est une combinaison de :

- L'évaluation que fait le patient de sa cote de douleur – légère, modérée, sévère (utilisez le Wong-Baker ou une échelle de la douleur à 10 points)
- La durée de la douleur – aiguë ou chronique
- L'évaluation objective de l'infirmière de la réaction du patient à la douleur, c'est-à-dire, observations liées au niveau de détresse du patient et à sa réaction physiologique à la douleur.

L'infirmière au triage doit enregistrer le rapport subjectif fait par le patient concernant sa douleur de même que sa propre évaluation objective de la douleur.

Veillez prendre note que de nombreux patients rapporteront que leur douleur est de légère à modérée, mais vous pourriez observer un niveau plus élevé de détresse. L'évaluation de l'infirmière de la réponse à la douleur est donc un facteur clé.

Gravité de la douleur & cote	Douleur aiguë vs. douleur chronique	Niveau selon l'ÉTg
Sévère 8 – 10	Aiguë Chronique	2 3
Modérée 4 – 7	Aiguë Chronique	3 4
Légère 1 – 3	Aiguë Chronique	4 5

Notes: _____

2. Évaluation d'un trouble de la coagulation

Voir sous *Trouble de saignement* dans le Module 2 sous 2.4.2, page 28

3. Mécanisme de blessure

L'infirmière au triage doit évaluer et documenter le mécanisme de blessure (MDB) pour tous les patients ayant des blessures/symptômes/raisons de consultation liés à un trauma. Le mécanisme de blessure décrit de quelle façon l'énergie a été transférée de l'environnement (un véhicule automobile qui percute un poteau de téléphone ou un patient qui atterrit sur un plancher de béton au pied d'un escalier) au patient et aidera à déterminer « le niveau d'énergie ou de force » qui a été appliqué aux structures corporelles et aux organes. Plus la force énergétique est grande (par exemple : un tonneau en véhicule à moteur, une chute de plus de 1 mètres), plus sévère sera le trauma et plus grande sera l'étendue des dommages aux tissus. La vitesse à laquelle un véhicule circulait, la distance sur laquelle une personne a été projetée et la position dans laquelle elle a été retrouvée au moment de la blessure permettent de déterminer si le mécanisme de blessure est à impact faible ou élevé. L'infirmière peut être dirigée vers des parties spécifiques du corps (tête, cou, abdomen, etc.) à partir de sa connaissance de comment l'énergie a été transférée.

Lors de l'évaluation et de la documentation du MDB, l'infirmière au triage doit recueillir un historique clair de l'incident, incluant la nature et l'étendue du trauma. Les ambulanciers, le patient ou la famille peuvent aider l'infirmière au triage à dresser un portrait clair de l'incident. Des questions directes telles, celles qui suivent sont utiles dans l'évaluation du MDB :

- Le patient a dégringolé combien de marches d'escalier?
- Sur quel type de surface a-t-il atterri au pied des escaliers? (béton vs plumes)
- À quelle vitesse la voiture allait-elle? Quelle est l'étendue des dommages subis par le véhicule qui transportait le patient?

Le mécanisme de blessure peut accroître le niveau de risque chez les patients stables. Les patients ayant un mécanisme de blessure à risque élevé se verront attribuer un niveau 2 à l'ÉTG. Des exemples de mécanismes de blessure se retrouvent au tableau qui suit :

Mécanisme de blessure	Description	Niveau selon l'ÉTG
Trauma général	<p>Collision en véhicule automobile : Éjection d'un véhicule, tonneau, temps de dégagement > 20 minutes, enfoncement significatif de l'habitacle, mort d'un passager dans le même véhicule, impact à 40 km/h (sans ceinture de sécurité) ou impact > 60 km/h (avec ceinture de sécurité)</p> <p>Collision en moto : Lorsqu'il y a impact avec une voiture à > 30 km/h, particulièrement si le conducteur a été éjecté de la moto</p> <p>Piéton ou cycliste Renversé ou frappé par un véhicule à >10 km/h</p> <p>Chute : de 3 pi (1 m) ou 5 marches d'escalier</p> <p>Blessure perforante À la tête, au cou, au torse ou aux extrémités proximales au coude et au genou</p>	Niveau 2
Traumatisme crânien	<p>Collision en véhicule automobile : éjection du véhicule, passager qui ne portait pas sa ceinture de sécurité et qui se frappe la tête sur le pare-brise</p> <p>Piéton : frappé par un véhicule</p> <p>Chute : de >3 pi (>1 m) ou 5 marches d'escalier</p> <p>Agression : avec un objet contondant autre qu'un poing ou un pied</p>	Niveau 2
Trauma au cou	<p>Collision en véhicule automobile : éjection d'un véhicule, tonneau, haute vitesse (surtout si le conducteur ne porte pas sa ceinture de sécurité)</p> <p>Collision en moto</p> <p>Chute : de >3 pi (>1 m) ou 5 marches d'escalier</p> <p>Charge axiale à la tête</p>	Niveau 2

Notes:

3.13 Les modificateurs de 2ème ordre

Les modificateurs de deuxième ordre sont spécifiques à un nombre limité de raisons de consultation.

- Ils peuvent être requis pour suppléer les modificateurs de 1^{er} ordre afin d'assurer que le patient soit assigné à une cote d'acuité appropriée.
- Ils peuvent être absolument requis pour assigner un niveau ÉTG pour des patients qui se présentent avec certaines plaintes quand les modificateurs de 1^{er} ordre sont non pertinents ou totalement inadéquats pour déterminer l'acuité.

Exemples :

- Voir 2.5.1 Niveau de glycémie
- Voir 2.5.2 Degré de déshydratation

Exemples de raisons de consultation pédiatrique

Raison de consultation	Modificateur de 2 ^e ordre	Niveau selon l'ÉTG
Enfant hypotonique	Sans tonus, incapable de soutenir sa tête	2
	Tonus musculaire limité ou inférieur à la normale	3
Trouble de l'équilibre/boiterie	Problème de la démarche ou boiterie avec fièvre	3
	Marche avec difficulté	4
Maladie congénitale des enfants	Conditions ou protocoles précisant les préoccupations relatives à une détérioration rapide de l'état de santé ou à un besoin de traitement immédiat. Vomissements/diarrhée chez l'enfant avec présence connue d'une maladie métabolique héréditaire, du diabète insulino-dépendant ou d'une insuffisance surrénale.	2
	Soignants signifiant le besoin de soins	3
	État stable et présence d'une maladie congénitale avec risque de troubles	4
Stridor	Obstruction des voies aériennes	1
	Stridor marqué	2
	Stridor audible	3
Épisode d'apnée du nourrisson	Crise d'apnée à l'arrivée	1
	Crise récente rappelant l'apnée ou une atteinte de la fonction respiratoire	2
	Antécédents de crises rappelant l'apnée	3
Pleurs inconsolables du nourrisson	Nourrisson inconsolable – signes vitaux anormaux	2
	Nourrisson inconsolable – signes vitaux stables	3
	Irritable, mais consolable	4

Réévaluations

- Demandez aux patients de retourner au triage si leur état change durant leur période d'attente.
- Réévaluez les patients en attente à l'intérieur des délais suivants :
 ÉTG 1- soins infirmiers continus;
 ÉTG 2 - aux 15 minutes;
 ÉTG 3 - aux 30 minutes;

ÉTG 4 - aux 60 minutes;
ÉTG 5 - aux 120 minutes.

- Documentez les réévaluations – ne modifiez jamais le niveau originalement attribué à l'ÉTG, toutefois, si l'état du patient change, alors la cote de gravité doit être modifiée.

L'étendue de la réévaluation dépend de ce qui a changé et de ce qui était à la base de la première attribution de niveau selon l'ÉTG. Il n'est pas nécessaire de réévaluer chaque modificateur, uniquement ceux qui affectent le niveau de priorité selon l'ÉTG.

Notes : _____

MODULE QUATRE : Considérations spéciales

Modificateurs de deuxième ordre

4.1 Introduction

La liste du SIGDU permet à l'infirmière au triage d'attribuer une raison de consultation appropriée pour la majorité des cas qui se présentent à l'urgence.

L'évaluation rapide initiale est requise pour identifier les patients qui sont trop « malades ou blessés » pour compléter un processus de triage formel et ceux-ci sont immédiatement dirigés vers une aire de réanimation dotée du personnel nécessaire.

Les modificateurs de 1^{er} ordre évaluent les anomalies au niveau des signes vitaux, la gravité de la douleur, les troubles de saignement et le mécanisme de blessure, lorsqu'approprié afin de voir si ces facteurs accroissent le niveau de gravité au triage.

Pour de nombreux patients et de nombreuses raisons de consultation, il y a des caractéristiques liées à l'état du patient qui influencent clairement le niveau de gravité de celui-ci. Ces caractéristiques ont été identifiées comme étant des modificateurs de deuxième ordre.

4.2 Sélection spéciale des raisons de consultation

- Certaines raisons de consultation ont une seule option de niveau d'acuité qui sont considérées comme ayant leur propre modificateur de 2^{ème} ordre.
- Pour certaines raisons de consultation pour les modificateurs de 2^{ème} ordre, certains sont obligatoires ou souvent importants pour assigner un niveau approprié d'acuité (voir ici bas dans le tableau certains modificateurs de 2^{ème} ordre)

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

4.3 Modificateurs de deuxième ordre

Les modificateurs de deuxième ordre sont spécifiques à un nombre limité de raisons de consultation.

Il est important de réaliser qu'il y a, en fait, un nombre important de modificateurs de deuxième ordre auxquels il faut être attentif. Parmi les 165 raisons de consultation du SIGDU, 95 raisons de consultation ont des modificateurs de 2^e ordre en ce qui concerne les adultes, alors que 102 raisons de consultation ont des modificateurs de 2^e ordre en ce qui concerne les enfants. Toutefois, il n'est pas toujours requis d'y recourir afin d'être en mesure d'attribuer un niveau de gravité approprié.

Les modificateurs de 2^e ordre sont davantage spécifiques à certaines raisons de consultation et peuvent effectivement amener l'infirmière à modifier la raison de consultation initiale. Par exemple, des mesures spécifiques de la pression artérielle (c.-à-d. TAS > 220 mm Hg avec ou sans symptômes) sont des modificateurs de 2^e ordre pour la raison de consultation « hypertension ». Si le patient s'est présenté avec une blessure à la cheville de niveau 4, mais que sa pression artérielle est de 230/120 mm Hg sans symptôme associé, il rencontrerait les critères pour une cote de gravité de niveau 3 sous le libellé de « hypertension » parmi les raisons de consultation du SIGDU. Les notes de l'infirmière au triage indiqueraient que le patient consultait pour une blessure légère à la cheville et que l'hypertension asymptomatique a été identifiée, ce qui a entraîné la cote de gravité. L'infirmière primaire et le médecin sont alors libres de déterminer comment gérer le patient

4.3.1 Exposition environnementale

Une température basse peut indiquer un niveau d'acuité. Pour une exposition environnementale, il est important d'identifier les résultats de la température. Pour un patient ayant un résultat de température < 32.0°C, des interventions invasives sont à être considérées. Les raisons de consultation SIGDU incluent l'hypothermie ou la quasi-noyade.

Température	Niveau de l'ÉTG
< 32.0°C	2
32.0°C - 35.0°C	3
>35.0°C, pas de gelure, SV normaux	4

4.3.2 Patientes obstétricales avec complications liées à la grossesse à > 20 semaines de gestation

Pour les patientes ayant des préoccupations de santé au cours du troisième trimestre de leur grossesse, un certain nombre de modificateurs de 2^e ordre, de type 2, ont été élaborés pour faciliter l'attribution d'un niveau de gravité approprié au triage et ceux-ci sont décrits dans le tableau qui suit. À l'instar des autres présentations très urgentes, la cote de gravité finale peut être attribuée après l'amorce de certaines interventions, on répond aux besoins de la patiente et les éléments spécifiques de la raison de consultation sont clarifiés par la suite. Certains de ces modificateurs

peuvent être glanés par la communication avec la patiente ou avec le personnel des SMU, toutefois, d'autres peuvent requérir l'opinion du médecin ou l'utilisation d'un moniteur fœtal aux fins d'en arriver à l'attribution finale d'une cote de gravité.

Raisons de consultation SIDGU	Modificateurs de 2 ^{ème} ordre	Niveau de l'ÉTG
Grossesse > 20 semaines	Présentation de parties fœtales ou prolapsus du cordon	1
	Saignement vaginal, 3 ^e trimestre	1
	Saignement vaginal, 3 ^e trimestre	2
	Absence de mouvement fœtal / absence de tonalité cardiaque fœtale	2
	Céphalée + / - œdème + / - douleur abdominale + / - hypertension	2
	Post accouchement	2
	Travail actif (contractions > 2 min.)	3
	Possibilité de fuite de liquide amniotique	3

Adaptation tirée de : Murray, M., Bullard, M., Grafstein, E. & CEDIS National Working Group. *Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines*. Can J Emerg Med 2004;6(6): 421-7

4.3.3 Santé mentale

Pour les situations concernant la santé mentale, un ensemble de modificateurs pertinents de 2^e ordre ont été élaborés pour faciliter l'attribution d'un niveau de gravité approprié et ceux-ci sont énumérés dans le tableau suivant. De plus amples travaux doivent être réalisés pour aider à valider ces modificateurs ou pour y suggérer des modifications. Concurrément, les services d'urgence ont besoin d'évaluer leur capacité de gérer les patients en santé mentale à l'intérieur de leur environnement actuel et de créer le soutien physique, ainsi que les ressources humaines nécessaires pour gérer ces patients adéquatement. « Inquiétude face à la sécurité du patient » : cette raison spécifique de consultation couvre des problèmes potentiels tels que l'abus sexuel, l'abus des personnes âgées, l'abus psychologique, la négligence, etc. Toutes les raisons de consultation liées à la santé mentale sont applicables sur tout l'éventail des groupes d'âge, sauf pour « Trouble de comportement pédiatrique » qui est spécifique aux enfants.

Raison de consultation selon le SIGDU	Description	Niveau selon l'ÉTG
Dépression/ Suicidaire/ Automutilation	A tenté de se suicider ou a un projet de suicide clair	2
	Intention suicidaire active	2
	Risque incertain de fuite ou risque pour la sécurité	2
	Idéation suicidaire, sans projet	3
	Déprimé, pas d'idéation suicidaire	4
Anxiété/ Crise situationnelle	Anxiété/agitation sévère	2
	Risque incertain de fuite ou risque pour la sécurité	2
	Anxiété/agitation modérée	3
	Anxiété/agitation légère	4
Hallucinations/ Délire	Psychose aiguë	2
	Anxiété/agitation sévère	2
	Risque incertain de fuite ou risqué pour la sécurité	2
	Anxiété/agitation modérée ou accompagnée de paranoïa	3
	Agitation légère, stable	4
	Anxiété/agitation légère, hallucinations chroniques	5
Insomnie	Aiguë	4
	Chronique	5
Comportement violent/homicidaire	Danger imminent pour lui-même ou pour les autres, projet spécifique	1
	Risque incertain de fuite ou risque pour la sécurité	2
	Idéations homicidaires/violentes, sans projet	3
Problème social	Abus physique, mental, stress émotif élevé	3
	Incapable de faire face, de gérer	4
	Chronique, condition non urgente	5
Comportement bizarre	Incontrôlé	1
	Risque incertain de fuite ou risque pour la sécurité	2
	Contrôlé	3
	Comportement non dangereux	4
	État chronique, non urgent	5
Inquiétude face à la sécurité du patient	Conflit ou situation instable	1
	Risque de fuite ou d'abus continu	2
	Agression physique ou sexuelle	3
	Antécédents / signes d'abus ou de mauvais traitements	4
Trouble de comportement pédiatrique	Risque incertain de fuite ou sécuritaire / détresse familiale	2
	Difficultés aiguës avec les autres / avec le milieu	3
	Comportements problématiques persistants	4
	Comportements chroniques, inchangés	5

Adaptation tirée de : Bullard, M., Unger B, Spence J, Grafstein E. *Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines*. Can J Emerg Med 2008;10(2):136-142

TERME DE SANTÉ MENTALE	DÉFINITION
Termes liés au suicide	
Tentative de suicide	Comportement d'automutilation avec issue non fatale accompagnée de signes (explicites ou implicites) que la personne a voulu mourir. < 20 >
Intention suicidaire	Attente subjective et désir d'automutilation qui se conclurait par la mort.
Idéation suicidaire	Idées d'être l'instigateur de sa propre mort. Le degré de gravité de l'idéation suicidaire peut varier en fonction de la spécificité des projets de suicide et du degré d'intention suicidaire.
Risque incertain de fuite ou risque pour la sécurité	Menaces de violence envers soi ou les autres; patients affichant une colère non contrôlée, de l'agitation, un comportement paranoïde ou hallucinatoire; patient incapable de coopérer ou réticent à le faire et présentant un risque de suicide ou un danger de fuite. Ces patients requièrent une surveillance étroite selon les capacités et les ressources de l'établissement. (Note : si un membre de la famille accepte de rester, et que les deux personnes paraissent pouvoir attendre, une surveillance étroite « par personne désignée de l'hôpital » peut ne pas être requise.)
Définitions liées à l'anxiété et à l'agitation	
Anxiété / agitation sévère	Inconfort extrême, inquiétude ou appréhension excessifs avec signes de concentration excessive de catécholamines circulantes; ou patient dangereusement agité et non coopératif, ne se calme pas lorsqu'on le lui demande.
Anxiété / agitation modérée	Inconfort noté, inquiétude ou appréhension évidente, mais sans tachycardie ou tremblements apparents; ou patient agité et n'obéit pas toujours aux ordres (par exemple, s'assoit et se calme lorsqu'on lui demande, mais redevient vite nerveux et agité).
Anxiété / agitation légère	Inconfort léger, inquiétude ou appréhension légère, mais patient peut être rassuré; ou agité mais coopératif; obéit aux ordres.
Définitions liées aux hallucinations et aux délires	
Psychose aiguë	Peut présenter des signes de négligence de soi extrême, de la discontinuité dans les idées et/ou des pensées qui défilent rapidement, un trouble du langage, une perte de contact avec la réalité accompagnée d'un « manque d'introspection »; peut réagir à des pensées hallucinatoires et/ou délirantes, pouvant être accompagnées de comportements hostiles.
Paranoïa	Délires de persécution – sentiment d'être suivi, empoisonné ou blessé d'une certaine façon; idées de référence : le patient est convaincu que les autres parlent de lui; peut être accompagné de peur, d'agitation ou d'hostilité extrême.
Hallucinations chroniques	Antécédents connus d'hallucinations; pas de changements récents dans la nature, et/ou la fréquence, ou le degré de détresse du patient à ce sujet.
État chronique, non urgent	Le patient se présente souvent à la salle d'urgence avec une plainte récurrente qui a été adéquatement prise en charge et il est bien connu à l'urgence; ou le patient veut simplement de la nourriture, de la chaleur ou un abri temporaire.
Définitions liées aux comportements bizarres	
Incontrôlé	Comportement bizarre, désorienté ou irrationnel, non contrôlé par la communication verbale et le raisonnement; met le patient et les autres en situation de danger physique.
Contrôlé	Comportement bizarre et irrationnel perçu comme étant menaçant, mais contrôlable par la communication verbale et le raisonnement; le patient est accompagné d'un ami ou d'un membre de sa famille.
Comportement inoffensif	Comportement bizarre ou excentrique (habituellement de longue date et ne comportant pas de changements récents par rapport à l'état habituel du patient) qui n'est menaçant ni pour le patient, ni pour les autres et ne nécessitant pas d'intervention rapide.

Adaptation tirée de : Bullard, M., Unger B, Spence J, Grafstein E. *Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines*. Can J Emerg Med 2008;10(2);136-142

4.4 Écueils potentiels du triage

- Ne pas reconnaître l'instabilité hémodynamique chez les enfants ayant des raisons d'être hypovolémiques ou hypertensifs.
- Ne pas estimer les dangers liés aux plaintes relatives à la région périnéale ou aux plaintes liées à la douleur ou à l'enflure de membres (particulièrement les infections profondes).
- Ne pas reconnaître la possibilité qu'une plainte liée à la santé mentale puisse être aussi aiguë ou dangereuse qu'une plainte médicale ou chirurgicale.
- Ne pas considérer l'apparition nouvelle de comportements bizarres comme étant un problème médical aigu (par exemple : délire aigu).
- Ne pas évaluer l'état neurovasculaire d'un membre distal chez les patients qui se présentent avec de la douleur ou une blessure à un membre.
- Laisser les sentiments négatifs envers le patient influencer l'attribution de la cote de gravité.
- Méprendre les craintes des patients (« je ne peux pas respirer », « je vais mourir ») sans données physiologiques à l'appui, pour de la simple anxiété.

Il est important pour le participant à la formation de se rappeler qu'il ne faut pas se sentir sous pression si on envisage d'accorder une cote de priorité plus élevée à un patient (*uptriage*). Il est parfois nécessaire d'attribuer un niveau d'ETG plus élevé à un patient afin d'assurer sa sécurité, même si cela entraîne occasionnellement une priorisation inappropriée d'un patient par rapport à un autre.

L'infirmière au triage doit être au courant du fait que les enfants maintiennent leur pression artérielle et leurs signes vitaux jusqu'à ce qu'ils chutent de façon précipitée en état de choc. Si l'infirmière au triage croit qu'il y a possiblement une perte volémique significative, une hémorragie interne, etc., il ne faut pas faire attendre l'enfant et il faut l'amener immédiatement dans une aire de traitement actif.

Le triage de patients ayant des plaintes liées au périnée représente des risques graves pour les infirmières au triage puisque celles-ci ne peuvent voir la région du corps en question. Historiquement, la fasciite nécrosante (la maladie de Fournier dans le périnée) se rencontre le plus souvent chez les diabétiques. Toutefois, plus récemment, nous la rencontrons chez une population plus large, peut-être en raison de préférences/comportements sexuels, peut-être en raison d'un nombre accru de patients ayant le SIDA ou d'autres raisons d'immunosuppression, et peut-être en raison d'une plus grande incidence de souches bactériennes virulentes. Une autre cause rare de la fasciite nécrosante est le *vibrio vulnificus* provenant de l'eau de mer contaminée ou de l'exposition à de l'eau de mer par la voie d'une plaie ouverte (donc plus communément chez les travailleurs du secteur des pêcheries) ce qui produit une infection qui requiert habituellement un débridement chirurgical. Peu importe la cause, il est important de demander s'il y a des signes de peau « noire » (si oui = au moins un niveau 2) en utilisant « fièvre, immunosupprimé » ou en cotant le patient vers le haut en indiquant douleur centrale aiguë de niveau 2, au lieu de la douleur sévère, et ce, même si le patient ne cote pas sa douleur à plus de 7. Ces patients doivent être vus par le médecin en < 15 minutes, même s'ils sont stables puisqu'une heure de délai chez ces patients peut faire en sorte qu'une surface de débridement de 6 pouces devienne une surface qui est de 6 à 8 fois plus grande.

Rappelez-vous qu'il y a un risque majeur tant pour les infirmières au triage que pour les médecins à l'urgence de faire un triage erroné des cas de santé mentale/changements de comportement. Les pathologies potentiellement non identifiées posent surtout des risques importants au niveau du cerveau lorsque ces changements de comportement qui sont dus à

une lésion intracrânienne (résultant de trauma, vasculaire ou néoplasique), à une infection au SNC ou à un délirium (causé par une infection, une interaction médicamenteuse ou une autre cause métabolique) sont assimilés à un problème/une détérioration de l'état de la santé mentale ou lorsqu'on les laisse attendre une évaluation en santé mentale et qu'ils quittent l'urgence sans avoir été vus ou qu'ils aient été vus et ensuite référés à nouveau pour une évaluation médicale, retardant ainsi la dispensation de soins hâtifs.

4.6 Déploiement de l'ÉTG dans les milieux ruraux

Les établissements en milieu rural ont un certain nombre de caractéristiques particulières. Le personnel médical et infirmier est souvent limité dans les centres hospitaliers ruraux à travers le Canada. Afin d'assurer que des médecins surmenés n'aient pas à voir des patients « non urgents » à l'intérieur des délais définis par l'ÉTG, le Comité sur les urgences de la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC-ER)

a publié en 2002 un énoncé relatif au déploiement de l'ÉTG dans un cadre rural < CJRM 2002;7(4):271-4>. La différence principale entre cet énoncé et les lignes directrices originales de l'ÉTG était l'inclusion d'un « Protocole pour les patients de niveau 5 » qui permettrait à une infirmière formée de référer des patients à un dispensateur de services plus approprié ou de reporter les soins à un autre moment. Cette mesure visait les établissements qui n'avaient pas de médecin d'urgence de garde sur place afin d'optimiser l'utilisation des ressources médicales limitées sans porter atteinte à la

sécurité du patient. Certains membres de NENA ont exprimé des préoccupations à l'effet que cette politique pouvait engager la responsabilité des infirmières s'il y avait une suite défavorable pour le patient. En 2007, le SMRC-ER a révisé les critères qui devaient être rencontrés pour l'implantation d'une telle directive médicale, afin d'y inclure ce qui suit :

1. Les médecins d'urgence peuvent ne pas être sur place.
2. Il y a un protocole voulant que les ambulances appellent à l'avance lorsque les patients sont de niveau 1 ou de niveau 2.
3. Le personnel infirmier peut amorcer les procédures de réanimation.
4. Les soins dirigés par un médecin peuvent être fournis en personne, par téléphone ou par le biais de directives médicales.

Les patients de niveau 5 peuvent être retardés à un autre moment ou référés à un autre endroit si :

1. Le patient est âgé de 6 mois ou plus;
2. Les signes vitaux sont jugés satisfaisants par l'infirmière et que la température est entre 35°C- 38,5°C (38,3°C pour les > 60 ans);
3. Suivant l'évaluation de l'infirmière, il n'y a pas d'indication clinique à l'effet que le patient pourrait requérir une attention médicale urgente.
4. Dans les cas limites, ou lorsque l'infirmière est incertaine, une consultation téléphonique entre l'infirmière et le médecin peut permettre de déterminer que le problème est non urgent.
5. Une politique appropriée et des protocoles ont été mis en place dans l'établissement.
6. Il y a une entente entre le personnel médical et infirmier local à l'effet d'accepter le processus.

*Adaptation tirée de : *CAEP and SRPC Position Statement-Rural Implementation of CTAS; Society of Rural Physicians of Canada Emergency Committee Working Group 2002* (Stobbe K, Dewar D, Thornton C, et al. *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS): Rural Implementation Statement*. CJEM 2003 Mar;5(2):104-7) et l'énoncé révisé de 2007 affiché sur le site Web de la SMRC au <http://www.srpc.ca/> .

Le CAEP et le NENA appuient fortement l'importance que les institutions rurales aient des politiques et des protocoles foemels en place avant d'accepter ce processus.

ANNEXES

Annexe A : Remerciements

Le Groupe de travail national sur l'ÉTG désire remercier, pour leurs nombreuses contributions, les représentants des cinq associations membres qui au fil des années ont endossé l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) et dont les membres volontaires ont contribué à l'élaboration, à l'implantation, à la formation et à la recherche en lien avec l'ÉTG.

Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU)
National Emergency Nurses' Affiliation (NENA)
L'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ)
Société canadienne de pédiatrie (SCP)
Société de la médecine rurale du Canada (SMRC)

Le GTN sur l'ÉTG désire aussi reconnaître l'importance des études clés au niveau de l'élaboration de l'ÉTG et les contributions de leurs auteurs.

1. *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: Implementation Guidelines*. Can J Emerg Med 1999;1(3 suppl):S2-28. Robert Beveridge, Barbara Clark, Laurie Janes, Nancy Savage, Jim Thompson, Graham Dodd, Michael Murray, Cheri Nijssen Jordan, David Warren, Alain Vadeboncoeur, Louise LeBlanc
2. *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: Implementation Guidelines for Emergency Departments*. CJEM 2001;3(4 suppl):S1-27. Anna Jarvis, David Warren, Louise LeBlanc
3. *Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) Presenting Complaint List (Version 1.0)*. CJEM 2003;5(1):27-34. Eric Grafstein, Bernard Unger, Michael Bullard, Grant Innes
4. *Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines*. CJEM 2004;6(6):421-7. Michael Murray, Michael Bullard, Eric Grafstein

Le GTN sur l'ÉTG tient aussi à remercier tous les auteurs et contributeurs du Sous-comité sur la formation pour leur travail dans l'élaboration du matériel du programme de formation sur l'ÉTG Adulte et l'ÉTG pédiatrique à l'intention des soignants, d'avoir été les fers de lance de l'implantation et de la diffusion des programmes et d'avoir développé un cadre d'instructeurs sur l'ÉTG. Ce travail a mené à, et a finalement culminé en, l'élaboration de ce nouveau programme de formation combiné Adultes- Pédiatrie à l'intention des dispensateurs de services et du matériel de formation qui s'y rapporte.

Membres de NENA : Carla Policicchio, Debbie Cotton, Valerie Eden, Jerry Bell, Louise LeBlanc

2011 Revisions : Colleen Baryman, Traci Foss-Jeans, Joy McCarron

Membres de l'ACMU : Michael Murray, Andrew Affleck, Michael Bullard

2011 Revisions : Michael Bullard, Tom Chan, David Warren

Membres de la SCP : David Warren, Anna Jarvis

Membre de la SMRC : Trina Larsen Soles

Le GTN sur l'ÉTG désire aussi reconnaître les organismes suivants qui ont travaillé en tant que membres du groupe de la *Ontario Hospital Association*, soutenus par une subvention accordée par le *Ontario Ministry of Health and Long-term Care*, pour l'élaboration du matériel de formation et qui ont collaboré avec le GNT afin de compléter ce matériel de formation sur l'ÉTG combiné : Adulte-Pédiatrie.

Annexe B : Liste des raisons de consultation selon le SIGDU

Système canadien d'information de gestion des départements d'urgence (SIGDU) Liste des raisons de consultation, Version 1.1

Par système :

Cardiovasculaire (Cvs)

Œdème bilatéral des jambes
Arrêt cardiaque (non traumatique)
Arrêt cardiaque (traumatique)
Douleur thoracique angineuse
Douleur thoracique non angineuse
Membre sans pouls et froid
Œdème généralisé
Faiblesse générale
Hypertension
Palpitation / pouls irrégulier
Syncope / présyncope
Membre chaud et rouge

Oreille (ORL)

Écoulement de l'oreille
Otalgie
Traumatisme de l'oreille
Corps étranger dans l'oreille
Perte d'audition
Acouphène

Bouche, Gorge, Cou (ORL)

Problème dentaire ou de gencives
Difficulté à avaler/ dysphagie
Douleur faciale (non-traumatique/non-dentaire)
Traumatisme facial
Œdème/douleur au cou
Traumatisme au cou
Douleur à la gorge

Nez (ORL)

Épistaxis
Corps étranger nasal
Congestion nasale/rhinite
Traumatisme nasal
Symptômes d'IVRS

Environnement (Env)

Exposition à un produit chimique
Électrisation
Engelures
Hypothermie
Inhalation nocive
Quasi-noyade

Gastro-intestinal (GI)

Masse / ballonnement abdominal
Douleur abdominale
Traumatisme anal/rectal
Anorexie
Rectorragie/mélena
Constipation
Diarrhée
Diarrhée et fièvre (QC)
Difficulté alimentaire du nouveau-né
Corps étranger rectal
Douleur / masse à l'aîne
Hoquet
Ictère / Jaunisse
Ictère néonatal
Corps étranger oral / oesophagien
Douleur rectale/périnéale
Nausées/vomissements
Hématémèse

Génito-urinaire(GU)

Douleur au flanc
Écoulement / lésion génitale
Traumatisme génital
Hématurie
Oligo-anurie
Œdème – pénis
Polyurie
Douleur ou oedème au scrotum
Rétention urinaire
Symptômes d'infection urinaire

Santé mentale et psychosociale (SM)

Anxiété/crise situationnelle
Comportement bizarre
Inquiétude face à la sécurité du patient
Dépression ou automutilation
Idées suicidaires
Tentative de suicide
Hallucinations
Insomnie
Trouble de comportement chez l'enfant
Problème social
Comportement violent/homicidaire

Neurologique (SNC)

Altération du niveau de conscience
Confusion
Faiblesse d'un membre / symptômes d'ACV
Enfant hypotonique
Trouble d'équilibre/ataxie
Traumatisme crânien
Céphalée
Convulsion
Hypoesthésie/paresthésie
Tremblements
Vertige

Gynéco-Obstétrique (GO)

Corps étranger vaginal
Œdème vulvaire
Problèmes menstruels
Problèmes de grossesse < 20 sem
Problèmes de grossesse > 20 sem
Agression sexuelle
Saignement vaginal
Écoulement vaginal
Douleur ou prurit vaginal(e)

Ophthalmologie (OPHTH)

Exposition de l'œil à un produit chimique
Diplopie
Douleur oculaire
Traumatisme oculaire
Corps étranger oculaire
Écoulement/rougeur oculaire
Œdème périorbitaire
Photophobie
Réévaluation oculaire
Problème de vision

Orthopédie (ORTHO)

Amputation
Douleur dorsale
Vérification de plâtre
Gonflement articulaire
Blessure au membre inférieur
Douleur au membre inférieur
Trouble de l'équilibre/boiterie chez l'enfant
Trauma dos / rachis
Blessure au membre supérieur
Douleur au membre supérieur

Respiratoire (RESP)

Réaction allergique
Épisode d'apnée du nourrisson
Toux / Congestion
Toux et fièvre (QC)
Hémoptysie
Hyperventilation
Arrêt respiratoire
Corps étranger dans les voies respiratoires
Dyspnée
Stridor
Sibilants – sans autre plainte

Tégument (PEAU)

Abrasion
Morsure
Exposition sang/liquide biologique
Brûlure
Cyanose
Corps étranger (peau)
Lacération /plaie punctiforme
Œdème ou rougeur localisé(e)
Nodules, bosses, ampoules
Autre condition de la peau
Prurit
Éruption cutanée
Rougeur/œdème du sein
Enlever points/agraves
Éliminer infestation
Ecchymose spontanée
Piqûre d'insecte
Réévaluation d'une plaie

Intoxication (INTOX)

Intoxication
Usage de toxiques/drogues
Symptômes de sevrage

Traumatisme (T)

Traumatisme abdominal – non pénétrant
Traumatisme abdominal – pénétrant
Traumatisme thoracique – non pénétrant
Traumatisme thoracique – pénétrant
Traumatisme majeur – non pénétrant
Traumatisme majeur – pénétrant

Général et mineur (GEN)

Résultats de labos anormaux
Maladie congénitale des enfants
Référence pour consultation
Changement de pansement
Exposition à une maladie contagieuse
Fièvre
Hyperglycémie
Hypoglycémie
Test d'imagerie diagnostique
Pleurs inconsolables du nourrisson
Problème d'appareil médical
Plaintes mineures
Teint pâle/anémie
Complications postopératoires
Demande d'ordonnance ou de médic.
Enlever bague

Annexe C : Échelle de Glasgow (GSC)

L'échelle de Glasgow a été élaborée dans les années 1970 en tant qu'outil permettant d'évaluer les blessures neurologiques de nature traumatique. L'outil évalue l'ouverture de l'œil, la réponse verbale et la réaction motrice. Les valeurs attribuées dans la liste ci-dessous sont additionnées. La cote la plus faible est de 3; le maximum est de 15. Les patients au triage sont catégorisés comme suit : inconscient 3 – 9, conscience altérée 10 – 13 ou normale 14 – 15. Une cote de 10 – 13 indique un dysfonctionnement neurologique et permet de faire un choix de la cote au triage. Une cote de 3 – 9 indique une blessure ou perte fonctionnelle significative et place automatiquement le patient dans la catégorie du niveau 1 de l'ÉTg – réanimation. Les patients ayant une démence, une déficience cognitive ou un dysfonctionnement neurologique chronique rendent l'utilisation de l'échelle difficile. Tentez de déterminer un point de référence pour le fonctionnement et évaluez s'il y a des écarts de ce qui est normal pour le patient.

Cote à l'échelle de Glasgow

Pour vérifier l'ouverture des yeux, la réponse verbale et la réaction motrice, cochez l'énoncé qui décrit le mieux le niveau de fonctionnement du patient. Pour obtenir la cote à l'échelle de Glasgow, additionnez les valeurs correspondantes aux énoncés retenus.

Échelle de Glasgow - Adultes

Fonction	Cote	Observation
Ouverture des yeux	1	Pas d'ouverture des yeux
	2	Ouverture en réponse à la douleur aux membres
	3	Ouverture des yeux en réponse à la parole
	4	Ouverture spontanée des yeux
Meilleure réponse verbale	1	Pas de réponse verbale
	2	Discours incohérent
	3	Discours inapproprié
	4	Conversation confuse
	5	Réponse orientée
Meilleure réaction motrice	1	Aucune réaction à la douleur
	2	Flexion/extension de l'extenseur à la douleur
	3	Réaction anormale des fléchisseurs à la douleur
	4	Se rétracte à la douleur
	5	Réaction localisée à la douleur
	6	Obéit aux ordres

Annexe D : Échelle de Glasgow pédiatrique

		Observation		
Fonction	Cote	Âge > 1 an		Âge < 1 an
Ouverture des yeux	4	Spontanée		Spontanée
	3	Sur commande verbale		Aux cris
	2	À la douleur		À la douleur
	1	Pas de réponse		Pas de réponse
Fonction	Cote	Âge > 1 an		Âge < 1 an
Meilleure réaction motrice	6	Obéit		Spontanée
	5	Localise la douleur		Localise la douleur
	4	Flexion-retrait		Flexion-retrait
	3	Flexion-anormale (rigidité de décortication)		Flexion-anormale (rigidité de décortication)
	2	Extension anormale (rigidité de décortication)		Extension anormale (rigidité de décortication)
	1	Pas de réponse		Pas de réponse
Fonction	Cote	Âge > 5 ans	Âge 2 à 5 ans	Âge 0 à 23 mois
Meilleure réponse verbale	5	Orienté et converse	Mots/phrases approprié(e)s	Sourit et roucoule normalement
	4	Désorienté et converse	Mots inappropriés	Crie et est consolable
	3	Mots inappropriés	Pleurs et cris incessants	Pleurs et/ou cris inappropriés et incessants
	2	Sons incohérents	Grognements	Grognements, agité
	1	Pas de réponse	Pas de réponse	Pas de réponse

Emergency Nurses Association ENPC provider manual: 2nd edition (1998)

Annexe E : Mesure de la température

La méthode de mesure de la température diffère par groupe d'âge et les différents types de thermomètres ont des plages de températures normales différentes, telles qu'identifiées au tableau ci-après. La température rectale est recommandée pour tous les enfants de moins de 2 ans, mais pas pour les enfants qui sont immunosupprimés. Vérifiez la politique de votre établissement pour déterminer quelle méthode doit être utilisée.

Âge	Technique recommandée	
30 jours à 2 ans	Premier choix	Rectal (définitif)
	Second choix	Axillaire (dépistage)
Plus de 2 ans à 5 ans	Premier choix	Rectal
	Second choix	Oreille
	Troisième choix	Axillaire
Plus de 5 ans	Premier choix	Oral
	Second choix	Oreille
	Troisième choix	Axillaire

Méthode de mesure	Plage normale de température	
Rectal	36,6°C - 38°C	(97,9°F – 100,4°F)
Oral	35,5°C – 37,5°C	(95,9°F – 99,5°F)
Oreille	35,8°C - 38°C	(96,4°F – 100,4°F)
Axillaire	34,7°C – 37,3°C	(94,5°F – 99,1°F)

Adaptation tirée des Tables 1 et 2 de; Community Paediatrics Committee, Canadian Paediatrics Society (CPS). *Temperature measurements in paediatrics (position statement)*, Paediatric Child Health 2000;5(5);ref no CP00-01.

Annexe F : Échelles pédiatriques de la douleur

Échelle de la douleur exprimée en mots (ou *Pain Word Scale*)

Description:

L'échelle à 4 niveaux est un outil d'auto-évaluation qui est utile lorsqu'on évalue la douleur liée à une intervention, la douleur aiguë et la douleur chronique.

Patients visés :

Enfants préscolaires. Peut aussi être utile dans la mesure de la douleur chez les enfants qui sont incapables d'utiliser des échelles plus compliquées, comme l'échelle faciale de la douleur - Révisée (ou *Faces Pain Scale*), ou l'échelle de cotation numérique de 0-10. Les enfants doivent pouvoir comprendre les concepts de la classification et de la sériation. Ils doivent aussi être capables de comprendre et de produire le langage de manière suffisante, de même que de comprendre les états émotionnels.

Instructions :

Demandez à l'enfant de classifier sa douleur dans l'une des quatre catégories :
« aucune », « un peu », « moyen » ou « beaucoup ».

« Combien de douleur ressens-tu – aucune, un peu, moyen ou beaucoup? »

Échelle de cotation numérique de 0 – 10 (ou *Numerical Rating Scale (NRS)*)

Description :

L'Échelle de cotation numérique est un outil d'auto-évaluation qui est utile lorsqu'on évalue la douleur liée à une intervention, la douleur aiguë ou la douleur chronique.

Patients visés :

Enfants d'âge scolaire et adolescents. Les enfants doivent être capables de compter jusqu'à dix et comprendre les concepts de la classification et de la sériation. Ils doivent aussi être capables de comprendre et de produire le langage de manière suffisante, de même que de comprendre les états émotionnels

Instructions :

Demandez à l'enfant/adolescent d'attribuer un chiffre à sa douleur avec la valeur 10 qui représente la pire douleur jamais connue.

« Si 0 représente aucune douleur et 10 représente la pire douleur imaginable, quel degré de douleur ressens-tu maintenant? »

Échelle faciale de la douleur – Révisée (ou *Faces Pain Scale – Revised (FPS-R)*)

Description :

L'échelle faciale de la douleur – Révisée est un outil d'auto-évaluation qui est utile lorsqu'on évalue une douleur liée à une intervention, une douleur aiguë ou une douleur chronique.

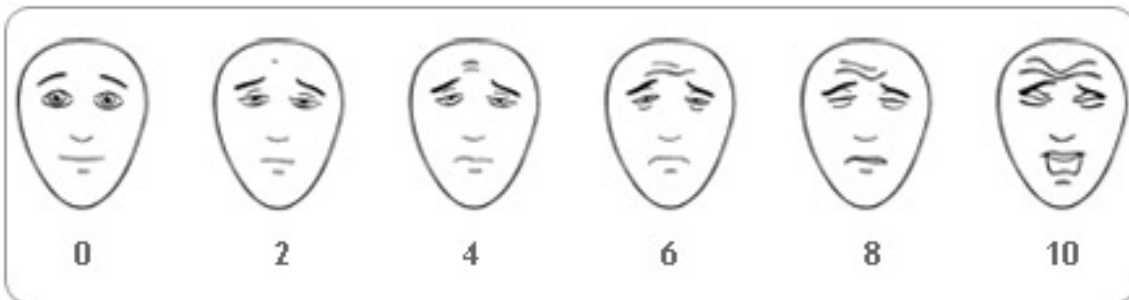
Patients visés :

Enfants d'âge préscolaire et d'âge scolaire. Les enfants doivent comprendre les concepts de la classification et de la sériation. Ils doivent aussi posséder une compréhension et une production du langage suffisantes, de même que comprendre les états émotionnels.

Instructions :

Demandez à l'enfant d'indiquer quel visage représente le degré de douleur qu'il ressent. N'utilisez pas de mots tels que « content » ou « triste ». Cette échelle est censée mesurer comment les enfants se sentent en dedans, et non pas refléter ce dont leur visage a l'air.

« Ces visages montrent à quel degré quelque chose peut faire mal. Ce visage (pointez le visage le plus à gauche) ne démontre aucune douleur. Les visages montrent de plus en plus de douleur (pointez chaque visage de gauche à droite) jusqu'à celui-ci (pointez celui le plus à droite) – qui démontre beaucoup de douleur. Pointez le visage qui montre à quel point vous avez mal (en ce moment). »



Cotez le visage choisi 0, 2, 4, 6, 8, 10 en comptant de gauche à droite afin que 0 = aucune douleur et que 10 = beaucoup de douleur.

FLACC

Description:

Le FLACC est un outil d'observation des comportements permettant d'évaluer la douleur aiguë.

Patients visés :

Nourrissons, tout-petits, enfants d'âge préscolaire. Peut également être utile pour les enfants ayant une déficience cognitive et les adolescents.

Instructions :

Observez le nourrisson/enfant et notez une cote pour chaque catégorie. L'addition des cotes pour chacune des catégories donnera une cote totale d'un maximum de 10.

Catégories	0	1	2
<i>Face</i> (visage)	Pas d'expression particulière ni de sourire	Grimace ou froncement des sourcils occasionnel, est retiré, désintéressé	Menton tremblotant fréquemment ou constamment, mâchoire serrée
<i>Legs</i> (jambes)	Position normale ou détendue	Troublé, agité, tendu	Coups de pieds ou jambes repliées
<i>Activity</i> (activité)	Repose calmement, position normale, bouge facilement	Gigotements, remue d'un côté à l'autre, tendu	Arqué, rigide ou gestes saccadés
<i>Cry</i> (pleur)	Ne pleure pas (éveillé ou endormi)	Gémit ou pleurniche, plainte occasionnelle	Pleurs constants, cris ou sanglots, plaintes fréquentes
<i>Consolability</i> (capacité d'être consolé)	Content, détendu	Réassuré par un toucher occasionnel, un câlin ou lorsqu'on lui parle, distrait	Difficile à consoler ou à reconforter
Cote totale :			

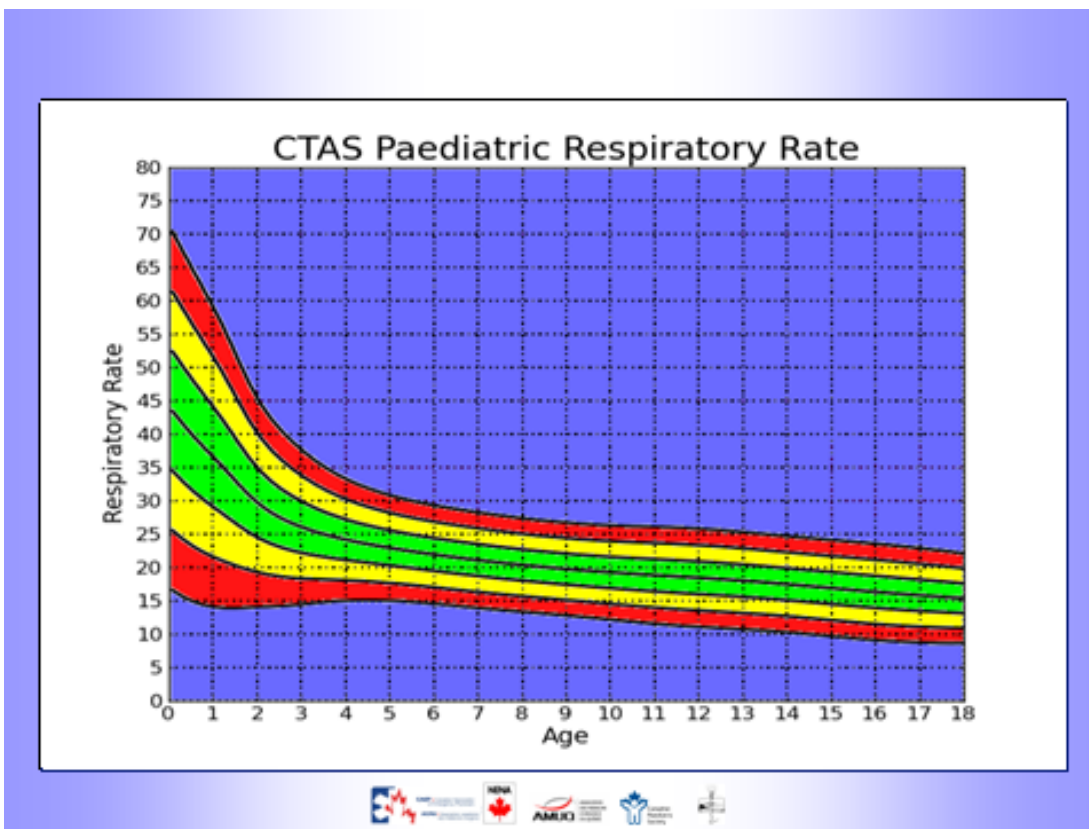
Référence

Merkel, S.L., Voepel-Lewis, T., Shayeviz, J.R., & Malviya, S. *The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children*. Paediatric Nursing 1997;23: 293-297.

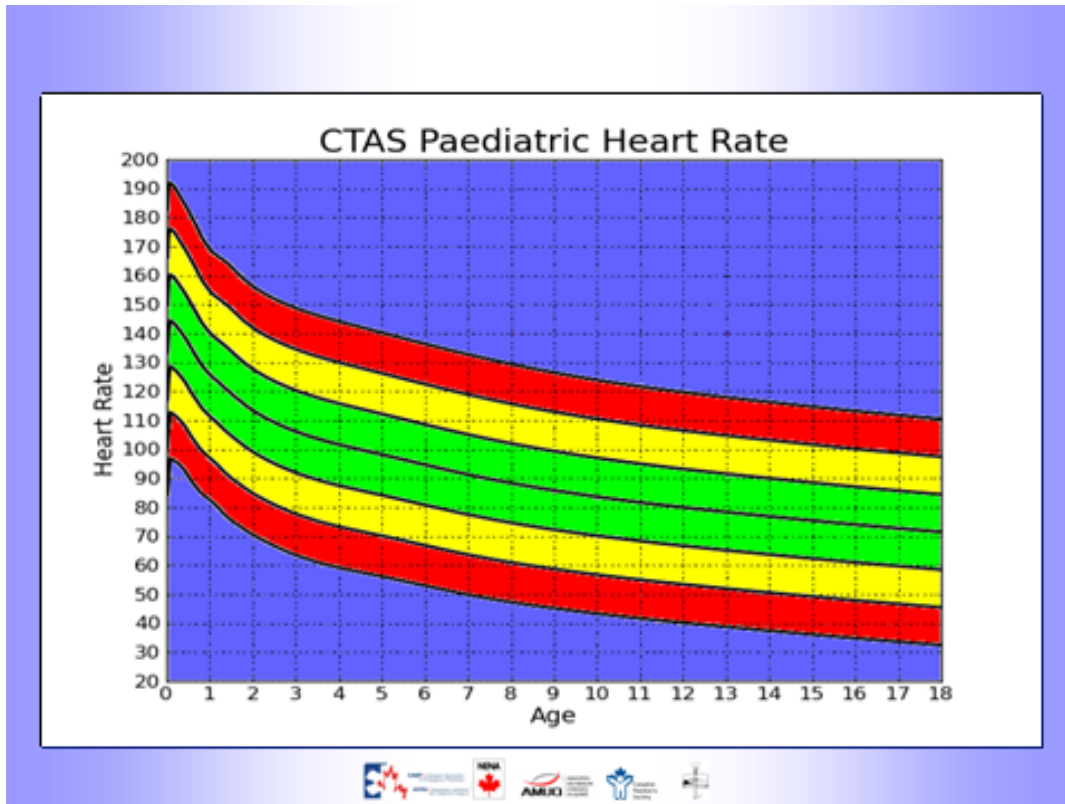
Annexe G : Signes vitaux normaux et écarts-types

Les enfants qui ont reçu une cote de priorité selon l'ÉTG de niveau 1 (réanimation) ou de niveau 2 (très urgent) ne devraient jamais être retenus au triage pour compléter l'anamnèse ou la mesure des signes vitaux en confirmation de leur niveau au triage. Ces tableaux sont fournis à titre de lignes directrices de référence pour aider dans l'attribution d'une cote de priorité appropriée. Toutefois, ils devraient être appliqués conformément aux définitions de la détresse respiratoire **sévère, modérée et légère**; à la définition de l'état de **choc** et de l'**instabilité hémodynamique**; tels qu'appriés précédemment, avant de prendre une décision finale. **Il est hautement recommandé d'afficher ces tableaux dans toutes les aires d'évaluation au triage.** (En cas de doute – Accordez une cote plus urgente (*triage up*)!)

Fréquence respiratoire

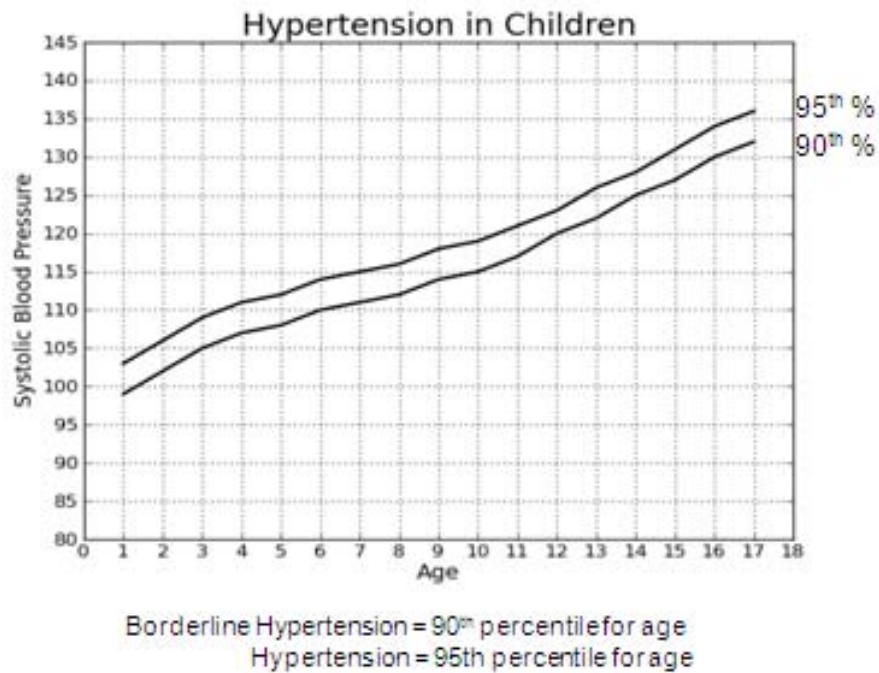


Fréquence cardiaque



Référence: Susannah Fleming, Matthew Thompson, Richard Henneghan, Normal ranges of heart rate and respiratory rate in children from birth to 18 years of age; a systematic review of observational studies. *The Lancet*. Mar 19-25, 2011. Vol. 377, Issue 9770; pg. 1011-1019.

Hypertension pédiatrique



Référence: 50th percentile height for age from The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation and treatment of High Blood Pressure |Children and Adolescents, Pediatrics 2004; 114;555-576.

Traduction à partir de la version anglaise et québécoise réalisée par Gaétan Arseneau Basque, Instructeur en Triage pour le CAEP. La traduction du texte original et la reproduction de la version traduite ont été réalisées conformément aux directives du CAEP.