

Triage dans les situations d'urgence pédiatrique en Suisse

Sergio Stocker, Zürich

Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

1. Introduction

C'est un fait que le nombre de consultations dans les services d'urgence augmentent constamment, pas seulement en Suisse, mais partout au monde. Nous n'en discutons pas les raisons ici.

Les adaptations personnelles et structurales au nombre croissant de patients ne sont possibles que dans une certaine mesure et ne suivent pas les besoins.

Le triage dans un service d'urgence sert à concentrer les moyens limités en personnel et en matériel au médicalement urgent.

Une enquête réalisée en 2002 dans 22 cliniques pédiatriques suisses devait révéler si le triage était une réalité et si des efforts étaient entrepris dans ce domaine.

2. Enquête 2002

20 sur 22 cliniques ont retourné le questionnaire qui leur avait été adressé. Les conclusions les plus importantes sont:

- Les enfants sont vus et examinés en premier par une infirmière (fig. 1)
- Les enfants ne sont généralement pas soignés dans l'ordre d'arrivée (fig. 2)
- Ce n'est pas la personne qui voit l'enfant en premier qui décide de l'ordre de traitement (fig. 3)
- L'intérêt pour le triage est grand, mais il n'existe pas de concept de triage (fig. 4 et 5)

En résumé on peut affirmer qu'il n'existe pas de système de triage formel mais que les patients sont néanmoins traités selon l'urgence. Ce sont bien les infirmières qui ont le premier contact et qui procèdent au premier examen clinique de l'enfant, mais elles ne décident pas de l'ordre de traitement.

3. Groupe de travail triage

À partir de cet intérêt pour le triage et du fait qu'il existe mondialement différents sys-

tèmes de triage bien établis est née l'idée de créer un «Groupe de travail triage». Pourquoi chaque clinique devrait-elle inventer son propre système de triage, alors qu'on pourrait, en réunissant et en concentrant ainsi nos forces, emprunter un système de triage existant et l'adapter à nos besoins?

En novembre 2004 les représentants de toutes les cliniques intéressées se sont réunis à la Clinique pédiatrique de Zurich pour discuter de triage. Fait important, déjà lors de cette première réunion se sont retrouvés des représentants du corps médical et infirmier. Les Drs Jean-Daniel Krähenbühl, Lausanne, Alain Gervais, Genève et Sergio Stocker, Zurich ont présenté leurs propres expériences avec des systèmes de triage.

Du temps a été consacré à la présentation de systèmes de triage existants ailleurs. Les pionniers en matière de médecine d'urgence clinique sont les Etats Unis, le Canada, l'Angleterre et l'Australie. Ces pays se sont réunis dans la «International Federation for Emergency Medicine» (IFEM), fondée en 1991. Nous présentons ici brièvement les systèmes de triage utilisés dans ces pays.

Ils ont en commun la limitation du temps d'attente maximal pour les patients selon des critères cliniques.

4. Systèmes de triage dans le monde

Etats Unis d'Amérique

Pas d'homogénéité. Il existe des modèles à 3 niveaux, 4 niveaux et 5 niveaux avec mauvaise concordance et une tendance en faveur des modèles à 5 niveaux.

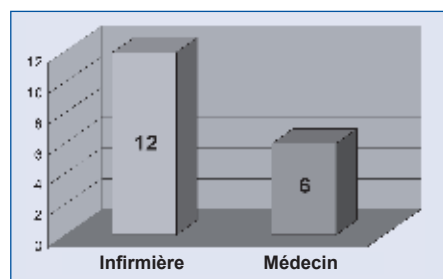


Fig. 1: Qui examine en premier le patient?

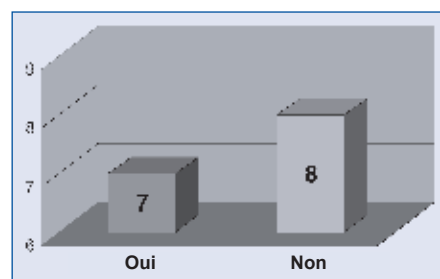


Fig. 2: Est-ce que les enfants sont soignés dans leur ordre d'arrivée?

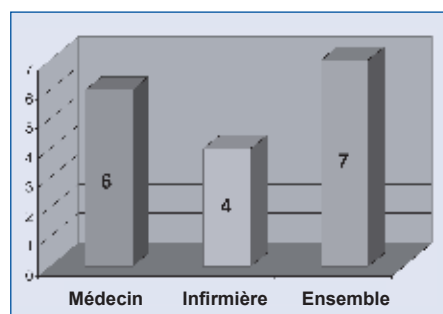


Fig. 3: Qui décide de l'ordre de traitement?

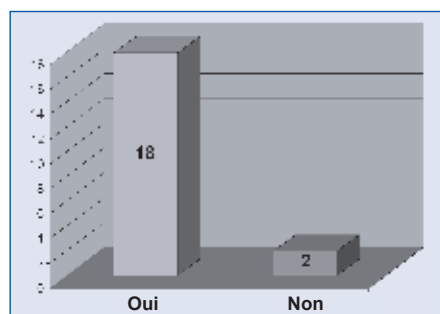


Fig. 4: Qui est intéressé par une évaluation multicentrique d'un système de triage existant?

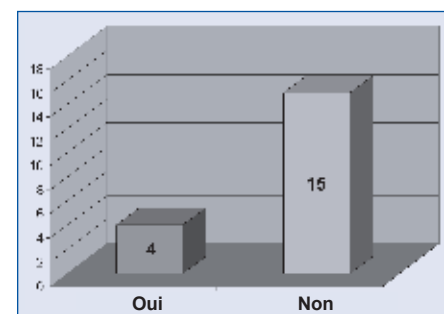


Fig. 5: Est-ce que des concepts de triage sont déjà appliqués?

Angleterre

Le «Manchester Triage Group» a développé le modèle à 5 niveaux suivant:

Degré	Désignation	Couleur	Temps visé (min)
1	Immediate	rouge	0
2	Very urgent	orange	10
3	Urgent	jaune	60
4	Standard	vert	120
5	Non-urgent	bleu	240

Ce système peut être adapté aux adultes et aux enfants. Pour les maladies les plus variées (p.ex. «détresse respiratoire de l'enfant», «testicule douloureux», «diarrhée») existent des diagrammes décisionnels qui attribuent le patient, selon les symptômes, à une catégorie de triage.

Canada

La «Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale» est aussi un modèle à 5 niveaux:

Degré	Désignation	Temps visé (min)
1	Immediate	0
2	Very urgent	15
3	Urgent	30
4	Standard	60
5	Non-urgent	120

L'attribution à une certaine catégorie de triage ne se fait pas selon des tabelles ou des diagrammes décisionnels mais sur la base de «descriptions» de tableaux cliniques ou de maladies.

Australie

La «Australian Triage Scale» (ATS) a été adaptée par l'Australasian College for Emergency Medicine (ACEM) à partir de la «National Triage Scale» existant depuis 1993 et est appliquée pour les adultes et les enfants depuis 2000 dans tous les services d'urgence d'Australie, de Nouvelle Zélande et de Nouvelle Guinée.

Il s'agit également d'un modèle à 5 niveaux:

Degré	Désignation	Couleur	Temps visé (min)
1	Resuscitation	rouge	0
2	Emergency	orange	10
3	Urgent	vert	30
4	Semi-urgent	bleu	60
5	Non-urgent	blanc	120

L'attribution à une catégorie de triage se fait après évaluation de la respiration, des voies

respiratoires, de la circulation, de l'état de conscience et de la douleur.

Les différents modèles ont été discutés, les avantages et désavantages évalués. Certains ont déjà un système et ne doivent certainement pas le changer. La grande majorité s'est décidée pour l'ATS.

5. Australasian Triage Scale

Il s'agit, comme décrit ci-dessus, d'un modèle à 5 niveaux qui repose comme l'«ABC d'urgence» sur l'évaluation des paramètres vitaux. Pour chaque critère (respiration, voies respiratoires, circulation, état de conscience et douleur) l'attribution dans une des 5 catégories est faite selon un tableau. Sont ensuite aussi évalués des critères neuro-vasculaires, psychiatriques et ophtalmologiques (*tableau 1*). Le paramètre avec la catégorie la plus basse définit la catégorie globale. L'évaluation de ces paramètres se fait indépendamment du diagnostic de base.

L'ATS met à disposition des documents écrits, en anglais, concernant le triage en général ainsi que des dossiers destinés à la formation pratique. Ils peuvent être obtenus chez l'auteur de cet article.

6. Évolution

Le groupe de travail s'est retrouvé en septembre 2005 à Genève, pour échanger les expériences faites jusqu'ici. Cette réunion a été organisée par Alain Gervais.

L'application de ce nouveau modèle n'avait pas atteint le même stade partout, mais tout le monde s'accordait pour dire qu'on était sur le bon chemin. Urs Schumacher de la Clinique pédiatrique Münsterlingen a raccourci et traduit (en allemand) le texte original anglais très détaillé. Il peut être obtenu à son adresse urs.schumacher@stgag.ch

7. Situation actuelle

La liste qui suit est le résultat d'une nouvelle enquête et vous indique la situation fin novembre 2005:

- **Les cliniques suivantes ont introduit l'ATS:**
 - Klinik für Kinder und Jugendliche Kantonsspital Münsterlingen,
 - Kinderklinik Kantonsspital Aarau

- Klinik für Kinder und Jugendliche Stadtsptal Triemli
- Hôpital des Enfants, Hôpitaux Universitaires de Genève
- Kinderspital Zürich

- **Les cliniques suivantes ont prévu l'introduction de l'ATS:**

- Département de pédiatrie, CHUV, Lausanne
- Kinderklinik Winterthur
- Département de Pédiatrie, Centre Hospitalier du Centre du Valais, Hôpital de Sion
- Service de pédiatrie, Hôpital Communal, La Chaux-de-Fonds
- Clinique pédiatrique Wildermeth, Bienne
- Service de Pédiatrie, Hôpital Pourtalès, Neuchâtel
- Clinique de Pédiatrie, Hôpital Cantonal Fribourg
- Universitäts-Kinderklinik beider Basel
- Ostschweizer Kinderspital St.Gallen, à l'essai
- **Est intéressé à l'introduction de l'ATS, pas de plan concret:**
 - Service de pédiatrie, Hôpital Régional Delémont

8. Prochaine réunion

La 3^{ème} réunion du groupe de travail aura lieu le 12.5.2006 à la Clinique pédiatrique d'Aarau et sera organisée par Gerald Berthet. Un programme détaillé sera envoyé.

Correspondance:

Dr. Sergio Stocker
Geissbergstrasse 81
8208 Schaffhausen
Tel. 052 625 00 59
Fax 052 625 00 56
sergio.stocker@hin.ch

	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4	Catégorie 5
Airway Voies respiratoires	• Obstruction ou • Obstruction partielle avec dyspnée sévère	Obstruction partielle avec dyspnée modérée	• Obstruction partielle avec dyspnée légère	–	–
Breathing respiration	• Respiration absente ou hypoventilation sévère • Dyspnée sévère ◦ utilisation importante de la musculature respiratoire accessoire ◦ tirage important ◦ cyanose	• Respiration présente • Dyspnée modérée ◦ utilisation modérée de la musculature respiratoire accessoire ◦ tirage discret ◦ pâleur	• Respiration présente • Dyspnée légère ◦ utilisation discrète de la musculature respiratoire accessoire ◦ tirage léger ◦ pâleur	• Respiration présente • Pas de dyspnée ◦ pas d'utilisation de la musculature respiratoire accessoire ◦ pas de tirage	• Respiration présente • Pas de dyspnée ◦ pas d'utilisation de la musculature respiratoire accessoire ◦ pas de tirage
Circulation Signes de deshydratation	• Arrêt circulatoire • Insuffisance circulatoire sévère ◦ absence de pouls périphérique ◦ peau pâle, froide, humide, marmorée ◦ tachycardie significative ◦ récapillarisation > 4sec. ◦ Hémorragie incontrôlée	• Insuffisance circulatoire modérée ◦ pouls brachial faible ◦ peau pâle, froide ◦ tachycardie modérée ◦ récapillarisation 2–4sec. ◦ > 6 symptômes de deshydratation	• Insuffisance circulatoire discrète ◦ pouls périphérique palpable ◦ peau pâle, chaude ◦ tachycardie discrète ◦ 3–6 symptômes de deshydratation	• Absence d'insuffisance circulatoire ◦ pouls périphérique palpable ◦ peau rose, chaude, sèche ◦ < 3 symptômes de deshydratation	• Absence d'insuffisance circulatoire ◦ pouls périphérique palpable ◦ peau rose, chaude, sèche ◦ pas de deshydratation
Disability Troubles fonctionnels Etat de conscience	• GCS < 8	• GCS 9–12 • Activité fortement réduite ◦ absence de contact visuel ◦ diminution du tonus musculaire • Fortes douleurs ◦ douleurs subjectivement très fortes ◦ peau pâle, froide ◦ altérations des signes vitaux ◦ douleurs insupportables sans analgésiques • Risque neuro-vasculaire important ◦ absence de pouls ◦ extrémités froides ◦ sensibilité et/ou motricité absente ◦ récapillarisation sévèrement réduite	• GCS > 13 • Activité modérément réduite, p.ex. ◦ contact visuel si dérangé ◦ léthargie • Douleurs modérées ◦ douleurs subjectivement modérées ◦ peau pâle, chaude ◦ altérations des signes vitaux ◦ demande analgésiques • Risque neuro-vasculaire moyen ◦ pouls présent ◦ extrémités froides ◦ sensibilité et/ou motricité réduite ◦ récapillarisation légèrement réduite	• GCS normal, aucun changement par rapport au GCS habituel • Activité légèrement réduite, p.ex. ◦ contact visuel présent, mais tranquille ◦ interaction avec parents • Douleurs légères ◦ douleurs subjectivement légères ◦ peau rose, chaude ◦ aucune altération des signes vitaux ◦ analgésiques souhaités • Risque neuro-vasculaire léger ◦ pouls présent ◦ sensibilité et/ou motricité normale ou discrètement perturbée ◦ récapillarisation normale	• GCS normal, aucun changement par rapport au GCS habituel • Aucune diminution de l'activité, p.ex. ◦ joue ◦ rit • Absence de douleurs ◦ analgésiques non souhaités • Absence de risque neuro-vasculaire
Urgences psychiatriques	• Risque avéré de mettre en danger soi-même et/ou autrui • Comportement violent • En possession d'une arme • Auto-destructeur	• Risque probable de mettre en danger soi-même et/ou autrui • Tentative / menace de se blesser soi-même ou autrui • Comportement / attitude violents • Extrêmement agité / anxieux • Physiquement / verbalement agressif • Desorienté / incapable de coopérer • Nécessite une contention	• Pourrait mettre en danger soi-même et/ou autrui • Pensées suicidaires • Agitation importante • Comportement / attitude modérément dangereux • Agité / anxieux • Attitude envahissante • Attitude étrange • Renfermé • Ambivalent • Symptômes psychotiques ◦ hallucinations ◦ fantasmes, obsessions ◦ paranoïaque ◦ symptômes dépressifs • Angoissé • Survolté / irritable	• Modérément désespéré • Ni agressif, ni agité • Coopératif • Raconte histoires cohérentes • Angoissé ou dépressif, mais pas suicidaire	• Aucun danger pour soi-même ni pour autrui • Aucun trouble du comportement • Pas d'agitation aiguë • Coopératif • Communicatif • Se conforme aux instructions • Patients connus avec symptômes chroniques • Désir de médicaments • Symptômes indésirables discrets de médicaments • Problèmes financiers, sociaux, de logement et relationnels
Urgences ophtalmologiques		• Perte soudaine de la vue avec ou sans blessure • Début soudain de fortes douleurs oculaires • Blessure perforante de l'œil • Blessure par produits chimiques	• Vision anormale soudaine, avec ou sans blessure • Douleurs oculaires modérées après ◦ blessure contondante ◦ blessure par éclair lumineux ◦ corps étranger	• Vision normale • Douleurs oculaires discrètes après ◦ blessure contondante ◦ blessure par éclair lumineux ◦ corps étranger	• Vision normale • Absence de douleurs oculaires

Tableau 1