

Triage aux urgences pédiatriques : où en sommes-nous ?

Triage in Paediatric Urgent Care: What Is Currently Happening?

G. Cheron · F. Angoulvant

© SFMU et Lavoisier SAS 2014

Triage. Le terme est familier à tous les urgentistes. Action de trier, de répartir en choisissant. Il est introduit en médecine lors des guerres napoléoniennes sur les champs de bataille. Militaire, il identifie ceux qui, quoi qu'on fasse, vont survivre pour les uns, vont décéder pour les autres et priorisent donc les blessés dont les soins immédiats peuvent transformer le pronostic. Les Anglo-Saxons ont même adopté le terme français pour en faire un nom et s'ils n'ont pas su le traduire, ils ont développé des échelles dans le but de prioriser les patients en fonction de leurs états, de leurs symptômes pour raccourcir le délai de prise en charge et améliorer le pronostic des plus sévèrement malades.

Le concept est simple à énoncer. L'objectif, une nécessité, ne souffre pas la contestation. La mise en œuvre est difficile. L'enquête nationale sur les méthodes de triage aux urgences pédiatriques présentée dans ce numéro des AFMU révèle les améliorations nécessaires au sein de notre système de santé [1]. En 2009, deux tiers des services interrogés avaient un triage infirmier, réalisé par un personnel ayant moins de deux ans d'ancienneté dans 70 % des cas, sans aucune expérience près d'une fois sur cinq, triage intuitif dans la moitié des cas, triage évalué une fois sur cinq seulement. Ce résultat s'il date de cinq ans n'en est pas très surprenant au regard des questions posées, des difficultés inhérentes au triage. Ce triage doit-il être infirmier en toutes circonstances ? Le passage en box infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) doit-il être systématique, même en cas de grande affluence au risque de créer un goulot d'étranglement source d'une attente supplémentaire pour les patients de la file d'attente ? Si ce passage est systématique, ne doit-il pas être doublé et être potentiellement la porte d'entrée d'un circuit court, c'est-à-dire médicalisé ? Doit-on compléter ce triage infirmier de prises en charge complètes par des infirmières formées pour des pathologies définies ? Quelles grilles de tri mettre en place ? Les conditions architecturales se prêtent-

elles au triage ? Quelle formation donner aux personnels ? Quel degré d'expérience est souhaitable ? Comment évaluer l'une et l'autre ?

Les outils de triage pédiatrique sont au nombre de quatre [2], tous composés de cinq niveaux. Le plus ancien est la grille australienne qui comporte trois items spécifiquement pédiatriques, l'enfant en choc, le nouveau-né stable et l'enfant à risque, ce qui n'est pas le plus aisé à identifier par une IAO. Sans validation externe pédiatrique, elle ne peut être exploitée. La Canadian Triage and Acuity Scale date du début des années 2000. Son évaluation rétrospective multicentrique dans 12 services des urgences (SU) sur une période d'un an, avec plus de 550 000 enfants [3], montrait une forte association entre le niveau de tri, le taux d'hospitalisation, la probabilité de quitter le SU avant tout examen médical, la durée de séjour au sein du SU. Les résultats, forces et limites, de ce travail ont très bien été analysés par les auteurs. Ils soulignent la difficulté à relier l'extrême urgence et la décision d'hospitalisation, l'anaphylaxie étant un exemple d'urgence niveau 1 mais donnant rarement lieu à une hospitalisation dans le système canadien. Le taux d'hospitalisation est un indicateur dépendant des organisations qu'il s'agisse de l'aval, de la seniorisation du SU, des horaires, des conditions socio-économiques, quand une mesure de saturation en oxygène ne décide pas de l'avenir de l'enfant [4]. Enfin, on ne peut exclure que le choix du niveau de tri influence les décisions médicales ultérieures. La partie pédiatrique de l'échelle de Manchester a été développée en 2006, et plusieurs mises à jour ont été publiées par la suite. Elle comporte des fiches de tri spécifiques à la pédiatrie avec des items généraux et des points dits discriminants spécifiques au motif de consultation. Une version récente vient de faire l'objet d'une évaluation multicentrique dans quatre SU pédiatriques de trois pays européens [5]. Les résultats sont analysés selon le taux d'hospitalisation propre à chaque niveau de tri pour la population globale d'une part, pour les enfants fébriles d'autre part. Les modifications liées à l'introduction dans le tri des constantes vitales (fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, saturation en oxygène) sont recherchées. Pour les enfants fébriles, la nouvelle

G. Cheron (✉) · F. Angoulvant
Service des urgences pédiatriques, université Paris-Descartes,
hôpital Necker-Enfants-Malades, Assistance Publique-Hôpitaux
de Paris, 149, rue de Sèvres, F-75015 Paris, France
e-mail : gerard.cheron@nck.aphp.fr

échelle modifiait le niveau de triage de 46 % d'entre eux, et le taux d'hospitalisation passait de 20 à 37 % pour le groupe trié comme très urgent. Les variations étaient similaires dans les quatre établissements. L'adjonction des constantes vitales dans le processus de triage ne modifiait pas significativement le taux d'hospitalisation ultérieur. Cet important travail ne peut à lui seul démontrer la validité externe de la nouvelle version de l'échelle de Manchester. En effet, les versions 1 et 2 de l'échelle modifiée étaient appliquées a posteriori à des dossiers classés dans un premier temps par la version initiale de l'échelle. Par ailleurs, nous avons déjà évoqué la faible pertinence du taux d'hospitalisation comme critère de jugement principal. L'Emergency Severity Index est la quatrième échelle pédiatrique, non validée également. Elle comporte désormais également un tri spécifique pour la fièvre, fonction de l'âge et des symptômes recueillis à l'interrogatoire.

L'évaluation de ces échelles est difficile. Sa sensibilité est sa capacité à identifier les patients urgents, et sa spécificité celle à identifier les patients non urgents. L'agrément — le niveau de concordance entre les décisions de deux IOA ou entre la décision d'une IOA et celle d'un médecin, la reproductibilité intra-individuelle sont souvent rapportés comme des facteurs importants dans l'évaluation de ces grilles [6,7]. Il tient certainement à la grille de tri. Il témoigne également du niveau de formation des personnels, de l'expérience du « trieur », du motif de consultation, des protocoles de soins locaux, et son intérêt ne peut se passer d'études multicentriques prospectives. Ses outils doivent aussi démontrer qu'ils peuvent être utilisés dans des services, dont l'organisation, l'architecture, l'activité, en volume comme en nature, varient d'un centre à l'autre.

L'implantation de tels outils nécessite une formation des personnels, une confiance dans l'outil, une facilité d'emploi

et l'obtention rapide d'un niveau de tri, le meilleur pour une situation, un enfant donné. Le nombre de questions nécessaires à la décision est un équilibre complexe entre le luxe de détails et le temps imparti au triage dans un service surchargé. Il ne faut pas exclure de ces outils la possibilité de déboucher sur un circuit court ou une réorientation des patients [8].

Références

1. Courtois E, Carbajal R, Galeotti C (2015) Enquête nationale sur les méthodes de triage aux urgences pédiatriques. *Ann Fr Med Urg* 5:3-8
2. van Veen M, Moll HA (2009) Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 17:38
3. Graven J, Fitzpatrick E, Gouin S, et al (2013) Performance of the Canadian Triage and Acuity Scale for children: a multicenter database study. *Ann Emerg Med* 61:27-32
4. Schuh S, Freedman S, Coates A, et al (2014) Effect of oximetry on hospitalization in bronchiolitis. A randomized clinical trial. *JAMA* 312:712-8
5. Seiger N, van Veen M, Almeida H, et al (2014) Improving the Manchester Triage System for pediatric emergency care: an international multicenter study. *PLoS One* 9:e83267
6. Le triage en structure des urgences. Recommandations formalisées d'experts. Société française de médecine d'urgence 2013. http://www.sfm.u.org/documents/consensus/RFE_triage_IOA_2013.pdf (dernier accès le 4 décembre 2014)
7. Ganley L, Gloster AS (2011) An overview of triage in the emergency department. *Nurs Stand* 26:49-56
8. Marchetti M, Lepape M, Lauque D (2014) La réorientation à l'accueil des services d'urgences : évaluation des pratiques professionnelles françaises. *Ann Fr Med Urg* 4:349-53