

C H U | U V C
B R U G M A N N

Implémentation de système de triage HOW-TO



afiu



LIÈGE université
Médecine

Yves MAULE

RN,CCN, MSc, PhDc

Manager de Soins – Dep. Med. Critique CHU BRUGMANN

Vice-président AFIU

Chercheur / Doctorant Uliège Ecole de Santé Publique

Manchester Triage Instructor

Conflit d'intérêt

- Je suis impliqué dans le développement et l'intégration de l'échelle de Manchester
- Je participe à l'implémentation de système de triage dans les services d'urgences.

Introduction



Pourquoi un système de triage ?

Situation où l'offre de soins est inférieure à la demande → priorisation (pas le cas dans tous les services)

Notion de Surge Capacity

Le patient qui reste en salle d'attente en n'ayant pas été évalué voit son risque relatif d'événement adverse augmenter après 15 minutes.

Gestion du flux de patient.

1

Triage n'est pas nouveau, 1792, Baron Dominique Jean Larrey, Chirurgien en chef des armées de Napoléon

2

Premier focus était les situations de masses ou les ressources étaient insuffisantes par rapport au besoin

3

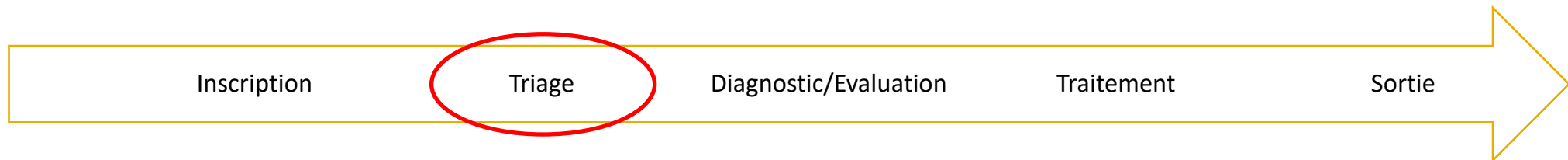
→ transfert du concept à la médecine individuelle

4

En 1994 suite à des observations, le NHS a déduit le besoin d'uniformiser le triage en GB → Manchester Triage Group est né

Histoire du triage

- Parcours du patient au sein des Urgences :



- Différence entre le processus de triage, l'outil de triage et la fonction d'accueil et d'orientation (gestion de flux)
 - Processus de triage :



Que dit la
science ? /
les mythes

Meta-Analysis

> [BMJ Open. 2019 May 28;9\(5\):e026471. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026471.](#)

Performance of triage systems in emergency care: a systematic review and meta-analysis

Joany M Zachariasse ^{# 1}, Vera van der Hagen ^{# 1}, Nienke Seiger ¹, Kevin Mackway-Jones ², Mirjam van Veen ^{1 3}, Henriette A Moll ¹

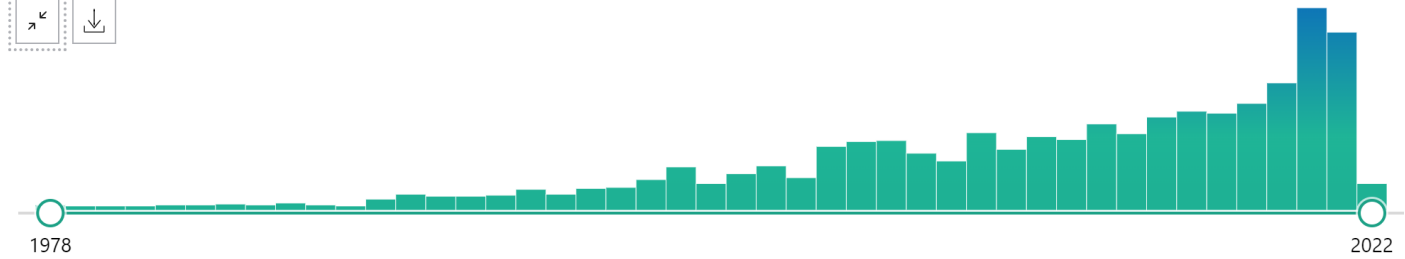
Results: Sixty-six eligible studies evaluated 33 different triage systems. Comparisons were restricted to the three triage systems that had at least multiple evaluations using the same reference standard (Canadian Triage and Acuity Scale, Emergency Severity Index and Manchester Triage System). Overall, validity of each triage system to identify high and low-urgency patients was moderate to good, but performance was highly variable. In a subgroup analysis, no clear association was found between ED patient volume or casemix severity of illness and triage systems' performance.

Conclusions: Established triage systems show a reasonable validity for the triage of patients at the ED, but performance varies considerably. Important research questions that remain are what determinants influence triage systems' performance and how the performance of existing triage systems can be improved.

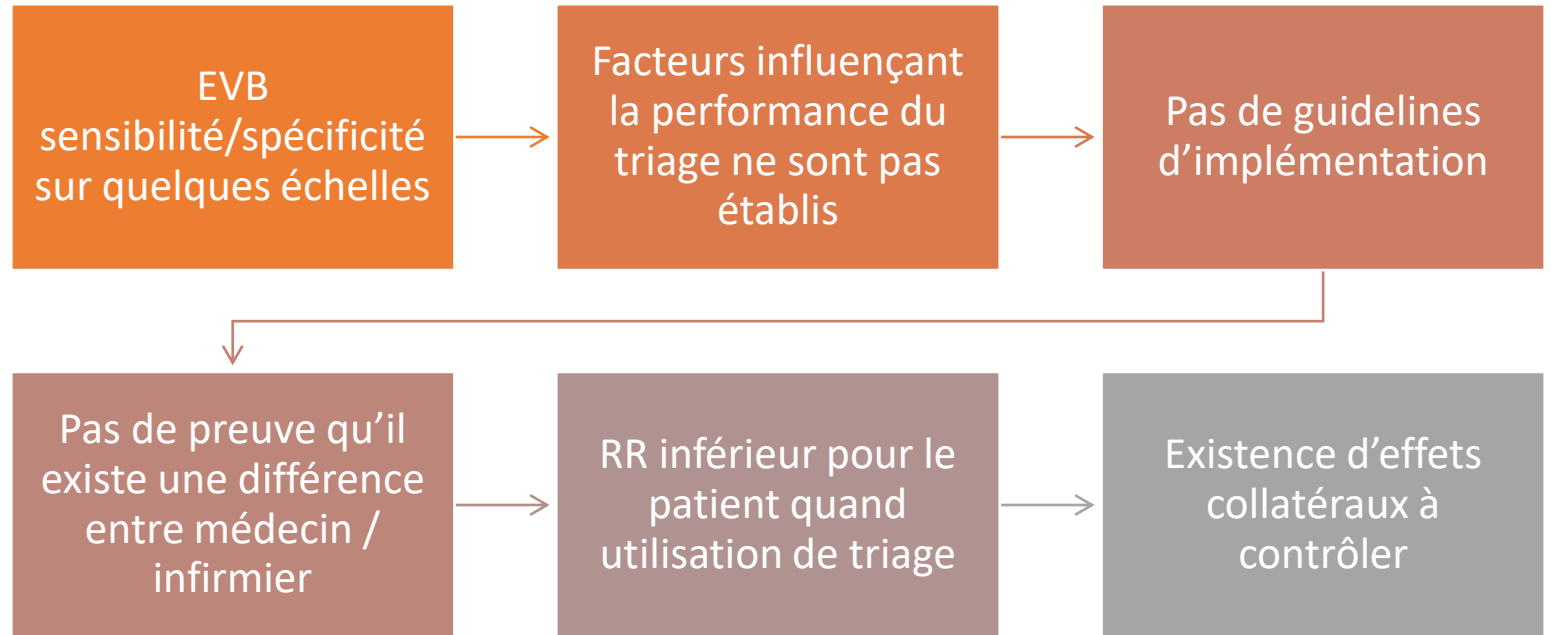


RESULTS BY YEAR

1,789 results



A l'analyse



Quel outil choisir ?

- Il doit être EVB
- Sensibilité et spécificité suffisante pour garantir la bonne sélection de critères.
- Adapté à la personne qui l'utilise (différence inf./Med.)
- De préférence offrant une tendance surtriage pour garantir la sécurité du patient
- Tenant compte de la douleur
- Avec une adaptation a des populations spécifiques (pédiatrie, assuétudes, psychiatrie, personne fréquentant souvent le service des Urgences)
- Il doit être auditable.

Quid de la
legislation ?

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

[C – 2014/24231]

25 AVRIL 2014. — Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre

Liste des prestations techniques de soins infirmiers et actes infirmiers pouvant être confiés
 Arrêté Royal du 21 avril 2007 (MB 14 mai 2007) modifiant l'AR du 18 juin 1990 (tel que modifié)

| I N F I R M I E R | <i>Annexe I</i> | <i>Annexe I</i> | <i>Annexe II</i> |
|--|---|---|--|
| | Actes B1 (autonomie infirmière) | Actes B2 (prescription médicale, OP) | Acte C (acte confié, ordre permanent) |
| | - RCP avec moyens non invasifs (ex. : usage du masque/ballon) | - RCP avec moyens invasifs (ex.: intubation, masque laryngé, défib.) | |
| | Administration d'oxygène | | |
| | - Placement d'un cathéter IV en périphérique, prélèvement de sang, placement d'une perfusion intraveineuse d'une solution saline isotonique Application éventuelle d'un régulateur de débit | - Application du traitement par contention physique pour toute lésion après manipulation éventuelle par le médecin (application de plâtres, de plâtres de synthèse et d'autres techniques de contention) | |
| - Placement d'une solution IV saline isotonique via un système porte SC, prélèvement de sang et application d'un régulateur de débit | | | |
| | | - Prélèvement de sang par ponction intra artérielle | |

Annexe IV : prestations techniques de soins infirmiers et actes médicaux confiés réservés aux porteurs d'un titre professionnel particulier ou d'une qualification professionnelle particulière.

Prestations techniques de soins infirmiers confiés aux porteurs du titre SISU ou assimilé (5 ans d'ancienneté à la date du 1^{er} juillet 1998 dans un service d'urgence, un service de soins intensifs ou un service mobile d'urgence).

Prestations techniques applicables au travers d'une procédure ou d'un plan de soins référent au sein d'une fonction soins intensifs, soins urgents spécialisés, service mobile d'urgence et dans le cadre de l'aide médicale urgente.

| | | | |
|------------------|--|--|---|
| S I S U | - RCP avec moyens techniques invasifs (intubation, masque laryngé, défibrillation) | | - Placement d'un cathéter par voie intra-osseuse |
| | - Interprétation de paramètres : fonctions cardiovasculaire, respiratoire et neurologique | | |
| | - Manipulations d'appareils de surveillance : fonctions cardiovasculaire, respiratoire et neurologique | | |
| | -Accueil, évaluation, triage et orientation des patients | | |

Attention : « en cas d'urgence uniquement, un ordre permanent peut-être appliqué sans précision nominative du patient ».

Recommandations CTAI 2015-2019

Si un triage systématique est prévu au sein du service de soins urgents spécialisés, la direction de l'hôpital doit assurer la permanence d'un infirmier TPP pour cette fonction, sans préjudice des compétences requises pour les autres soins infirmiers au sein du service ; ce qui signifiera en pratique la permanence d'au moins deux infirmiers porteurs du TPP. Une formation supplémentaire ne peut pas se substituer au TPP ni autoriser les infirmiers non-porteurs du TPP d'effectuer le triage.

Comment
implémenter ?



Challenge à relever

- Tenir compte de la résistance au changement
- Tenir compte de la taille de l'équipe de triage
- Tenir compte de la littératie de l'équipe dans le domaine
- Tenir compte des préférences culturelles en matière d'apprentissage
- Tenir compte des effets de bords qui seront générés par l'implémentation du triage
- Fixer des objectifs à atteindre dans le temps
- Prévoir dès le départ la formation continuée en la matière et l'accueil de nouveau candidats trieurs
- Tenir compte du système informatique (traçabilité,...)

Moyen à mettre en oeuvre

Cadre Conceptuel d'implémentation

```
graph TD; A[Cadre Conceptuel d'implémentation] --> B[Evaluation systémique]; B --> C[Formation]; C --> D[Coaching]; D --> E[Auditing];
```

Evaluation systémique

Formation

Coaching

Auditing

Cadre
conceptuel



THE OHIO STATE UNIVERSITY
COLLEGE OF NURSING

The Helene Fuld Health Trust
National Institute for Evidence-based Practice

LEVERAGING EVIDENCE, LEADERSHIP. AND COLLABORATION TO BUILD BEST PRACTICE EBP PROGRAMS AND ACHIEVE RESULTS



Bernadette Mazurek Melnyk, PhD, RN, APRN-CNP, FAANP, FNAP, FAAN

The Ohio State University College of Nursing, Columbus, OH, USA

Penelope F. Gorsuch, DNP, RN, ACNP-BC, CCNS, CCRN-K, NEA-BC

Executive Leadership, Dayton VA Medical Center, Dayton, OH, USA

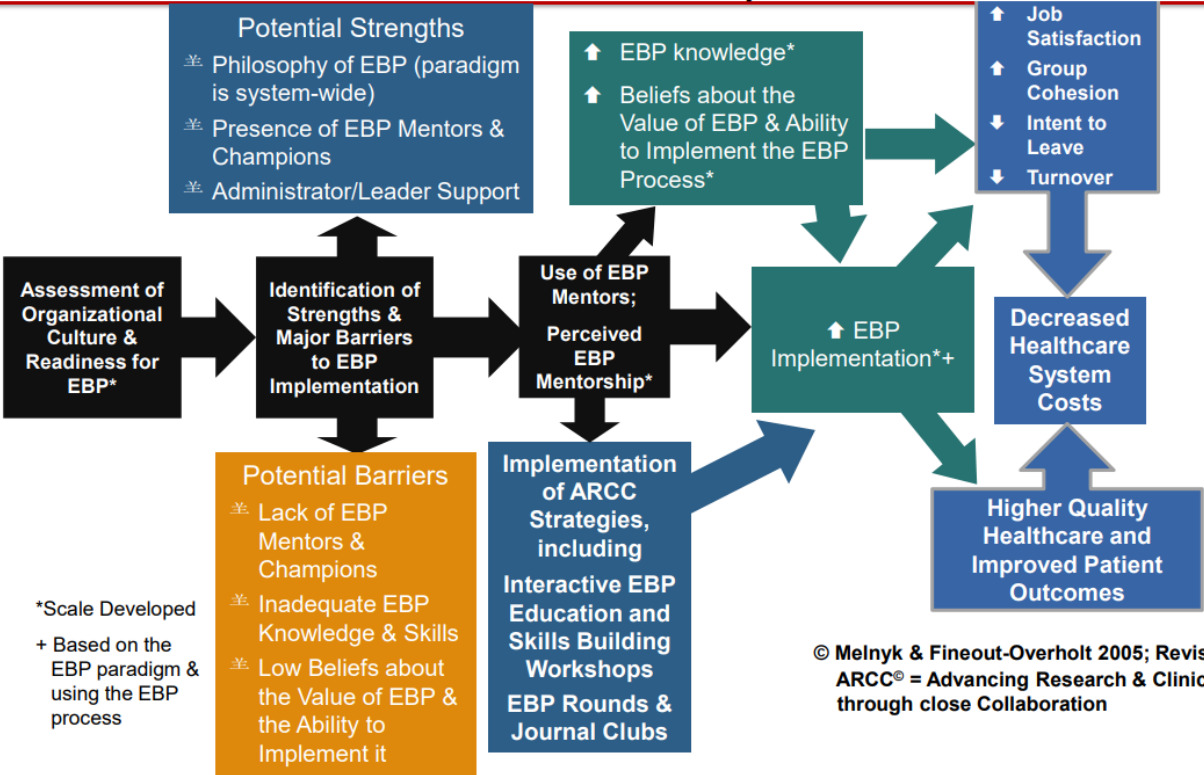
Lynn Gallagher-Ford, PhD, RN, NE-BC, DPFNAP, FAAN

Helene Fuld National Institute for Evidence-based Practice in Nursing and Healthcare

The Ohio State University College of Nursing, Columbus, OH, USA



The ARCC[®] (Advancing Research and Clinical practice through close Collaboration) Model



*Scale Developed
 + Based on the EBP paradigm & using the EBP process

© Melnyk & Fineout-Overholt 2005; Revised, 2017
 ARCC[®] = Advancing Research & Clinical practice through close Collaboration

Conséquences

Pas une seule méthode
d'implémentation

Obligation de maintenir
un encadrement dans le
temps car triage =
processus dynamique

Adaptation à
l'environnement

Update des guidelines

Modification des
besoins de la population

Effets collatéraux

Agressivité

- Prévoir un encadrement en terme de gestion de l'agressivité
- Information du patient
- Soutien de l'équipe

Nécessité de Protocolisation

- Gestion de la douleur
- Renvoi vers d'autres structures au départ du TRI

Répartition de la charge de travail

- Impact du transfert de flux
- Répartition des prises en charge entre les médecins

Effets collatéraux

Impact sur la coordination

- Perception divergente du patient par les acteurs du service
- Fonctionnement par reconnaissance de pattern induit divergence entre infirmier
- Hypothético déductif / inductif induit des différences entre inf. et médecin
- Orientation du patient vers des ressources externes

Impact du turn over de personnel sur la qualité du triage.

Charge de travail mentale liée au triage.

Met en lumière la multiculturalité des prises en charge (gestion de la douleur, barrière linguistique).

« Taylorisation » du parcours du patient,

Take Home Message

Chemin complexe car multidimensionnel

Nécessité de se faire accompagner et de bien choisir les outils

Privilégier un outil de triage qui bénéficie d'une communauté et d'un développement continu.

Une accréditation peut être un plus car oblige à sortir de sa zone de confiance

Ne pas sous estimer les zones out of control (informatique, formation,...)

Bibliographie