

AVIS (ET16-0613)

Recension des échelles de triage spécialisées en santé mentale pour la clientèle adulte

Avis préparé par :

Andrée Fortin, Ph.D., agente de planification, programmation et recherche

Alain Rioux, Ph.D., directeur adjoint à la qualité et à la performance

1. CONTEXTE ET OBJECTIF

Un des objectifs du comité de coordination du MEL régional est d'harmoniser les outils de priorisation utilisés dans les Guichets d'accès en santé mentale adulte de la région afin de développer un langage commun. Dans ce contexte, l'unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé (UETMIS) a été sollicitée par la Direction des programmes-clientèles et des soins infirmiers (DPCSI) qui lui a adressé la question suivante : **Quels sont les échelles de triage disponibles en santé mentale pour la clientèle adulte ?**

À la lumière des données probantes issues des articles scientifiques, les objectifs visés par cette demande d'évaluation sont les suivants:

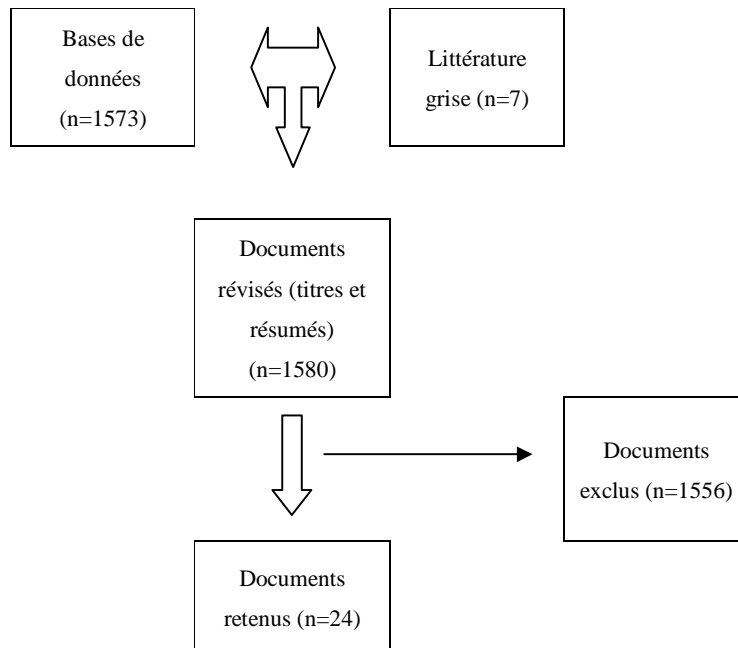
- recenser les échelles de triage spécialisées en santé mentale
- présenter une description sommaire des principales caractéristiques de ces échelles

2. RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET MÉTHODOLOGIE

Une recherche documentaire a été réalisée dans diverses bases de données électroniques (Annexe A) afin de repérer les données probantes. De plus, les bibliographies des documents consultés ont aussi été

examinées afin de relever d'autres références pertinentes. Une recherche documentaire complémentaire a été réalisée en utilisant les moteurs de recherche *Google* et *Google Scholar*.

2.1 Processus de sélection des documents



Des 24 documents retenus, 16 sont issus de la recherche dans les bases de données, 3 ont été repérés dans la littérature grise et 5 ont été sélectionnés dans les bibliographies des documents retenus. Les documents exclus l'ont été pour les raisons suivantes : autre sujet, triage en santé physique, performance de triage, urgence psychiatrique en tant que pathologie, triage en pédopsychiatrie.

2.2 Recherche des échelles de triage

Dans le but d'effectuer une comparaison sommaire des principales échelles de triage en santé mentale, des démarches ont été entreprises afin d'obtenir un exemplaire de ces échelles de triage. La plupart des échelles provenant de l'extérieur de la province de Québec ont été obtenues par courriel via le site Internet des hôpitaux psychiatriques qui utilisent ces échelles. Au Québec, les informations sur le triage en santé mentale ont été obtenues par courriel suite à un contact téléphonique des personnes

responsables des services d'urgence. L'ÉTG canadienne, échelle de triage pour soins physiques, a été obtenue auprès de l'AMUQ (Association des Médecins d'Urgence du Québec).

3. RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Un certain nombre d'échelles de triage en soins physiques sont utilisées internationalement, les plus connues sont le «Manchester Triage System» (MTS) utilisé au Royaume-Uni et dans certains pays européens, le «Emergency Severity Index» (ESI) utilisé principalement aux USA et le «Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale» (CTAS) ou Échelle de Triage et de Gravité (ETG) utilisée à travers le Canada et fortement inspirée de l'échelle Australienne. Ces échelles utilisées dans les départements d'urgence contiennent très peu de guides pour le triage des personnes qui se présentent à l'urgence avec un problème de santé mentale. À titre d'exemple, l'ÉTG canadienne contient aux niveaux 2 à 5 des exemples de profils cliniques en santé mentale mais la grande majorité concerne la santé physique (Annexe D, p. 15). On mentionne dans la littérature qu'en Australie, le développement d'échelles de triage spécialisées en santé mentale est devenu un besoin urgent afin de combler cette lacune et donner au personnel de l'urgence un outil adéquat pour l'évaluation des personnes se présentant avec un problème de santé mentale. Ainsi, l'Australie a grandement contribué au développement d'échelles de triage spécialisées en santé mentale.

3.1 Le triage en santé mentale (tableau comparatif, Annexe C)

En Australie les échelles de triage sont utilisées depuis 1993 avec l'introduction de l'échelle NTS (National Triage Scale) conçue par l'ACEM (Australasian College for Emergency Medicine) pour le triage en santé physique. Comme pour les échelles mentionnées plus haut, l'échelle NTS ne contenait pas de descripteurs en santé mentale. En 2000, l'ACEM a modifié le NTS en incluant des descripteurs brefs pour les présentations en santé mentale et a changé le nom de l'échelle pour ATS (Australasian Triage Scale) (Annexe D, p. 16). Cette échelle de triage à 5 niveaux, qui n'est toutefois pas une échelle spécialisée en santé mentale ou MHTS (Mental Health Triage Scale), a par la suite été introduite dans tous les départements d'urgence d'Australie, en dépit de sa faible fiabilité inter-évaluateurs (Creaton 2006).

Les échelles spécialisées en santé mentale Australiennes ont été développées en réponse à l'augmentation de l'achalandage à l'urgence et au manque de formation en santé mentale du personnel. En 1994 une étude a été menée au Royal Hobart Hospital avec pour principal objectif le développement

d'une échelle de triage spécialisée en santé mentale s'articulant avec le NTS. Cette échelle en est une à 4 niveaux comprenant de courtes descriptions de profils cliniques en santé mentale (Annexe D, p. 17) correspondant aux niveaux 2 à 5 du NTS. Les patients en danger de mort imminente étaient catégorisés au niveau 1 du NTS.

Au cours de la même période, les politiques en santé mentale mises en place au niveau national et dans l'état du New South Wales ont soulignées la nécessité d'améliorer la gestion des présentations en santé mentale dans les départements d'urgence. Tobin et al. (1999) mentionne que l'échelle de triage spécialisée en santé mentale existante ne permet pas de faire la différence entre les symptômes et les comportements observés par l'infirmière au triage et le comportement rapporté par une tierce partie. Une échelle de triage spécialisée en santé mentale à 5 niveaux a par la suite été développée par le « South Eastern Sydney Area Health Service » (SESAHS) (Annexe D, p. 18). Cette échelle permet l'évaluation des comportements « observés » et « rapportés » comme indicateurs de gravité pour déterminer le niveau de triage sans nécessiter de connaissances spécialisées en santé mentale. Selon Tobin et al. (1999), cette échelle possède une bonne fiabilité inter-évaluateurs.

Par la suite l'échelle du SESAHS a été modifiée et adaptée par Broadbent (2001) pour créer l'échelle «Victorian Emergency Department Mental Health Triage Tool» (Annexe D, p. 19) dans le cadre du projet du National Institute of Clinical Studies (NICS). Cette échelle à 5 niveaux est une combinaison de l'ATS avec descripteurs en santé mentale et de l'échelle spécialisée en santé mentale du SESAHS (SESAHS-MHTS) adaptée par le Geelong Hospital. Comparativement à l'échelle du SESAHS, le « Victorian triage tool » contient pour chaque niveau de triage une section « Observed / Reported » avec davantage d'exemples de profils cliniques ainsi qu'une section « Principes généraux d'intervention » qui contient des informations concernant le niveau de surveillance requis, les actions à prendre et les éléments à considérer.

Bien que les échelles de triage spécialisées en santé mentale autre que l'ATS soient largement utilisées à travers l'Australie, la plupart des départements d'urgence continuent d'utiliser l'ATS pour le triage en santé mentale au lieu d'adopter une échelle spécialisée. On rapporte également dans la littérature que quatre échelles de triage en santé mentale sont en cours d'utilisation en Australie soient : ATS avec descripteurs en santé mentale, Royal Hobart MHTS, SESAHS-MHTS et Victorian Emergency Department Mental Health Triage Tool (Broadbent 2010).

Au Royaume-Uni, l'évaluation du risque initial dans le cadre du triage de patients ayant un problème de santé mentale suspecté ou réel est réalisée depuis 2004 à l'aide de l'outil de triage RAM

(«Risk Assessment Matrix») (Annexe D, 20). Selon le « National Institute for Health and Clinical Excellence » (NICE) et le « Royal College of Psychiatrists», une évaluation initiale rapide du risque devrait être faite à l'arrivée à l'urgence. L'objectif de l'échelle RAM est de permettre au personnel d'identifier les patients ayant un problème de santé mentale et de prioriser les soins selon le niveau de risque qu'ils représentent pour eux-mêmes ou pour les autres. Cet aspect serait selon Patel et al. (2009) négligé dans plusieurs autres outils existants. L'échelle RAM est également conçue pour l'évaluation des problèmes de santé mentale non-associés à l'automutilation ou au risque suicidaire. L'évaluation du risque avec cet outil n'utilise pas de cotation numérique, mais plutôt une estimation du risque allant de faible (vert), moyen (jaune) à élevé (rouge) en réponse à des questions simples répondues par oui ou non. À la portée du personnel non-spécialisé en psychiatrie, cet outil permet aux cliniciens d'appliquer leur jugement clinique de façon structurée et de prendre des décisions basées sur une vue d'ensemble du patient plutôt que d'utiliser un outil complexe. Finalement, en dépit de l'utilisation de l'échelle RAM depuis plusieurs années et de la recommandation d'une implantation plus étendue, aucune étude de validité n'a pas été entreprise jusqu'en 2009.

Aux États-Unis, la recherche documentaire n'a pas permis d'obtenir d'informations au sujet du triage en santé mentale. L'information disponible concerne l'utilisation de l'échelle ESI mentionnée au début de la section 3 et de la diversité des outils de triage en soins physiques. Afin d'avoir un modeste aperçu de la situation aux États-Unis, deux hôpitaux psychiatriques de l'état de New York ont été contactés, le New York psychiatric institute et le Creedmoor psychiatric center. Au moment de la rédaction de ce rapport, aucune réponse n'a été reçue de ces deux hôpitaux.

Au Canada, la situation semble varier d'une province à l'autre. On ne retrouve pas d'échelle de triage en santé mentale standardisée et implantée à travers le pays comme l'ÉTG pour les soins physiques. Les provinces de Québec et de l'Ontario ont d'abord été considérées, puis deux hôpitaux de l'Alberta et de la Colombie-Britannique ont également été contactés afin d'avoir un aperçu très fragmentaire de la situation hors Québec.

Dans la ville de Québec, les urgences psychiatriques localisées dans les centres hospitaliers généraux (CHUL et Enfant-Jésus) n'utilisent pas d'échelle de triage en santé mentale, mais plutôt un «Formulaire d'évaluation initiale». Ce formulaire utilisé pour l'urgence a été conçu pour évaluer tous les symptômes et facteurs de risque importants dont l'hétéro-agressivité, le risque suicidaire, la désorganisation et les délires / hallucinations. Il n'y a pas de cotation associée à cette évaluation qui se

base sur le jugement clinique. La priorisation, préalablement faite avec l'ÉTG afin de déterminer si un problème physique est sous-jacent au problème de santé mentale, est prise en compte et respectée.

À Montréal, l'Institut Douglas, l'hôpital Louis-H. Lafontaine et le pavillon Albert-Prévost de l'hôpital Sacré-Cœur utilisent un outil de triage informatisé. À l'Institut Douglas et à l'hôpital Louis-H. Lafontaine, le «Progiciel de gestion des soins et services de l'urgence» SIURGE (Système d'Information de l'Urgence) est utilisé à l'urgence. Le progiciel SIURGE créé la firme LOGIBEC a été adapté pour la santé mentale par l'établissement utilisateur. Il s'agit d'un outil informatisé permettant de déterminer le niveau de priorité (inspiré de l'ÉTG à 5 niveaux) et d'effectuer un triage avancé en soins psychiatriques. Le niveau de priorité (2 à 5) n'est pas «calculé» automatiquement par SIURGE mais est déterminé par l'infirmière à l'urgence à l'aide de toutes les informations recueillies et de son jugement clinique. À l'Institut Douglas, les patients de priorité 1, en danger de mort imminent (déterminé par les ambulanciers) sont automatiquement dirigés vers un centre hospitalier général. Si un patient agité se présente à l'Institut Douglas, il est d'emblée de priorité 2 et la première intervention sert à le calmer. À ce moment, quelques informations peuvent tout de même être recueillies dans SIURGE, mais celles-ci sont complétées seulement lorsque le patient est calmé. Pour les patients non agités, les informations sont recueillies dans SIURGE à l'arrivée à l'urgence. Au pavillon Albert-Prévost, pavillon psychiatrique avec urgence psychiatrique, une collecte de données adaptée à la santé mentale est réalisée en complément au logiciel MED-URGE de la firme MédiaMed Technologies. Selon l'information disponible sur le site internet de MédiaMed technologies, « Med-Urge intègre l'Échelle de Triage et Gravité (ÉTG), incluant une base de données avant-gardiste assurant un triage ciblé selon la raison de la visite du patient (COT/TORV). L'outil de triage informatisé est précis et performant : il permet de trier rapidement la clientèle de l'urgence en 5 secondes / 4 clics ou encore selon une approche complète et en profondeur. Il répond aux besoins de tous les types d'urgences, y compris la pédiatrie et la psychiatrie.»

À Toronto, au « Centre for Addiction and mental health » (CAMH) autrefois connu sous le nom d'Institut Clarke, on utilise l'ÉTG canadienne avec niveaux adaptés aux urgences (pathologies) psychiatriques (Annexe D, p. 24). Cette échelle, que l'on pourrait qualifier d'ÉTG-santé mentale (ÉTG-SM) n'est pas une échelle de triage officielle et n'est pas utilisée à travers le Canada. Contrairement à l'ÉTG canadienne qui donne seulement quelques exemples de présentations en santé mentale (psychose, agitation, idée suicidaire), l'échelle du CAMH est en majorité axée pour la santé mentale avec quelques exemples de présentations médicales.

En Alberta, le «Royal Alexandra hospital» d'Edmonton accueille les patients dans un département d'urgence traditionnel. Bien que les personnes souffrant d'un problème de santé mentale qui s'y présentent soient «triés» comme les bonnes pratiques le dictent, il n'y a pas d'outil formel pour effectuer le triage. Il y a sur place une petite équipe de professionnels qui travaillent avec les patients psychiatriques directement dans la salle d'attente en attendant qu'ils soient admis, ce qui aide à soulager la pression à l'urgence.

En Colombie-Britannique, le «Riverview hospital» hôpital psychiatrique situé à Coquitlam a été contacté. Toutefois, au moment de la rédaction de ce rapport, aucune réponse n'a été reçue de cet établissement.

3.2 Échelles de notation de l'agitation

L'état d'agitation de certains patients se présentant à l'urgence est une préoccupation majeure avec tous les risques et conséquences qui y sont reliés. En dépit de cela, les approches utilisées pour contrôler ces patients varient beaucoup d'une région ou d'un établissement à l'autre. Bien que la tendance soit à la réduction de l'utilisation de la contention et de la sédation, on mentionne dans la littérature que les discussions ont été insuffisantes concernant les méthodes alternatives efficaces de gestion des patients agités et que des lignes directrices de qualité devaient être proposées.

L'American Association for Emergency Psychiatry (AAEP) a donc mis sur pied le projet BETA 2012 (Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation) dans le but de répondre au besoin de «gestion» efficace des patients agités qui se présentent à l'urgence et de proposer des lignes directrices efficaces et sécuritaires tout en tenant compte du meilleur intérêt du patient. On mentionne que jusqu'à maintenant les lignes directrices existantes pour l'agitation ont porté uniquement sur les stratégies impliquant la médication. Les membres du projet BETA ont reconnu que des lignes directrices devraient être développées pour guider les cliniciens dans tous les aspects de l'intervention en présence d'un patient agité soit : le triage, le diagnostic, la pacification et le choix des médicaments.

Plusieurs outils existent pour évaluer l'état d'agitation d'un patient. Ces outils ou échelles de notation ne sont pas à proprement dit des échelles de triage «classiques» mais peuvent être utilisées comme outil d'évaluation rapide. Dans la littérature on mentionne les outils suivants : «Overt Agitation Severity Scale» (OASS), «Overt Aggression Scale» (OAS), «Agitated Behavior Scale» (ABS), «Agitation-Calmness Evaluation Scale» (ACES), et le «Behavioral Activity Rating Scale» (BARS).

L'AAEP ne considère pas qu'une échelle de notation de l'agitation soit mieux qu'une autre bien que l'échelle BARS (Annexe D, p. 25) présente plusieurs avantages. Selon Nordstrom et al. (2012), l'échelle BARS est particulièrement utile aux endroits où on ne retrouve pas de ressources médicales spécialisées et où les décisions peuvent être prises par du personnel sans formation adéquate. Cette échelle à sept (7) niveaux est simple d'utilisation, ne nécessite pas de formation en psychiatrie et ne requiert pas la participation du patient. Un arbre décisionnel est également proposé (Annexe D) afin de déterminer si le patient a besoin d'être dirigé vers un niveau de soin supérieur. Cette évaluation est basée sur la suspicion d'une étiologie médicale et sur le niveau d'agitation.

3.3 Les meilleures pratiques

Le groupe de travail en évaluation psychiatrique de l'AAEP (Projet BETA) mentionne que l'évaluation psychiatrique d'un patient agité peut être considérée comme un processus en deux étapes.

1. Évaluation brève doit viser à déterminer la cause la plus probable de l'agitation afin de guider les interventions préliminaires pour calmer le patient
2. Lorsque le patient est calmé, une évaluation psychiatrique plus approfondie peut être complétée.

Quand il a été déterminé qu'il n'y a pas de problème médical aigu, on suggère plusieurs questions importantes à poser pour guider les prochaines étapes de la «gestion» du patient (arbre décisionnel d'évaluation psychiatrique d'un patient agité, Stowell 2012 projet BETA). Quand le patient est suffisamment calme pour subir une entrevue, l'évaluation psychiatrique peut être complétée.

L'évaluation d'un patient agité doit être aussi complète que possible. L'évaluation devrait non seulement inclure une discussion avec le patient, mais aussi une cueillette d'informations de l'histoire du patient et la consultation des dossiers disponibles. Ces informations sont précieuses si le patient n'est pas en mesure de s'engager dans une entrevue. Finalement, selon Stowell et al. (Projet BETA 2012) il n'y a pas d'outil spécifique pouvant être utilisé pour évaluer tous les patients suicidaires ou potentiellement violents. Bien que plusieurs échelles existent, leur utilité dans un département d'urgence surchargé est souvent assez limitée.

4. CONCLUSION

Les échelles de triage ont évolué en fonction des besoins grandissants en santé mentale, d'abord en Australie où la majorité du travail a été fait pour le développement d'échelles spécialisées en santé mentale. Parmi les échelles de triage spécialisées en santé mentale répertoriées, l'échelle de triage du CAMH (Toronto) semble comparable à l'échelle Australienne «Victorian triage tool» en terme d'étendue des descriptions en santé mentale. Au Québec, plus précisément à Montréal, on utilise plutôt un outil de triage informatisé développé par une firme spécialisée et adaptée au domaine de la psychiatrie. Dans la région de Québec, les départements d'urgence psychiatrique situés dans les hôpitaux généraux, ont plutôt recours à un «Formulaire d'évaluation initiale» pour effectuer la priorisation des patients qui se présentent à l'urgence, et ce en combinaison avec la cotation de l'ÉTG canadienne (médecine générale). Concernant la situation hors Québec, les informations disponibles à ce jour sont insuffisantes et ne permettent donc pas de fournir un portrait complet du Canada en matière de triage en santé mentale.

Bien que quelques échelles de triage spécialisées en santé mentale existent, les meilleures pratiques présentées dans le cadre du projet BETA 2012 proposent une stratégie en deux temps pour l'évaluation des patients agités, soit une évaluation initiale rapide suivie d'une évaluation psychiatrique complète. Cette pratique semble déjà être appliquée dans certains établissements et ressort comme étant une stratégie importante à considérer. On retrouve dans la littérature des outils d'évaluation rapide qui pourraient, selon les conclusions du projet BETA 2012, être utilisés pour l'évaluation initiale du comportement ou du niveau d'agitation. Toutefois, il est important de souligner que le triage ne doit pas remplacer l'évaluation psychiatrique complète et qu'il ne faut pas confondre les outils utiles à chacun de ces moments.

Un **AVIS** présente des informations destinées aux gestionnaires, cliniciens et professionnels de la santé afin de soutenir la prise de décision concernant une technologie ou un mode d'intervention en santé. Elle consiste en une synthèse de résumés issus des données probantes sélectionnées de façon méthodique. Le document ne fait pas l'objet d'un examen critique par des lecteurs externes et des experts. Il n'est pas soumis à l'approbation du Conseil scientifique de l'UETMIS.

Ce document présente les informations disponibles au 16 août 2012 selon la méthodologie de recherche documentaire retenue.

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec et de son personnel à l'égard des informations transmises. En conséquences, l'Institut et l'UETMIS ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

ANNEXE A- Stratégie de recherche documentaire

Stratégie d'interrogation des bases de données électroniques

Limites :

Langues : Anglais ou français

Type de documents : guides de pratique, essais cliniques, essais cliniques randomisés, revue systématique, méta-analyses, articles de recherches originales, documents de présentation rendus disponibles au grand public (littérature grise).

Sources consultées :

Cinahl
Pubmed
Embase
Google
Google Scholar

Mots clés : Behavioral management triage tool

CTAS mental health

Échelle de priorisation et de triage

Échelle de triage et de gravité ETG

Échelle de triage et de gravité en santé mentale

Emergency psychiatric OR mental health services triage

Mental health AND triage scale

Psychiatric triage

Psychiatry triage scale

US mental health triage

US emergency service triage

US mental health triage scale OR tool

ANNEXE B – Liste des documents consultés

- Australian Government, department of Health and Ageing (2009). Emergency triage education kit.
- Battaglia, J., S. R. Lindborg, et al. (2003). "Calming versus sedative effects of intramuscular olanzapine in agitated patients." Am J Emerg Med **21**(3): 192-198.
- Bonin, J.-P., M. Fortier, L. Roch (2007). "Évaluation des besoins et développement d'une échelle de triage et de gravité en santé mentale (ETG-SMUG) dans les urgences des hôpitaux généraux du Québec." Présentation au colloque interétablissement en psychiatrie et santé mentale.
- Broadbent, M., H. Jarman, et al. (2002). "Improving competence in emergency mental health triage." Accid Emerg Nurs **10**(3): 155-162.
- Broadbent, M., L. Moxham, et al. (2007). "The development and use of mental health triage scales in Australia." Int J Ment Health Nurs **16**(6): 413-421.
- Broadbent, M., A. Creaton, et al. (2010). "Review of triage reform: the case for national consensus on a single triage scale for clients with a mental illness in Australian emergency departments." J Clin Nurs **19**(5-6): 712-715.
- Clarke, D. E., A. M. Brown, et al. (2006). "Education to improve the triage of mental health patients in general hospital emergency departments." Accid Emerg Nurs **14**(4): 210-218.
- Coristine, R. W., K. Hartford, et al. (2007). "Mental health triage in the ER: a qualitative study." J Eval Clin Pract **13**(2): 303-309.
- Corrigan, J. D. and J. A. Bogner (1994). "Factor structure of the Agitated Behavior Scale." J Clin Exp Neuropsychol **16**(3): 386-392.
- Creaton, A., D. Liew, M. Wright (2006). "Inter-rater reliability of the Australian triage scale for mental health patients. Australasian College for Emergency Medicine Annual Scientific Meeting, Sydney, November, 2006.
- Holloman, G. H., Jr. and S. L. Zeller (2012). "Overview of Project BETA: Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation." West J Emerg Med **13**(1): 1-2.
- Kopecky, H. J., C. R. Kopecky, et al. (1998). "Reliability and validity of the Overt Agitation Severity Scale in adult psychiatric inpatients." Psychiatr Q **69**(4): 301-323.
- Murray, M., M. Bullard, et al. (2005). "[Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale implementation guidelines]." CJEM **7**(1): 28-35.
- Nordstrom, K., L. S. Zun, et al. (2012). "Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta medical evaluation workgroup." West J Emerg Med **13**(1): 3-10.
- Patel, A. S., A. Harrison, et al. (2009). "Evaluation of the risk assessment matrix: a mental health triage tool." Emerg Med J **26**(1): 11-14.
- Schumacher, J. A., S. H. Gleason, et al. (2010). "Using a single-item rating scale as a psychiatric behavioral management triage tool in the emergency department." J Emerg Nurs **36**(5): 434-438.

- Silver, J. M. and S. C. Yudofsky (1991). "The Overt Aggression Scale: overview and guiding principles." *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* **3**(2): S22-29.
- Smart, D., C. Pollard, et al. (1999). "Mental health triage in emergency medicine." *Aust N Z J Psychiatry* **33**(1): 57-66; discussion 67-59.
- Stowell, K. R., P. Florence, et al. (2012). "Psychiatric evaluation of the agitated patient: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychiatric evaluation workgroup." *West J Emerg Med* **13**(1): 11-16.
- Swift, R. H., E. P. Harrigan, et al. (2002). "Validation of the behavioural activity rating scale (BARS): a novel measure of activity in agitated patients." *J Psychiatr Res* **36**(2): 87-95.
- Tobin, M., L. Chen, E. Scott. (1999). Development and implementation of Mental Health Triage Guidelines for Emergency Departments. Sydney : South Eastern Sydney Area Mental Health Service.
- Warren, D. W., A. Jarvis, et al. (2008). "Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale paediatric guidelines (PaedCTAS)." *CJEM* **10**(3): 224-243.
- Ziprasidone mesylate for intramuscular injection advisory committee briefing document appendix 1, the Behavioural Activity Rating Scale. Food and Drug Administration Web site. http://www.fda.gov/ohrms/dockets/AC/01/broefing/3685b2_02_pfizer_appendix.pdf Published January 10, 2001. Accessed August 20, 2009.

Sites Internet :

- Australasian College for Emergency Medicine. Policy on the Australasian Triage Scale. ACEM (online) 2006. Available from : <http://www.acem.org.au>
- Logibec. SIURGE : progiciel de gestion des soins et services de l'urgence. <http://www.logibec.com>
- MédiaMed Technologies. Outil de triage informatisé MED-URGE. <http://www.mediamedtech.com>

ANNEXE C – Tableau comparatif des échelles de triage en santé mentale

Nom de l'échelle	Date	Lieu d'utilisation	Nb de niveaux	Guide d'utilisation	Délais suggérés	Ex. de présentations	Caractéristiques
ATS (avec descripteurs SM)	2000	Australie	5	N/D	oui	oui, mais très limité	- N'est pas une échelle spécialisée en SM (MHTS), mais inclue descripteurs brefs en SM
SESAHS-MHTS	2001	Australie	5	N/D	oui	oui	- Implantée dans 5 hôp. gén. avec urg., 4 serv. de SM et 1 équipe de SM dans la communauté. - Symptômes et comportements : Observés / Rapportés - Similaire au Victorian triage tool mais moins détaillée
Victorian triage tool (MHTS)	2006	Australie	5	oui, très détaillé	oui	oui, très détaillé	- Provient du SESAHS-MHTS articulé avec les descripteurs en SM de l'ATS - Symptômes et comportements : Observés / Rapportés - Principes généraux de gestion : niveau de surveillance requis, action à faire, éléments à considérer
MHTS (Royal Hobart)	1994	Australie	4	N/D	oui	oui, mais très limité	- Implantée dans un seul hôpital - utilisation actuelle à vérifier
RAM	2004	Royaume-Uni	4 catégories d'évaluation et risque global à coter Low, medium, high	N/D	oui	oui	- Évaluation rapide, pas de score numérique - Guide d'actions à entreprendre - Étude de validité non réalisée en date de 2009
ETG-SM (CAMH)	?	Toronto, Canada	5	N/D	oui	oui, très détaillé	- Adaptée de l'ÉTG canadienne par le CAMH - Définition de chaque code de triage
SIURGE (Douglas, LHL) Logibec	?	Montréal, Canada	4	Info non-disponible	oui	oui, très détaillé	- Outil informatisé permettant de déterminer le niveau de priorité (5 niveaux inspirés de l'ÉTG) en combinaison avec le jugement clinique, adapté pour santé mentale - triage avancé en psychiatrie
Med-Urge (Pav. Albert-Prévost) MédiaMed Technologies	?	Montréal, Canada	5 ?	Info non-disponible	Info non-disponible	Info non-disponible	Outil de triage informatisé intégrant l'ÉTG, accrédité SIGDU

ANNEXE D
Échelles de triage



The Canadian Association of Emergency Physicians
L'Association canadienne des médecins d'urgence



National Emergency Triage and Triage Unit
L'Unité nationale de triage et de gravité



La Société royale de médecine d'urgence
RÉGION DE QUÉBEC



L'échelle canadienne de triage & de gravité

Les patients doivent être ÉVALUÉS AU TRIAGE DANS UN DÉLAI DE 10 MINUTES après leur arrivée à l'urgence

Niveau	Évaluation	Présentation usuelle	Diagnostiques cibles
Niveau I - Réanimation	Délai jusqu'à évaluation par l'infirmière IMMÉDIAT* Délai jusqu'à évaluation par le médecin IMMÉDIAT*	Code / ACR Trauma majeur Choc Asthme (mortel/nd) Défaillance respiratoire sévère État de conscience altéré (incapacité / défilant) Convulsions	Choc traumatique Pneumothorax tensionnel / avec tension Brûlure faciale avec compromission des voies aériennes Brûlure sévère > 30% surface corporelle Intoxication avec hypotension / anuroscopie Anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) IM avec complications / IVG / hypotension Statut septicémique Trauma crânien / majeur / intracranial Saignis aplégiques
Niveau II - Très urgent	Délai jusqu'à évaluation par l'infirmière IMMÉDIAT* Délai jusqu'à évaluation par le médecin 15 MINUTES*	Trauma crânien (pas de risque de complications liées) Trauma sévère État de conscience altéré (Papez et strabisme) Exposition oculaire à produits chimiques Réaction allergique (aiguë) Douleur thoracique : > 10/10 et non traumatique + 1 Symptôme associé Intoxication (pas de lien connu) / sévère Douleur abdomen (10/10) avec symptômes associés Douleur cou-de-lombaire (pas de trauma, non-IVG) Saignement GI - SV normaux ACTV avec déficit majeur Asthme sévère (PE < 40%) Dyspnée / difficulté respiratoire, modérée / sévère Saignement vaginal - alga sans contact (EDD) > 610 + SV normaux Vomissement et/ou diarrées (avec déshydratation) Infect immunocompromis / avec comorbidités Fiebre (age < 3 mois), T > 38 C rectale Épisode psychotique aigu / agitation extrême Diabète / hypoglycémie / hyperglycémie Céphalée - EDD = 8 à 10/10 Douleur - EDD = 8 à 10/10 (age adulte, douleur localisée) Aggravation de la douleur Mouvements (age < 7 jours)	Trauma crânien Trauma articulaires multiples, fractures de côtes multiples Trauma cervical / médullaire Brûlure oculaire par caustique / alcalin Anaphylaxie MI angine instable, IVG, douleurs thorax non précisée Reflux gastro-œsophagien Intoxication avec Rx / médicaments non spécifiques AAA, appendicite, cholécystite Saignement GI, hypertension ACV Asthme sévère MPOC / laryngite Anévrisme spontané Dysfonction aortique, rupture Épiglottite, méningite, septicémie Épisode psychotique aigu / agitation Hypoglycémie / hyperglycémie, diabète, diabète Migraine Lésions articulaires / tendineuses / ligamentaires, tendinitis, bursite, ostéite
Niveau III - Urgent	Délai jusqu'à évaluation par l'infirmière 30 MINUTES* Délai jusqu'à évaluation par le médecin 30 MINUTES*	Trauma crânien, alerte, avec vomissements Trauma modéré Abus / négligence / agression Hémorragie avec symptômes (> 2 ans) Problèmes de dialyse Signes d'infection Asthme léger / modéré (PE = 40%) Dyspnée légère / modérée Douleur thorax sans symptômes associés (pas de trauma, non-IVG) + 1 Symptôme associé de IBCAS Saignement GI avec SV normaux Saignement vaginal alga avec SV normaux Convulsions - alerte à l'arrivée Psychotique aigu - idéation suicidaire FNO = 4 à 10/10 avec blessure mineure EDD = 4 à 7/10 (céphalée, loge rénale, dorsale)	Trauma crânien Lésion articulaire de la cheville, fracture du tibia / péroné Fracture de cheville bilatérale / articulaire Pylorospasme Asthme sans status / MPOC Bronchite / laryngite, pneumonie Douleur thorax sans autre symptôme (RSV, GI, RLSP) Saignement GI sans complications Avortement spontané Convulsions Psychotique aigu - idéation suicidaire Migraine, éblouissement, lombalgie / arthrose (arthritis)
Niveau IV - Moins urgent	Délai jusqu'à évaluation par l'infirmière 60 MINUTES* Délai jusqu'à évaluation par le médecin 60 MINUTES*	Trauma crânien, alerte, sans vomissement Trauma mineur Douleur abdominale (alga) Otalgie Douleur thoracique, trauma mineur / RSV, sans détresse Vomissements et diarrées (> 2 ans, sans déshydratation) Idéation suicidaire / dépression Réaction allergique (mineure) Corps étranger cornéen Lombalgie / dorsalgie (chroniques) Symptômes d'infection urinaire EDD = 4 à 7/10 (céphalée, loge rénale, dorsale) Otitis (non otorrhéique / non sévères)	Trauma crânien, alerte, sans vomissement Fracture de Colles, entorse de la cheville Appendicite, cholécystite Otitis moyenne / externe Douleur thoracique sans autre symptôme (RSV, GI, RESP) Reflux gastro-œsophagien Idéation suicidaire / dépression Urinaire Corps étranger cornéen Lombalgie / étirement musculaire Infection urinaire
Niveau V - Non urgent	Délai jusqu'à évaluation par l'infirmière 120 MINUTES* Délai jusqu'à évaluation par le médecin 120 MINUTES*	Trauma mineur, pas nécessairement aigu Douleur gorge, sans symptômes respiratoires Infection oculaire (sans déshydratation) Vomissement isolé, conscience normale sans déshydratation Ménoragies Symptômes mineurs Douleur abdominale (chroniques) Symptômes psychiatriques EDD < 4/10	Lombalgie / étirement musculaire Infection urinaire Cystite aigüe Vomissements Problèmes mineurs Changement de placement Changement de plaque Constipation Symptômes : névralgies, troubles de personnalité à évaluer, troubles non spécifiques Lésion superficielle non spécifique

* les délais jusqu'à l'évaluation représentent des objectifs opérationnels et non des normes de soins établies. Les unités sans couverture médicale sur place peuvent atteindre ces objectifs en utilisant des protocoles de délégation et des systèmes de communication à distance.

Échelle ATS avec descripteurs en santé mentale

M. BROADBENT ET AL.
(2007)

TABLE 4: *Mental health descriptors from the Australasian Triage Scale (ATS)*

ATS category	Response	Description of category/treatment acuity†	Clinical description
1	Immediate Simultaneous assessment and treatment	Immediately life-threatening	Severe behavioural disturbance with immediate treat of dangerous violence
2	Assessment and treatment within 10 min	Imminently life-threatening Or Important time critical treatment	Violent or aggressive Immediate threat to self or others Requires or has restraint Severe agitation or aggression
3	Assessment and treatment start within 30 min	Potentially life-threatening Or Situational urgency	Very distressed, risk of self-harm Acutely psychotic or thought disordered Situational crisis, deliberate self-harm Agitated/withdrawn
4	Assessment and treatment start within 60 min	Potentially serious Or Situational urgency Or Significant complexity or severity	Semi-urgent mental health problem Under observation and/or no immediate risk to self or others
5	Assessment and treatment start within 120 min	Less urgent Or Clinico-administrative problems	Known patient with chronic symptoms Social crisis, clinically well client

Adapted from Australasian College for Emergency Medicine (2000a). †Treatment acuity is defined as the maximum time to the commencement of medical treatment.

Table 2. Mental Health Triage Scale

Triage category	Patient description	Treatment acuity
2. Emergency	Patient is violent, aggressive or suicidal, or is a danger to self or others, or requires police escort.	Within 10min
3. Urgent	Very distressed or acutely psychotic, likely to become aggressive, may be a danger to self and others. Experiencing a situational crisis.	Within 30 min
4. Semi-urgent	Long-standing or semi-urgent mental health disorder and/or has a supporting agency/escort present (e.g. community psychiatric nurse*).	Within 1 h
5. Non-urgent	Patient has a long-standing or non-acute mental disorder/ problem but has no supportive agency/escort. Many require a referral to an appropriate community resource.	Within 2 h

*It is considered advantageous to 'up triage' mental health patients with carers present because carers' assistance facilitates more rapid assessment.

Échelle SESAHS-MHTS

TABLE 3: South Eastern Sydney Area Health Service Mental Health Triage Scale

Triage code	Description	Treatment acuity†	Typical presentation
1	Definite danger to life (self or others)	Immediate	OBSERVED Violent behaviour Possession of weapon Self-destructive behaviour in ED
2	Probable risk of danger to self or others • Severe behavioural disturbance	Emergency Within 10 min	OBSERVED Extreme agitation/restlessness Physically/verbally aggressive Confused/unable to cooperate Requires restraint REPORTED Attempt at self-harm/threat of self-harm Threat of harm to others
3	Possible danger to self or others • Moderate behaviour disturbance • Severe distress	Urgent Within 30 min	OBSERVED Agitation/restlessness Intrusive behaviour Bizarre/disorganized behaviour Confusion Withdrawn and uncommunicative Ambivalence about treatment REPORTED Suicidal ideation Presence of psychotic symptoms: Hallucinations Delusions Paranoid ideas Thought disorder Bizarre/agitated behaviour Presence of affective disturbance: Severe symptoms of depression/anxiety Elevated or irritable mood
4	Moderate distress	Semi-urgent within 60 min	OBSERVED No agitation/restlessness Irritability without aggression Cooperative Gives coherent history REPORTED Symptoms of anxiety or depression without suicidal ideation
5	No danger to self or others • No acute distress • No behavioural disturbance	Non-urgent within 120 min	OBSERVED Cooperative Communicative Compliant with instructions REPORTED Known patient with chronic psychotic symptoms Known patient with chronic unexplained somatic complaints Request for medication Minor adverse effect of medication Financial/social/accommodation/relationship problems

Adapted from Tobin *et al.* (1999). †Treatment acuity is defined as the maximum time to the commencement of medical treatment.

Victorian emergency department Mental health triage tool

Triage code	Description	Treatment acuity	Typical presentation	General management principles*
1	<p>Definite danger to life (self or others)</p> <p>Australasian Triage Scale¹ states:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Severe behavioural disorder with immediate threat of dangerous violence 	Immediate	<p>Observed</p> <ul style="list-style-type: none"> - Violent behaviour - Possession of weapon - Self-destruction in ED - Displays extreme agitation or restlessness - Bizarre/disoriented behaviour <p>Reported</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbal commands to do harm to self or others, that the person is unable to resist (command hallucinations) - Recent violent behaviour 	<p>Supervision</p> <p>Continuous visual surveillance 1:1 ratio (see definition below)</p> <p>Action</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alert ED medical staff immediately - Alert mental health triage or equivalent - Provide safe environment for patient and others - Ensure adequate personnel to provide restraint/ detention based on industry standards <p>Consider</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calling security +/- police if staff or patient safety compromised. May require several staff to contain patient - 1:1 observation - Intoxication by drugs and alcohol may cause an escalation in behaviour that requires management.
2	<p>Probable risk of danger to self or others</p> <p>AND/OR</p> <p>Client is physically restrained in emergency department</p> <p>AND/OR</p> <p>Severe behavioural disturbance</p> <p>Australasian Triage Scale¹ states:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Violent or aggressive (†): - Immediate threat to self or others - Requires or has required restraint - Severe agitation or aggression 	Emergency Within 10 minutes	<p>Observed</p> <ul style="list-style-type: none"> - Extreme agitation/restlessness - Physically/verbally aggressive - Confused/unable to cooperate - Hallucinations/delusions/paranoia - Requires restraint/containment - High risk of absconding and not waiting for treatment <p>Reported</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attempt at self-harm/ threat of self-harm - Threat of harm to others - Unable to wait safely 	<p>Supervision</p> <p>Continuous visual supervision (see definition below)</p> <p>Action</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alert ED medical staff immediately - Alert mental health triage - Provide safe environment for patient and others - Use defusing techniques (oral medication, time in quieter area) - Ensure adequate personnel to provide restraint/detention - Prompt assessment for patient recommended under Section 9 or apprehended under Section 10 of Mental Health Act. <p>Consider</p> <ul style="list-style-type: none"> - If defusing techniques ineffective, re-triage to category 1 (see above) - Security in attendance until patient sedated if necessary - Intoxication by drugs and alcohol may cause an escalation in behaviour that requires management
3	<p>Possible danger to self or others</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moderate behaviour disturbance - Severe distress <p>Australasian Triage Scale¹ states:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Very distressed, risk of self-harm - Acutely psychotic or thought-disordered - Situational crisis, deliberate self-harm - Agitated/withdrawn 	Urgent Within 30 minutes	<p>Observed</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agitated/restless - Intrusive behaviour - Confused - Ambivalence about treatment - Not likely to wait for treatment <p>Reported</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suicidal ideation - Situational crisis <p>Presence of psychotic symptoms</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hallucinations - Delusions - Paranoid ideas - Thought disordered - Bizarre/agitated behaviour <p>Presence of mood disturbance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Severe symptoms of depression - Withdrawn/uncommunicative - And/or anxiety - Elevated or irritable mood 	<p>Supervision</p> <p>Close observation (see definition below)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Do not leave patient in waiting room without support person <p>Action</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alert mental health triage - Ensure safe environment for patient and others <p>Consider</p> <ul style="list-style-type: none"> - Re-triage if evidence of increasing behavioural disturbance i.e. <ul style="list-style-type: none"> - Restlessness - Intrusiveness - Agitation - Aggressiveness - Increasing distress - Inform security that patient is in department - Intoxication by drugs and alcohol may cause an escalation in behaviour that requires management
4	<p>Moderate distress</p> <p>Australasian Triage Scale¹ states:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Semi-urgent mental health problem - Under observation and/ or no immediate risk to self or others 	Semi-urgent Within 60 minutes	<p>Observed</p> <ul style="list-style-type: none"> - No agitation/ restlessness - Irritable without aggression - Cooperative - Gives coherent history <p>Reported</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pre-existing mental health disorder - Symptoms of anxiety or depression without suicidal ideation - Willing to wait 	<p>Supervision</p> <p>Intermittent observation (see definition below)</p> <p>Action</p> <p>Discuss with mental health triage</p> <p>Consider</p> <ul style="list-style-type: none"> - Re-triage if evidence of increasing behavioural disturbance i.e. <ul style="list-style-type: none"> - Restlessness - Intrusiveness - Agitation - Aggressiveness - Increasing distress - Intoxication by drugs and alcohol may cause an escalation in behaviour that requires management
5	<p>No danger to self or others</p> <ul style="list-style-type: none"> - No acute distress - No behavioural disturbance <p>Australasian Triage Scale¹ states:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Known patient with chronic symptoms - Social crisis, clinically well patient 	Non-urgent Within 120 minutes	<p>Observed</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cooperative - Communicative and able to engage in developing management plan - Able to discuss concerns - Compliant with instructions <p>Reported</p> <ul style="list-style-type: none"> - Known patient with chronic psychotic symptoms - Pre-existing non-acute mental health disorder - Known patient with chronic unexplained somatic symptoms - Request for medication - Minor adverse effect of medication - Financial, social, accommodation, or relationship problems 	<p>Supervision</p> <p>General observation (see definition below)</p> <p>Action</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discuss with mental health triage - Refer to treating team if case-managed

Management definitions²

Continuous visual surveillance – person is under direct visual observation at all times
Close observation – regular observation at a maximum of 10 minute intervals
Intermittent observation – regular observation at a maximum of 30 minute intervals
General observation – routine waiting room check at a maximum of 1 hour intervals

* Management principles may differ according to individual health service protocols and facilities.
¹ Australasian College of Emergency Medicine (2000). Guidelines for the implementation of the Australasian Triage Scale (ATS) in Emergency Departments.
² South Eastern Sydney Area Health Service Mental Health Triage guidelines for Emergency Departments

Acknowledgements NICS acknowledges existing triage tools provided by Barwon Health and the work of the

This document can be downloaded at: www.health.vic.gov.au/emergency/mental

Appendix 1 The Risk Assessment Matrix

**EMERGENCY DEPARTMENT
MENTAL HEALTH ASSESSMENT MATRIX**

This form for use with people aged 16 years and over

Patient's name:

Date of birth: Number:

Name of assessor(s):

Date: Time:

Factors to be considered when undertaking an initial assessment of a person with a suspected mental health problem:

- Has a physical cause for the problem(s) been ruled out?
- Has drug and/or alcohol intoxication been ruled out as a cause?
- Is the person physically well enough (eg: not sedated, intoxicated, vomiting or in pain) to undertake an interview with mental health staff?
- Manage violent and aggressive incidents as per department policy.
- If the person has a known mental health history, always check the mental health folder (located in the medical staff office) for background assessment and care planning information.

Assessment categories		
1. Background history and general observations	Yes	No
Does the person pose an immediate risk to self, you or others?		
Does the person have any <i>immediate</i> (ie: within the next few minutes or hours) plans to harm self or others?		
Is the person aggressive and/or threatening?		
Is there any suggestion, or does it appear likely that the person may try to abscond?		
Does the person have a history of violence?		
Does the person have a history of self-harm?		
Does the person have a history of mental health problems or psychiatric illness?		
If yes to any of the above, record details below:		
2. Appearance and behaviour	Yes	No
Is the person obviously distressed, markedly anxious or highly aroused?		
Is the person behaving inappropriately to the situation?		
Is the person quiet and withdrawn?		
Is the person inattentive and unco-operative?		
If yes to any of the above, record details below:		

3. Issues to be explored through brief questioning			
Why is the person presenting now? What recent event(s) triggered this presentation? Give details below:			
What is the person's level of social support (ie: partner/significant other, family members, friends)? Give details below:			
	Yes	No	
Is the person displaying a high level of disturbed behaviour that suggests psychosis and/or immediate (ie: within the next few minutes or hours) risk?			
Does the person feel controlled or influenced by external forces?			
Does the person appear to be experiencing any delusions or hallucinations?			
Are there major housing or accommodation problems?			
If yes to any of the above, record details below:			
4. Suicide risk screen - greater number of positive responses suggests greater level of risk			
	yes no d/k	yes no d/k	
Previous self-harm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Family history of suicide	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Previous use of violent methods	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Unemployed/retired	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Suicide plan/expressed intent	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Male gender	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Current suicidal thoughts/ideation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Separated/widowed/divorced	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hopelessness/helplessness	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lack of social support	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Family concerned about risk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evidence of psychosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Disengaged from services	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Alcohol and/or drug misuse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Poor adherence to psychiatric Tx	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Chronic physical illness/pain	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Access to lethal means of harm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
What category of overall risk have you identified?			
Give reasons and rationale for your decision			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Action plan and outcomes following initial risk screen:			
Describe all actions and interventions following assessment. Include details of referral to other team(s), telephone calls/advice and discharge/transfer or follow-up plans.			

This form to be completed by a registered practitioner only.

Signed: **Designation:**

Print name: **Date:**

MENTAL HEALTH RISK ASSESSMENT MATRIX		
Level of risk	Key assessment information	Nursing actions and timescales
Low risk	<ul style="list-style-type: none"> • Mental health problem may be present, but not evidence of immediate risk to self or others. • Person has engaged in self-harm, but now regrets actions and has no thoughts or plans relating to further self-harm. • Person is prepared and capable of taking responsibility for maintain their own safety. If appropriate, relatives, family or friends are prepared to provide informal support. • No evidence of immediate short-term physical risk or vulnerability. 	<ul style="list-style-type: none"> • Routine referral to mental health liaison not required. • Treatment and follow-up arranged by ED team. • May benefit from referral back to primary care services – eg: GP, practice nurse. • Consider health promotion advice – eg: alcohol use, self-referral to non-statutory services – refer to <i>Services to Help You</i>. • May request non-urgent contact from mental health liaison team – this will consist of written contact by post within 72 hours of presentation. • Inpatient staff should access care planning guidance via the RUH intranet.
Medium risk	<ul style="list-style-type: none"> • Mental health problem(s) present. • Has engaged in self-harm and continues to have non-specific thoughts or ideas regarding further self-harm – eg: ambivalent about the fact that they did not die, but at the same time has no immediate plans or thoughts about repetition. • Behaviour is co-operative and person demonstrates engagement with health staff during assessment and treatment. • Mental state is at risk of deterioration if current difficulties are not addressed. • May be physically vulnerable in certain circumstances. 	<ul style="list-style-type: none"> • Non-urgent referral to mental health staff for specialist assessment within 24 hours (physical condition permitting). • Person's agreement to refer to mental health staff should be sought, but no urgent/immediate action required if they do not wish to engage. • Out-of-hours, seek advice from on-call mental health staff. • If attendance is following self-harm, access care planning guidance via the mental health hyperlink on the RUH intranet. • If person is currently known to mental health services, inform the relevant team of their attendance. • Inpatient staff should access care planning guidance via the RUH intranet.

MENTAL HEALTH RISK ASSESSMENT MATRIX - continued		
Level of risk	Key assessment information	Nursing actions and timescales
High risk	<ul style="list-style-type: none"> • Serious mental health problem(s) present, including signs of possible psychosis. • Frank plans to engage in further self-harming behaviour or to harm others. Suicidal ideation and intent present. • Marked agitation, hyper-arousal and behavioural disturbance present. • Difficult to engage and behaviour demonstrates non-co-operation with assessment and treatment. • May lack capacity to consent to, or refuse, proposed care and treatment. • Likely to act on thoughts of self-harm or suicide at the earliest opportunity. • Mental state will deteriorate rapidly and dangerously without immediate intervention and will almost certainly be physically vulnerable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Referral to on-call mental health staff for specialist assessment within 2 hours of referral. • Mental health assessment required before discharge can be arranged. • Will require close or one-to-one nursing contact until completion of mental health assessment. • Undertake test of capacity if any doubt regarding person's ability to consent to treatment, or should they refuse to remain in hospital pending mental health assessment. • If the person fails the test of capacity, consider use of common law powers, or Mental Health Act, to detain them pending full mental health assessment and specialist advice. • Security personnel and police to be informed if person absconds. • All reasonable attempts should be made to stop the person leaving hospital prior to mental health assessment. • If attendance is following self-harm, access care planning guidance via the mental health hyperlink on the RUH intranet. • Inpatient staff should access care planning guidance via the RUH intranet.

Version 2 – August 2007
Review date: August 2009

Developed on behalf of the Royal United Hospital Bath NHS Trust by:
The Mental Health Liaison Team, Avon & Wiltshire Mental Health Partnership NHS Trust

External agencies please do not reproduce without written permission - contact: bath.liaison@awp.nhs.uk
© 2004-2007 Avon & Wiltshire Mental Health Partnership NHS Trust www.awp.nhs.uk

THE CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE – CAMHED

Triage code	Guideline of Time to Assessment by MD	Guideline of Time to Re-assessment by RN	Definition of Code	Examples of Presentations
1. Resuscitation (R)	Immediately	Continuous observation	Conditions that are threats to life or limb (or imminent risk of deterioration) requiring immediate interventions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Client acting out physically towards self, others or property ▪ Client brandishing a weapon (911 should be called in these cases) ▪ Uncontrolled Bizarre Behaviour with threats ▪ Medical presentation in Level 1 could also include: Severe Respiratory Distress, unconsciousness, major trauma, active seizures
2. Emergent (E)	Within 15 minutes	Q 15 mins	Conditions that are a potential threat to client and others, requiring rapid intervention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acute psychotic symptoms and/or bizarre behaviour with agitation (Muttering, pacing, clenched fists – unable to reason or direct client) ▪ Severe anxiety or mania with agitation ▪ Verbal aggression such as threats to others or self ▪ Attempted suicide or clear plan, active intent ▪ Uncertain flight or safety risk (paranoid, uncooperative with assessment, restless) ▪ Overdose (conscious) ▪ Acute Dystonic Reaction ▪ Medical presentations in Level 2 could also include: Acute injury with bleeding, obvious fracture
3. Urgent (U)	Within 30 minutes	Q 30 mins	Conditions that could potentially progress to a serious problem requiring emergency intervention. May be associated with significant discomfort or affecting ability to function at work or activities of daily living	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychotic Symptoms but controlled (directable with support) ▪ Suicidal Ideation (no plan) ▪ Manic Symptoms/Depressed Mood ▪ Attempted suicide and has been medically cleared at a General Hospital (i.e., referral from MSH) ▪ Moderate anxiety ▪ Medical presentations in Level 3 could also include: Headache with moderate pain, Active labour, Abdominal pain with moderate pain, resolved seizure with alertness
4. Less Urgent (LU)	Within 60 mins	Q 60 mins	Conditions that related to patient age, distress, or potential for deterioration or complications would benefit from intervention or reassurance within 1-2 hrs.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vague, Passive Suicidal Ideation (not agitated) ▪ Depressed Mood with no suicidal plan ▪ Bizarre/eccentric behaviour but chronic with no threats ▪ Accompanied to ER by Family/Friend, etc. ▪ Anxiety, Situational Crisis ▪ Mild anxiety, unable to cope ▪ Homicidal or violent ideation with no plan ▪ Substance Use ▪ Acute insomnia ▪ Medical presentations in Level 4 could also include: UTI complaints, constipation, laceration
5. Non-Urgent (NU)	Within 120 mins	Q 120 mins	Conditions that may be acute but non-urgent as well as conditions which may be part of a chronic problem with or without evidence of deterioration. The investigation or interventions for some of these illnesses or injuries could be delayed or even referred to other area of the hospital or health care system	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychiatric History, Chronic in Nature ▪ Difficulty in Sleeping, Vague Physical Complaints ▪ Socioeconomic Crisis, Housing, etc ▪ Requesting Medication ▪ Mild Anxiety Symptoms ▪ Medical presentations in Level 5 could also include: Dressing change, minor bites

NOTE: Every attempt should be made to fully assess patients/clients as soon as possible. Clients may move up or down the urgency continuum while waiting for further assessment depending on any changes to clinical presentation. The time to assessment and reassessments are only guidelines and staff need to also use their clinical judgment in assessing when clients need to be assessed

Table 1. Behavioural Activity Rating Scale.⁴ (BARS)

1 =	Difficult or unable to rouse
2 =	Asleep but responds normally to verbal or physical contact
3 =	Drowsy, appears sedated
4 =	Quiet and awake (normal level of activity)
5 =	Signs of overt (physical or verbal) activity, calms down with instructions
6 =	Extremely or continuously active, not requiring restraint
7 =	Violent, requires restraint

