

ADMINISTRATION DE LA MU

Révision des lignes directrices de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) pour les adultes

Michael J. Bullard, MD;* Bernard Unger, MD;† Julie Spence, MD, MSc;‡ Eric Grafstein, MD;§
le groupe de travail national sur l'ÉTG¶

Contexte

L'échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) a été largement adoptée dans les services d'urgence partout au pays et à l'étranger depuis sa première publication en 1999,¹ et elle continue de faire l'objet de révisions et de mises à jour régulières. En 2001, des lignes directrices pour la mise en application d'une version de l'ÉTG applicable aux enfants ont été élaborées et publiées.² En raison des améliorations de la technologie informatique, de la demande accrue de données cliniques et administratives ainsi que d'une application plus large des techniques informatiques dans les urgences, le comité sur les systèmes d'information de gestion des départements d'urgence (SIGDU) au Canada a publié une liste normalisée de raisons de consultation en 2003.³ En 2004, une révision des lignes directrices de l'ÉTG à l'intention des adultes a été publiée. Elle comportait la liste des raisons de consultation du SIGDU et introduisait le concept de déterminants (appelés *modificateurs*) visant à aider les infirmières au triage à déterminer le degré d'urgence adéquat.⁴ Les modificateurs ont été divisés en deux types, à savoir les modificateurs de premier et de deuxième ordre. On entend par *modificateurs de premier ordre* les déterminants qui s'appliquent, d'une manière générale, à un grand nombre de raisons de consul-

tation différentes. Ils comprennent les modificateurs relatifs aux signes vitaux (p. ex., détresse respiratoire, stabilité hémodynamique, état de conscience et fièvre), à la gravité de la douleur (p. ex., centrale c. périphérique et aiguë c. chronique) et aux mécanismes de blessures. Quant aux modificateurs de deuxième ordre, ils s'appliquent à un nombre restreint de raisons de consultation. Un faible taux de glycémie est un exemple de modificateurs de deuxième ordre : p. ex., « glycémie < 3 mmol/L et/ou symptomatique » est un modificateur de trois raisons de consultation, dont l'altération de l'état de conscience, la confusion et l'hypoglycémie, alors que « glycémie < 3 mmol/L et asymptomatique » est un modificateur d'une seule raison de consultation, à savoir l'hypoglycémie. Le supplément de la révision de l'ÉTG dans lequel figuraient la liste complète des raisons de consultation du SIGDU ainsi que les modificateurs pertinents de premier et de deuxième ordre a été publié en format PDF et Microsoft Excel. Le document « Triage orienté selon la raison de visite » a aussi été présenté dans une application Excel (conçue par B.U. et M.B.) en 2007. Ce document, ainsi que toutes les publications de l'ÉTG et les documents connexes, est consultable en ligne à l'adresse www.caep.ca/template.asp?id=B795164082374289BBD9C1C2BF4B8D32. En décembre 2006, une trousse de formation sur l'ÉTG (à l'intention des

*De l'Hôpital de l'Université de l'Alberta, Université de l'Alberta, Edmonton (Alb.); †de l'Hôpital général juif-S.M.B.D., Université McGill, Montréal (Québec); ‡de l'hôpital St. Michael's, Université de Toronto, Toronto (Ont.); §de l'Hôpital St. Paul's et de l'Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (C.-B.); ¶comprend des représentants de l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU), de l'Affiliation nationale des infirmières et infirmiers d'urgence (ANIU), de l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ), de la Société canadienne de pédiatrie (SCP) et de la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC)

Reçu et accepté le 9 janvier 2008

Cet article n'a pas fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

JCMU 2008;10(2):143-50

adultes et des enfants) a été mise à la disposition des instructeurs attirés et de leurs étudiants. Cette trousse est hébergée sur un site Web protégé par un mot de passe.

Des recherches concernant l'ÉTG continuent d'être publiées. Pour la plupart, les études portant sur la fiabilité et la validité des systèmes informatisés d'aide à la décision utilisés conjointement avec l'ÉTG étaient positives.⁵⁻⁸ D'autres études portant sur la mesure de la charge de travail dans les urgences ont révélé que l'exactitude de l'ÉTG constituait une des variables ayant une forte validité prédictive.^{9,10}

Justification des changements

Le groupe de travail national sur l'ÉTG se rencontre annuellement, fait régulièrement de la correspondance et répond aux commentaires de membres des cinq organisations représentées, d'utilisateurs, d'hôpitaux ainsi que d'organismes provinciaux et nationaux. Suite à la mise à jour de 2004, d'autres demandes ont été étudiées et priorisées par l'intermédiaire du groupe de travail national de l'ÉTG. La présente mise à jour porte essentiellement sur les révisions des cinq sujets suivants :

1. Questions d'ordre général, dont les codes de couleurs de l'ÉTG et le protocole rural pour le niveau V de l'ÉTG.
2. Changements à la liste de raisons de consultation.
3. Modificateurs de premier ordre relatifs au sepsis et aux troubles de la coagulation.
4. Modificateurs de deuxième ordre relatifs aux douleurs thoraciques, aux blessures aux extrémités et à la déshydratation.
5. Raisons liées aux troubles mentaux et modificateurs de deuxième ordre connexes.

Méthode

La révision de l'ÉTG a été réalisée en trois phases. En premier lieu, les cours pour intervenants utilisant l'ÉTG (qui ont mené au parachèvement, en décembre 2006, du matériel didactique pour le cours combiné Adultes-Enfants) ont permis au sous-comité de formation du groupe de travail national de l'ÉTG de fournir régulièrement de la rétroaction au groupe de travail national de l'ÉTG, y compris la détermination de faiblesses potentielles et de points nécessitant d'être réexaminés. Le groupe de travail a demandé une rétroaction de la part d'instructeurs qui ont eu l'occasion d'enseigner l'ÉTG à de nouveaux intervenants. Il a également reçu de la rétroaction et des critiques constructives de la part d'intervenants utilisant l'ÉTG. Ces derniers ont été en mesure de présenter différents points de

vue, puisqu'ils provenaient d'une grande variété d'établissements et de types d'hôpitaux. Dans la deuxième phase de la révision, des fournisseurs de soins et des groupes de travail représentant des populations de patients adultes particulières, y compris des groupes de travail sur la santé mentale, les troubles de la coagulation et les personnes âgées, ont aussi fait part de leurs commentaires. Dans la phase finale, le groupe de travail national de l'ÉTG a étudié les suggestions avant d'approuver tout changement aux fins de publication.

Ce manuscrit présente uniquement les changements relatifs à l'ÉTG pour adultes effectués depuis la publication de l'ÉTG de 2004⁴ et ne couvrira pas les changements présentés dans ce document. Un article portant sur les changements relatifs à l'ÉTG s'appliquant aux enfants paraîtra dans le numéro de mai 2008 du *JCMU*.

Révisions

1. Questions d'ordre général

Harmonisation de la palette de couleurs pour l'ÉTG s'appliquant aux adultes et aux enfants

Justification : Les affiches du matériel didactique pour l'ÉTG applicable aux adultes et aux enfants n'utilisaient pas le même système de codage de couleurs. Le groupe de travail national de l'ÉTG a obtenu un consensus concernant la désignation des couleurs : niveau I — bleu; niveau II — rouge, niveau III — jaune, niveau IV — vert et niveau V — blanc (voir la figure 1).

Niveau I	— Réanimation
Niveau II	— Très urgent
Niveau III	— Urgent
Niveau IV	— Moins urgent
Niveau V	— Non urgent

Fig. 1. Codes de couleurs de l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence.

Protocole rural pour le niveau V de l'ÉTG

Justification : En 2003, le comité sur les urgences de la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC) a publié dans le *JCMU* un énoncé concernant la mise en application de l'ÉTG en milieu rural.¹¹ Cet énoncé différait de façon significative des lignes directrices de l'ÉTG initiale en ce qu'il comportait un protocole pour le niveau V de l'ÉTG permettant à une infirmière autorisée qualifiée d'aiguiller les patients vers un fournisseur de soins plus approprié ou

de reporter les soins à une date ultérieure et ce, sans contacter le médecin de garde. Cette directive visait les hôpitaux n'ayant pas de médecins d'urgence de garde sur place afin d'optimiser l'utilisation des ressources médicales limitées sans toutefois mettre en danger la sécurité des patients. Cependant, des membres de l'Affiliation nationale des infirmières et infirmiers d'urgence (ANIU) ont exprimé leurs préoccupations concernant cette directive, avançant que les infirmières pourraient être tenues responsables en cas d'issue indésirable relativement au devenir du patient. En 2007, le comité sur les urgences de la SMRC a révisé le critère qui devait être satisfait avant la mise en œuvre d'une telle directive médicale, y incorporant les éléments suivants :

- a. Le patient est âgé de six mois ou plus.
- b. L'infirmière juge satisfaisants les signes vitaux du patient, dont la température se situe entre 35 °C et 38,5 °C (38,3 °C chez les sujets de plus de 60 ans).
- c. Le patient est évalué au niveau V de l'ÉTG.
- d. Après l'évaluation par l'infirmière, il n'y a aucune indication clinique selon laquelle le patient peut avoir besoin de l'attention urgente du médecin.
- e. Dans les cas limites, ou lorsque l'infirmière n'est pas certaine, une consultation téléphonique entre elle-même et le médecin a permis d'établir que le problème n'est pas urgent.
- f. L'hôpital a une politique appropriée en place.
- g. Le personnel médical et le personnel infirmier ont une entente locale quant à l'acceptation du processus.

Les points f et g ont été ajoutés à l'énoncé de 2003, d'une part, pour s'assurer qu'à l'échelle locale, le personnel

infirmier a participé à l'élaboration du protocole et de la politique de l'hôpital et, d'autre part, pour assurer le soutien du personnel infirmier et des médecins après sa mise en application. Dans les petites collectivités, si l'on veut limiter les malentendus avant qu'ils ne surgissent, il importe que le public participe et que soient établis des programmes de sensibilisation en vue de la mise en application de l'ÉTG. La mise à jour de l'énoncé est affichée sur le site Web de la SMRC (www.srpc.ca/librarydocs/Ctasjontf.html).

2. Liste des raisons de consultation

Justification : Lorsque la première édition de la liste de raisons de consultation du SIGDU a été publiée en 2003, il avait été convenu de limiter le nombre de raisons pour que la liste soit un outil pratique. Le groupe de travail national de l'ÉTG était conscient qu'il faudrait la réviser après avoir reçu les commentaires d'utilisateurs et la mettre à jour afin de répondre aux besoins des infirmières affectées au triage des enfants. Pour prendre connaissance de la liste actualisée du SIGDU, veuillez consulter le manuscrit révisé figurant dans le présent numéro du *JCMU*.¹² Le tableau 1 résume les nouvelles raisons de consultation ou les raisons modifiées ainsi que les titres des sections correspondantes. Le supplément de 2008 de l'ÉTG, consultable en ligne à l'adresse www.caep.ca/template.asp?id=B795164082374289BBD9C1C2BF4B8D32, comprendra toutes les raisons de consultation chez les adultes ainsi que les modificateurs de premier et de deuxième ordre pertinents. À noter que les modifications seront surlignées en bleu.

Tableau 1 Raisons de consultation d'adultes (nouvelles ou révisées)

Catégorie de raisons du SIGDU	Raison précédente	Raison (nouvelle ou révisée)
Cardiovasculaire	Membre chaud et rouge : symptômes de TVP	Membre chaud et rouge
Environnement	s/o	Quasi-noyade
Gastro-intestinal	s/o	Corps étranger oral / œsophagien
Génito-urinaire	Douleur – œdème scrotal	Douleur scrotale et/ou œdème scrotal
Santé mentale et problèmes psychosociaux	Dépression ou suicidaire; hallucinations comportement violent, homicide, comportement bizarre ou paranoïde, s/o	dépression/suicidaire/automutilation; hallucinations ou délire comportement violent ou homicide, comportement bizarre, Inquiétude face à la sécurité du patient
Neurologique	Étourdissement ou vertige	Vertige
Gynéco-Obstétrique	Douleur vaginale ou dyspareunie	Douleur vaginale ou prurit
Ophtalmologie	Écoulement oculaire; rougeur ou prurit oculaire; œdème périorbitaire et fièvre	Écoulement oculaire ou rougeur; œdème périorbitaire
Respiratoire	Toux	Toux ou congestion
Tégument (peau)	Ecchymose – antéc. probl. coagulation	Ecchymose spontanée

SIGDU = Système d'information de gestion des départements d'urgence au Canada; TVP = thrombose veineuse profonde; s/o = sans objet

3. Modificateurs de premier ordre

Modificateurs relatifs à la température

Justification : On insiste de plus en plus sur l'importance du dépistage précoce des infections systémiques. Selon les commentaires que le groupe de travail national de l'ÉTG a reçus, l'ÉTG doit mieux appuyer la rapide prise en charge initiale comme il est décrit dans les lignes directrices de la campagne pour survivre à un état septique (*Surviving Sepsis Campaign guidelines*).¹³ Ces lignes directrices sont fondées sur une prise en charge précoce axée sur l'obtention d'objectifs thérapeutiques décrite par le docteur Rivers et ses collaborateurs.¹⁴ Les nouvelles définitions des modificateurs de l'ÉTG sont fondées sur une compréhension du syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS), du sepsis et du sepsis sévère. Le SIRS est une réaction inflammatoire systémique à certaines agressions cliniques graves. Il se caractérise par la présence d'au moins deux des signes suivants : température > 38 °C ou < 36 °C; fréquence cardiaque > 90 pulsations/min; fréquence respiratoire > 20/min ou PaCO₂ < 4.3 kPa (< 32 torr); numération leucocytaire > 12000/mm³, < 4000/mm³ ou > 10 % de formes immatures. Le sepsis se définit comme une réaction systémique à l'infection; il répond à au moins deux des critères de définition du SIRS résultant de l'infection. Quant au sepsis sévère, il se définit par un sepsis accompagné de la défaillance d'un ou de plusieurs organes, d'hypoperfusion ou d'hypotension. L'hypoperfusion et les anomalies de perfusion comprennent, entre autres, l'acidose lactique, l'oligurie ou une altération aiguë de l'état mental.¹⁵ Les recommandations et les définitions actualisées des modificateurs relatifs à la température chez les adultes figurent au tableau 2.

Il faut d'emblée assigner le niveau de triage II devant une suspicion de processus infectieux et d'immunodépression ou à un patient présentant un état hémodynamique altéré, une détresse respiratoire modérée ou un état de conscience altéré. Par surcroît, compte tenu des manifestations de troubles circulatoires ou respiratoires, ou encore de dysfonction du système nerveux central, un diagnostic de sepsis sévère devrait être posé, et le patient devrait être pris en charge en fonction de son état. Quant aux patients qui ne répondent pas à ces critères, les seuls signes de SIRS généralement mesurables lors du triage sont les suivants : température < 36 °C ou > 38 °C, fréquence cardiaque > 90 pulsations/min et fréquence respiratoire > 20/min. Les patients répondant à ces trois critères et présentant manifestement des signes d'infection et ayant l'air malade devraient être assignés le niveau II. Les patients répondant à moins de trois critères de SIRS mais ayant mauvaise mine

devraient être assignés le niveau III. Les patients qui semblent bien et dont la fièvre est le seul critère de SIRS, ou n'ayant que des antécédents documentés de fièvre avant de se présenter à l'urgence devraient être assignés le niveau IV.

Modificateurs relatifs aux troubles de la coagulation

Justification : Il faut faire un remplacement rapide de facteurs chez les patients ayant des troubles de la coagulation et se présentant à l'urgence avec des saignements modérés ou graves.¹⁶⁻¹⁸ Les modificateurs ont été créés en collaboration avec la Société canadienne de l'hémophilie. Les patients ayant des troubles congénitaux de la coagulation et présentant des déficits importants en facteurs ont habituellement besoin d'un remplacement rapide de facteurs. Les patients recevant des anticoagulants ou ayant une maladie du foie grave et dont le temps de prothrombine ou le temps de thromboplastine partielle est allongé sont à risque d'hémorragie massive et devront peut-être faire l'objet d'une intervention rapide.^{19,20} Les définitions des saignements majeurs et mineurs figurent dans la boîte 1. Peu de gens ayant des troubles de la coagulation congénitaux ou acquis se présentent à l'urgence. Ces modificateurs s'appliquent néanmoins à toutes les raisons de consultation du SIGDU relatives aux traumatismes de même qu'à toute raison de consultation sans traumatisme, mais associée à des saignements. C'est pourquoi il a été jugé bon de considérer ces raisons comme des modificateurs de premier ordre. (Les modifications apportées figureront dans le supplément de 2008 de l'ÉTG 2008 consultable en ligne.)

Tableau 2. Modificateurs relatifs à la température (ÉTG pour adultes)

Température,* âge, condition	Niveau de triage de l'ÉTG
Adultes ≥ 16 ans (> 38,5 °C)	
Immunodéprimé†	II
Apparence septique‡	II
Mauvaise apparence§	III
Bonne apparence¶	IV

ÉTG = Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence

*Les modificateurs relatifs à la température peuvent être appliqués en fonction d'antécédents récents documentés de fièvre, même si le patient est afebrile au triage.

†Immunodéprimé : patient avec neutropénie (ou suspicion de neutropénie), en chimiothérapie ou qui prend des immunosuppresseurs, y compris des stéroïdes.

‡Apparence septique : patient présente des signes d'infection, répond à 3 critères du SIRS (syndrome de réponse inflammatoire systémique), ou signes d'état hémodynamique altéré, de détresse respiratoire modérée ou d'un état de conscience altéré.

§Mauvaise apparence : patient répond à moins de 3 critères du SIRS, a mauvaise mine (c.-à-d. rougeur au visage, léthargique, anxieux ou agité).

¶Bonne apparence : la fièvre est le seul critère de SIRS; patient semble bien et n'est pas en détresse.

Il importe de dépister rapidement les patients ayant des troubles de la coagulation afin de remplacer le plus rapidement possible les facteurs déficients en cas de saignements importants et d'entreprendre promptement le remplacement de facteurs en cas de saignements mineurs ou modérés. Fait à noter : bon nombre de ces patients portent probablement sur eux une carte « Facteur d'abord » (accessible à www.hemophilia.ca/emergency et à www.hemophilia.ca/urgence) sur laquelle figurent des recommandations personnalisées de prise en charge. La classification et les cibles pour l'infusion de concentrés de complexe prothrombique ou de plasma frais congelé chez les patients ayant des troubles de la coagulation acquis demeurent inchangées.

4. Modificateurs de deuxième ordre

Ajout de modificateurs et modification de modificateurs précédents

Justification : Selon les commentaires que le groupe de travail national de l'ÉTG a reçus, il fallait réviser les modificateurs relatifs aux douleurs thoraciques non angineuses pour mieux caractériser les dissections aortiques, les blessures aux extrémités, les cas de déshydratation ainsi que les motifs relatifs aux grossesses de plus de 20 semaines (voir le tableau 3).

5. Raisons de consultation et modificateurs de deuxième ordre relatifs aux troubles mentaux

Justification : La version révisée de 2004 de l'ÉTG applicable aux adultes introduisait une série de modificateurs de deuxième ordre pour étayer les raisons de consultation

relatives aux troubles mentaux du SIGDU. Initialement, leur adoption semblait toutefois incohérente en raison de

Tableau 3. Modificateurs de premier et de deuxième ordre (nouveaux ou révisés)

Raison de consultation	Modificateur révisé	Niveau de l'ÉTG
Douleur thoracique, non cardiaque	Autre douleur thoracique importante (déchirante)*	II
Blessure au membre supérieur; blessure au membre inférieur	Déformation évidente†	III
Nausée et vomissement; diarrhée	Déshydratation sévère‡	I
Faiblesse générale	Déshydratation modérée§	II
	Déshydratation légère¶	III
	Potentiel de déshydratation**	IV
Problèmes de grossesse > 20 semaines††	Présence de parties fœtales, prolapsus du cordon ombilical	I
	Saignement vaginal, 3 ^e trimestre	I
	Travail actif (contractions ≤ 2 min)	II
	Aucun mouvement fœtal ou aucune fréquence cardiaque fœtale	II
	Céphalée avec ou sans œdème, douleur abdominale ou hypertension	II
	Probl. post-partum	II
	Travail actif (contractions > 2 min)	III
	Écoulement possible du liquide amniotique	III

ÉTG = Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence.

*Actuellement, le modificateur « Autre douleur thoracique importante (déchirante ou pleuritique) » correspond à un niveau III. Toutefois, la description de douleurs thoraciques déchirantes est plus souvent associée à une dissection aortique. C'est pourquoi nous l'avons associé au niveau II pour être cohérents avec la gravité de ce symptôme.

†Des préoccupations ont été soulevées selon lesquelles les soins aux patients se présentant avec des fractures évidentes, mais sans douleur sévère, étaient possiblement reportés, ce qui peut occasionner une hausse de la morbidité. Des déformations évidentes devraient permettre d'identifier les patients avec une fracture déplacée ou une luxation nécessitant une réduction d'emblée.

‡Déshydratation sévère : perte significative du volume accompagné de signes typiques de déshydratation ainsi que de signes et de symptômes de choc.

§Déshydratation modérée : muqueuses sèches, tachycardie, persistance plus ou moins grande du pli cutané et baisse de la diurèse.

¶Déshydratation légère : signes vitaux stables avec mention de soif croissante et d'urines concentrées et des antécédents de baisse de consommation de liquide et/ou de perte de liquide.

** Risque de déshydratation : aucun symptôme de déshydratation, mais le motif principal de consultation est la perte de liquide persistante ou des difficultés à absorber oralement des liquides.

††Dans la version de 2004 de l'ÉTG applicable aux adultes, les descripteurs relatifs aux « problèmes de grossesse après 20 semaines » étaient présentés comme de nouvelles raisons de consultation. Après examen, il a été décidé qu'il était préférable de les classer dans la catégorie « modificateurs de deuxième ordre », précisément pour cette raison de consultation du SIGDU (Système d'information de gestion des départements d'urgence).

Boîte 1. Classification de la gravité des saignements et modification du niveau de gravité

Saignements importants pouvant entraîner la perte d'un membre ou de la vie

Niveau II – modificateur de premier ordre

- Tête (intracrâniens) et cou
- Thorax, abdomen, pelvis, colonne vertébrale
- Hémorragie vaginale massive
- Muscle psoas-iliaque et hanche
- Loges musculaires
- Fractures ou luxations
- Lacérations profondes
- Tout épisode de saignement non contrôlé

Saignements légers ou modérés

Niveau III – modificateur de premier ordre

- Nez (épistaxis)
- Bouche (y compris les gencives)
- Articulations (hémarthrose)
- Ménorragie
- Abrasions et lacérations superficielles

définitions imprécises et du contenu limité de la trousse de formation de l'ÉTG. Un projet multidisciplinaire a été amorcé en vue de traiter de certaines de ses lacunes, et des études plus poussées sont prévues afin d'appuyer ce travail. Au tableau 4 figurent les raisons de consultation liées à des troubles mentaux et les modificateurs de deuxième ordre connexes, et au tableau 5 figurent les définitions pertinentes.

Discussion

De nombreux facteurs entrent en ligne de compte quand il s'agit d'assigner le niveau de triage le plus adéquat à l'aide de l'ÉTG.

1. Les patients visiblement instables sont placés immédiatement dans la salle de réanimation. Le niveau de triage devrait être attribué ultérieurement en fonction des modificateurs de premier ordre.
2. La détermination du niveau de triage des patients dont l'apparence semble stable devrait être effectuée en fonction des raisons de consultation mentionnées, en accordant le niveau de triage correspondant le plus élevé.
3. Une bonne connaissance des modificateurs de premier ordre et de leurs définitions est essentielle à une détermination opportune et appropriée du niveau de triage.
4. Il faut avoir recours aux principaux modificateurs de deuxième ordre pour s'assurer qu'un niveau de triage plus bas qu'il ne devrait l'être n'est assigné aux patients présentant certaines raisons de consultation.
5. L'instinct clinique est important et le classement d'un patient à un niveau de triage plus élevé est approprié et nécessaire si le patient semble plus malade que ne l'indique le niveau de triage correspondant aux raisons présentées.
6. Si les intervenants n'ont pas accès à un système informatisé d'aide à la décision de triage, la liste complète des raisons de consultation en format Excel devrait être consultable sur un ordinateur facilement accessible au lieu de triage.

Activités parallèles et continues

Une version révisée de la liste des raisons de consultation du SIGDU est publiée dans le présent numéro du *JCMU*¹²; les changements ont été incorporés à la version actualisée de l'ÉTG applicable aux adultes. Un article portant sur les révisions à l'ÉTG applicable aux enfants paraîtra dans le numéro de mai 2008 du *JCMU*, numéro dans lequel figurera également la version actualisée de la liste des raisons de consultation du SIGDU. Le matériel didactique pour le cours combiné Adultes-Enfants est en cours d'édition et

sera disponible lors de la réunion de l'ANIU en mai 2008. Une version actualisée des raisons de consultation devrait être affichée sur le site Web après mai 2008. À l'occasion de la rencontre du groupe de travail national de l'ÉTG en juin 2008, des démarches seront entreprises pour créer du matériel didactique et des affiches de référence portant sur la version 2008 de l'ÉTG.

Conclusion

L'ÉTG continue de faire objet de révisions et de mises à

Tableau 4. Raisons de consultation et modificateurs de deuxième ordre relatifs aux troubles mentaux

Raison de consultation (SIGDU)	Description	Niveau de triage de l'ÉTG
Dépression, suicide ou automutilation délibérée	Tentative de suicide ou plan de suicide précis	II
	Pensées suicidaires actives	II
	Risque de fuite ou de sécurité	II
	Idées de suicide, aucun plan	III
	Dépression, pas d'idées de suicide	IV
Anxiété ou crise situationnelle	Anxiété ou agitation sévère	II
	Risque de fuite ou de sécurité	II
	Anxiété ou agitation modérée	III
	Anxiété ou agitation légère	IV
Hallucinations ou délire	Psychose aiguë	II
	Anxiété ou agitation sévère	II
	Risque de fuite ou de sécurité	II
	Anxiété ou agitation modérée, ou avec paranoïa	III
	Agitation légère, stable	IV
Insomnie	Anxiété ou agitation légère, hallucinations chroniques	V
	Aiguë	IV
Comportement violent ou homicide	Chronique	V
	Passage à l'acte imminent – pour lui-même ou autrui, ou plans précis	I
	Risque de fuite ou de sécurité	II
Problème social	Idées violentes ou homicides, aucun plan	III
	Abus physique, mental, stress émotionnel intense	III
	Incapable de faire face	IV
Comportement bizarre	État chronique, non urgent	V
	Non contrôlé	I
	Risque de fuite ou de sécurité	II
	Contrôlé	III
	Inoffensif	IV
	État chronique, non urgent	V

SIGDU = Système d'information de gestion des départements d'urgence;
ÉTG = Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence.

jour régulières en fonction, d'une part, des commentaires reçus des utilisateurs et du consensus de spécialistes, et d'autre part, des services d'urgences en constante évolution. L'engorgement des urgences est de mal en pis et il est de plus en plus important d'être en mesure de prioriser les patients à examiner en fonction de la gravité de leur cas et des risques. La mise en application pancanadienne du

matériel didactique normalisé relatif à l'ÉTG a eu pour résultat un niveau de triage plus élevé dans certains établissements et un niveau plus bas dans d'autres, ce qui a occasionné des commentaires constructifs et mis en évidence les secteurs demandant des études plus poussées. Ces changements nécessiteront un suivi continu. Les membres du groupe de travail national de l'ÉTG continueront de se

Tableau 5. Définitions de troubles mentaux relatifs aux modificateurs de deuxième ordre connexes

Terme	Définition
Termes relatifs au suicide	
Tentative de suicide	Comportement d'automutilation avec issue non fatale accompagné de preuves (explicites ou implicites) que le patient a voulu mourir ²¹
Intention suicidaire	Attente subjective et désir d'automutilation qui se conclurait par la mort ²¹
Idées de suicide	Patient pense à causer sa propre mort. Le degré de gravité des idées de suicide varie selon le plan particulier de suicide et le degré d'intention suicidaire ²¹
Risque de fuite ou de sécurité	Menaces de violence envers soi ou les autres; patients affichant une colère non contrôlée, de l'agitation, un comportement paranoïde ou hallucinatoire; patient incapable de coopérer ou réticent à le faire et présentant un risque de suicide de même qu'un danger de fuite ^{22,23} ; patient doit d'être mis sous étroite surveillance, selon les ressources et les capacités de l'établissement. (Remarque : si un membre de la famille est prêt à rester, et que les deux parties semblent disposées à attendre, une surveillance étroite prescrite par l'hôpital pourrait ne pas être nécessaire)
Termes relatifs à l'anxiété et à l'agitation	
Anxiété ou agitation sévère	Inconfort, appréhension ou inquiétude excessifs et signes de concentration excessive de catécholamines circulantes; ou patient dangereusement agité et peu coopératif, ne se calme pas lorsqu'on le lui demande ²⁴⁻²⁸
Anxiété ou agitation modérée	Inconfort, appréhension ou inquiétude évidents, mais sans tachycardie ou tremblements évidents; ou patient agité et n'obéit pas toujours aux ordres (p. ex., s'assoit et se calme lorsqu'on le lui demande, mais redevient vite nerveux et agité) ²³⁻²⁷
Anxiété ou agitation légère	Légers inconfort, appréhension ou inquiétude, mais patient peut-être rassuré; ou patient nerveux, mais coopératif; obéit aux ordres ²⁴⁻²⁸
Termes relatifs aux hallucinations ou au délire	
Psychose aiguë	Peut présenter des signes de négligence de soi extrême, de la discontinuité dans les idées et/ou des pensées qui défilent rapidement, un trouble du langage, une perte de contact avec la réalité accompagnée d'un « manque d'introspection »; peut réagir à des pensées hallucinatoires et/ou délirantes, pouvant être accompagnées de comportements hostiles ²⁵⁻²⁹
Paranoïa	Idées délirantes de persécution : sentiment d'être suivi, empoisonné ou blessé d'une certaine façon; idées de référence : le patient est convaincu que les autres parlent de lui; peut être accompagné de peur, d'agitation ou d'hostilité extrême ²⁵⁻²⁹
Hallucinations chroniques	Antécédents connus d'hallucinations; pas de changements récents dans la nature et/ou la fréquence ou le degré de détresse du patient à ce sujet ²⁵⁻²⁹
État chronique, non urgent	Le patient se présente souvent à la salle d'urgence avec une plainte récurrente qui a été adéquatement prise en charge et est bien connu de l'infirmière de triage; ou le patient veut simplement de la nourriture, un abri temporaire ou être au chaud.
Termes relatifs à un comportement bizarre	
Non contrôlé	Comportement bizarre, désorienté ou irrationnel, non contrôlé par la communication verbale et le raisonnement; met le patient et les autres en danger physique ²⁵
Contrôlé	Comportement bizarre et irrationnel perçu comme étant menaçant, mais contrôlable par la communication verbale et le raisonnement; le patient est accompagné d'un ami ou d'un membre de sa famille ²⁵
Comportement inoffensif	Comportement bizarre ou excentrique (habituellement de longue date et ne comportant pas de changements récents par rapport à l'état habituel du patient) qui n'est menaçant ni pour le patient ni pour les autres et ne nécessite pas d'intervention rapide ²⁵

rencontrer. Ils planifient d'autres mises à jour au fur et à mesure que de nouvelles preuves se présenteront et que les milieux de pratique évolueront. Les commentaires de tout un chacun sont les bienvenus.

Conflits d'intérêts : aucun déclaré

Mots clés : triage, services d'urgence, ÉTG, administration

Références

- Beveridge R, Clark B, Janes L, et al. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: implementation guidelines. *CJEM* 1999;1(suppl):S2-28.
- Warren D, Jarvis A, Leblanc L; the National Triage Task Force members. Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: implementation guidelines for emergency departments. *CJEM* 2001;3(suppl):S1-27.
- Grafstein E, Unger B, Bullard M, et al. Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) Presenting Complaint List (Version 1.0). *CJEM* 2003;5:27-34.
- Murray M, Bullard M, Grafstein E. Révision de l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence : Guide d'implantation. *JCMU* 2005;1:28-35.
- Dong SL, Bullard MJ, Meurer DP, et al. Reliability of computerized emergency triage. *Acad Emerg Med* 2006;13:269-75.
- Grafstein E, Innes G, Westman J, et al. Inter-rater reliability of a computerized presenting-complaint-linked triage system in an urban emergency department. *CJEM* 2003;5:323-9.
- Dong SL, Bullard MJ, Meurer DP, et al. Predictive validity of a computerized emergency triage tool. *Acad Emerg Med* 2007;14:16-21.
- Jimenez JG, Murray MJ, Beveridge R, et al. Implementation of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) in the Principality of Andorra: Can triage parameters serve as emergency department quality indicators? *CJEM* 2003;5:315-22.
- Innes GD, Stenstrom R, Grafstein E, et al. Prospective time study derivation of emergency physician workload predictors. *CJEM* 2005;7:299-308.
- Dreyer JF, Zaric GS, McLeod SL, et al. Triage as a predictor of emergency physician workload. *CJEM* 2006;8:202.
- Stobbe K, Dewar D, Thornton C, et al. L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ÉTG) : énoncé sur l'implantation en milieu rural. *JCMR* 2003;8:38-42.
- Grafstein E, Bullard MJ, Warren D, et al. Revision of the Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) Presenting Complaint List Version 1.1. *CJEM* 2008;10:151-60.
- Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, et al. Surviving Sepsis Campaign Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock. *Crit Care Med* 2004;32:858-73.
- Rivers E, Nguyen B, Havstad S, et al. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med* 2001;345:1368-77.
- Nystrom PO. The systemic inflammatory response syndrome: definitions and aetiology. *J Antimicrob Chemother* 1998;41(Suppl A):1-7.
- Rodriguez-Merchan EC. Management of musculoskeletal complications of hemophilia. *Semin Thromb Hemost* 2003;29:87-96.
- Hay CR, Brown S, Collins PW, et al. The diagnosis and management of factor VIII and IX inhibitors: a guideline from the United Kingdom Haemophilia Centre Doctors Organisation. *Br J Haematol* 2006;133:591-605.
- Hemophilia and von Willebrand's disease: 2. Management. Association of Hemophilia Clinic Directors of Canada. *CMAJ* 1995;153:147-57.
- Leissinger CA, Blatt PM, Hoots WK, et al. Role of prothrombin complex concentrates in reversing warfarin anticoagulation: a review of the literature. *Am J Hematol* 2008;83:137-43.
- Veshchev I, Elran H, Salame K. Recombinant coagulation factor VIIa for rapid preoperative correction of warfarin-related coagulopathy in patients with acute subdural hematoma. *Med Sci Monit* 2002;8:CS98-100.
- Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry* 2003;160(Suppl):1-60.
- Mackay I PB, Cassels C. Constant or special observations of inpatients presenting a risk of aggression or violence: nurse' perceptions of the rules of engagement. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;12:464-71.
- Victorian Emergency Department Mental Health Triage Project Training Manual. 2006. Disponible sur : www.health.vic.gov.au/emergency/mhtrainingmanual (Consulté le 19 septembre 2007).
- Riker RR, Picard JT, Fraser GL. Prospective evaluation of the Sedation-Agitation Scale for adult critically ill patients. *Crit Care Med* 1999;27:1325-9.
- Campbell RJ. *Psychiatric dictionary*. 7th ed. New York (NY): Oxford University Press; 1996.
- Stuart GW, Laraia MT, eds. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8th ed. St. Louis (MO): Elsevier Mosby; 2005.
- Varcarolis EM, Carson VB, Shoemaker NC, eds. *Foundations of psychiatric mental health nursing: a clinical approach*. 5th ed. St. Louis (MO): Elsevier; 2006.
- Briscoe M. Diagnoses or conditions. 2007. Disponible sur : www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinformation/definitions/diagnose_sorconditions.aspx (Consulté le 19 septembre 2007).
- Koocher GP, Norcross J, editors. *Psychologists' desk reference*. 2nd ed. New York (NY): Oxford University Press; 2005.

Correspondance : Dr Michael J. Bullard, professeur de médecine d'urgence, département de médecine d'urgence, Université de l'Alberta, pièce 1G1.58, W.C. Mackenzie Centre, 8440-112 St., Edmonton AB T6G 2B7; michael.bullard@ualberta.ca