

Révision de *L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence* : *Guide d'implantation*

Michael Murray, MD;* Michael Bullard, MD;† Eric Grafstein, MD;‡
pour les Groupes de travail nationaux sur l'ÉTGS et le SIDUC

Introduction

Depuis sa création en 1999, *L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence* (ÉTGS) a été largement implantée à travers le Canada.^{1,2} Ce document de consensus, créé par le Groupe de travail national sur l'ÉTGS composé d'infirmières et de médecins experts dans le domaine du triage au département d'urgence, est considéré comme un document évolutif qui doit être modifié régulièrement pour refléter l'expérience acquise. Le présent article expose les premières modifications importantes apportées à l'ÉTGS.

Justification des changements

Bien que la fiabilité de l'ÉTGS ait été validée dans plusieurs publications³⁻⁵, la fiabilité inter-évaluateurs et inter-sites de l'échelle pourrait être améliorée en adoptant une approche plus objective de l'assignation du niveau de triage. Ces révisions à l'ÉTGS sont une tentative d'en améliorer la fiabilité et d'en faciliter la normalisation.

Plusieurs publications ont également examiné la validité prédictive de l'ÉTGS et sa corrélation avec l'utilisation des ressources au département d'urgence.⁶⁻⁸ Jiménez et collègues⁸ ont constaté l'utilité de l'échelle pour prédire les

taux d'hospitalisation, la durée de séjour et l'utilisation des outils diagnostiques.

L'ÉTGS, une échelle de triage à cinq niveaux permettant de classer la gravité de l'état d'un patient, est fondée principalement sur la raison de consultation du patient. Les lignes directrices originales comportaient un nombre limité de raisons de consultation. Les raisons de consultation qui n'apparaissaient pas dans le guide étaient souvent comparées avec d'autres dans la liste pour extrapoler un niveau de triage. La création et la publication de la Liste des raisons de consultation du Système d'information sur les départements d'urgence canadiens (SIDUC) (Version 1.0)⁹ offrent une base solide pour revoir l'ÉTGS. On recommande d'utiliser la liste du SIDUC dans tous les départements d'urgence canadiens, mais pour appuyer cette recommandation, il faut clairement identifier tous les modificateurs spécifiquement associés aux raisons de consultation pour chacun des niveaux de triage. Certains articles ont été publiés sur la fiabilité de la Liste des raisons de consultation du SIDUC, et une liste modifiée des raisons de consultation, appariée aux niveaux de triage de l'ÉTGS dans un système de triage assisté par ordinateur, a été évaluée.^{10,11}

Les lignes directrices originales de l'ÉTGS recommandent un délai jusqu'à l'évaluation par le médecin fondé sur

*De l'Hôpital Royal Victoria, Barrie, Ont., et de l'Université McMaster, Hamilton, Ont.; †de l'Hôpital de l'Université de l'Alberta, Université de l'Alberta, Edmonton, Alta; ‡et de l'Hôpital St. Paul, Vancouver, C.-B. et de l'Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, C.-B.
§Voir Annexe 1 pour la liste des membres du Groupe de travail national sur l'ÉTGS

The English version of this article was published in the November 2004 issue of *CJEM* and is available online at www.caep.ca.

Appuyé par l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU), l'Affiliation nationale des infirmières/infirmiers d'urgence (ANIU), l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ), la Société canadienne de pédiatrie (SCP) et la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC).

Can J Emerg Med 2005;7(1):28-35

l'assignation du niveau de gravité sur l'échelle de triage. Cependant, quand la raison de consultation n'est pas été spécifiquement identifiée dans les lignes directrices, l'assignation d'un niveau de triage devient plus subjective. Le Groupe de travail sur l'ÉTG estimait qu'une approche plus objective s'imposait.

L'accent mis sur le délai jusqu'à l'évaluation par l'infirmière et par le médecin et le manque de compréhension de la réponse fractile pour un rendement adéquat du système ont mené tant à des surestimations qu'à des sous-estimations des niveaux de triage. Dans certains cas, le niveau de triage assigné était fondé sur des délais réalisables plutôt que sur des délais recommandés par le guide. Il semble donc important de mettre de côté le concept de délais jusqu'à l'évaluation par un médecin car ceux-ci sont rarement réalisables et les entraves au débit des patients sont souvent hors du contrôle du département d'urgence. Le Groupe de travail sur le SIDUC croit qu'il vaudrait mieux se concentrer sur la réévaluation en temps opportun des patients qui attendent d'être vus afin de s'assurer que les délais inévitables ne compromettent pas leur santé.

Finalement, l'élaboration d'une stratégie nationale s'impose pour éduquer les utilisateurs de l'ÉTG afin d'en améliorer la normalisation, la fiabilité et la validité. Cette initiative de perfectionnement rejoint parfaitement la révision des lignes directrices.

Méthodes

L'expérience acquise lors de l'élaboration du cadre conceptuel de l'ÉTG pédiatrique et du programme de formation à son utilisation (ÉTGpéd)¹² a servi à élaborer un programme d'éducation à l'utilisation de l'ÉTG chez les patients adultes. Un pilote de ce programme a été présenté à un groupe d'infirmières enseignantes et d'experts en triage à Toronto en décembre 2003. Leurs évaluations et commentaires ont été utilisés par le sous-comité d'éducation nationale sur l'ÉTG qui s'est rencontré en janvier 2004 dans le but d'améliorer le programme d'éducation et de rehausser l'objectivité du processus de triage.

Afin d'améliorer la fiabilité de l'ÉTG, le groupe s'est concentré sur l'importance relative et l'utilisation des raisons de consultation, des signes vitaux, des échelles de douleur et des mécanismes de blessure lors de la décision de triage. On s'accorda sur des définitions, l'exhaustivité de la Liste des raisons de consultation du SIDUC fut passée en revue et des recommandations furent faites pour le Groupe de travail sur l'ÉTG. On demanda aux membres des groupes de travail sur l'ÉTG et sur le SIDUC de réviser ces modifications avant la rencontre de juin 2004.

Les membres de ces groupes sont des infirmières et des médecins ayant de l'expérience tant avec le triage pédiatrique que le triage des adultes et avec les systèmes d'information, et qui connaissent la Liste de raisons de consultation du SIDUC.

Lors de la rencontre de juin, trois sous-groupes ont revu la Liste de raisons de consultation du SIDUC et apparié chaque raison de consultation avec les niveaux de gravité de l'ÉTG en utilisant les critères suivants : raisons de consultation, signes vitaux, échelles de douleur, mécanismes de blessure et autres modificateurs. Le groupe a discuté des recommandations des sous-groupes et élaboré une entente de consensus sur les changements à apporter au Guide d'implantation de l'ÉTG et les modifications à la Liste de raisons de consultation du SIDUC.

Résultats et discussion

Vous trouverez le document de l'ÉTG complètement revu avec chaque raison de consultation du SIDUC et son niveau de triage correspondant basé sur des modificateurs de premier et de second ordre sur le site web de l'Association canadienne des médecins d'urgence (www.caep.ca).

Niveau de triage initial versus niveau de triage lors de la réévaluation

Le niveau de triage initial, fondé sur l'évaluation par l'infirmière de la gravité de l'état du patient est défini comme le niveau de triage sur l'ÉTG et aide à déterminer l'ordre de priorité dans lequel ce patient doit être vu par rapport aux autres patients dans la salle d'attente. Il détermine également à quelle fréquence le patient devrait être réévalué alors qu'il attend. On ne peut changer le score initial. L'évaluation lors du triage est fondée sur de l'information succincte. Il ne s'agit pas d'un diagnostic final; l'état du patient peut s'améliorer ou se détériorer avec le temps.

Le but du triage est d'identifier les patients qui doivent être vus en premier et ceux qui peuvent attendre sans danger pour leur santé. Les délais d'attente à l'urgence ont augmenté récemment et même les patients ayant reçu une assignation de triage de Niveau II doivent parfois attendre longtemps avant d'être vus en raison d'un manque de lits disponibles à l'urgence. Cette réalité est la principale raison pour laquelle l'accent est mis sur la réévaluation des patients dans le cadre de la révision de ces lignes directrices. Il est important de dire au patient ou au responsable de ses soins d'avertir l'infirmière si ses symptômes initiaux empirent alors qu'il est dans la salle d'attente. L'attente en toute sécurité est une responsabilité que partagent le pa-

tient et l'infirmière de triage. Les délais entre les réévaluations sont les mêmes que dans le guide original :

- Les patients du Niveau I doivent recevoir des soins infirmiers continus
- Niveau II toutes les 15 minutes
- Niveau III toutes les 30 minutes
- Niveau IV toutes les 60 minutes
- Niveau V toutes les 120 minutes

L'étendue de la réévaluation dépend de la raison de consultation, du niveau initial de triage et de tout changement identifié par le patient.

Les délais d'attente prolongés et la nécessité de garder des patients admis au département d'urgence mènent souvent à des changements importants dans la gravité des symptômes d'un patient. La même échelle de gravité peut être appliquée lors de la réévaluation afin d'établir un «niveau de gravité réévalué», qui devrait être noté au dossier de triage (sans changer le score de triage initial) ainsi que tout acte effectué. L'état du patient peut changer en raison de changements dans les modificateurs associés à la raison de consultation lors de la réévaluation, ou parce que la raison de consultation a changé. Si le niveau de gravité augmente lors de la réévaluation, l'ordre de priorité des patients dans la salle d'attente peut changer. Un tel exemple démontre que le processus de triage et l'assignation du niveau de gravité sont dynamiques et devraient comprendre de multiples réévaluations et des réassignations possibles du niveau de triage.

Raison de consultation et modificateurs de premier et de second ordre

La raison de consultation du patient demeure le principal déterminant du niveau de triage sur l'ÉTG. Cependant, ce niveau peut être modifié par l'application de modificateurs spécifiques objectifs de premier et de second ordre. La Liste de raisons de consultation du SIDUC est la base sur laquelle sont fondées les révisions du guide de l'ÉTG.

La plupart des raisons de consultation peuvent être modifiées par des modificateurs de premier ordre, soit les signes vitaux, les échelles de douleur, les mécanismes de blessure et la chronicité des symptômes. Des symptômes chroniques récurrents liés à des problèmes bien identifiés ou des problèmes aigus où les symptômes ont complètement disparu peuvent recevoir une assignation de triage à un niveau plus bas. Par exemple, des patients souffrant de douleur abdominale ou de céphalée dont les signes vitaux sont normaux pourraient recevoir un niveau d'assignation II, III ou IV selon la sévérité de la douleur et les patients

présentant des problèmes chroniques récurrents de sévérité similaire pourraient recevoir un niveau d'assignation III, IV ou V.

Les modificateurs de second ordre ont tendance à être spécifiques à la raison de consultation. Par exemple, une blessure chimique à l'œil reçoit une assignation de Niveau II.

Le processus qui a été mis sur pied pour l'assignation du niveau de triage est le suivant :

1. Le **raison de consultation** est déterminée par l'infirmière de triage tôt dans le processus de triage. Cela génère automatiquement l'assignation à un niveau de triage minimal spécifique à certains symptômes.
2. Les **modificateurs de premier ordre** sont alors appliqués au besoin, en commençant par les signes vitaux, qui, selon des changements définis quant à la stabilité hémodynamique, la tension artérielle, la température, l'état de conscience et le degré de détresse respiratoire, peuvent modifier le niveau de triage.
3. La **sévérité de la douleur** est alors déterminée, en distinguant la douleur centrale de la douleur périphérique et la douleur aiguë de la douleur chronique. Le niveau de gravité assigné est basé sur le niveau plus élevé identifié par n'importe lequel des modificateurs. Par exemple, un patient dont les signes vitaux sont normaux peut être assigné à un niveau de triage III, IV ou V selon la raison de consultation. Cependant, s'il souffre d'une douleur centrale sévère, il serait alors assigné au Niveau II selon son score sur l'échelle de douleur.
4. Le **mécanisme de blessure** (i.e., mécanisme à risque élevé ou faible) est considéré pour tous les patients ayant subi un traumatisme. Les mécanismes à risque élevé reçoivent automatiquement une assignation au Niveau II sur l'ÉTG.
5. Les **modificateurs de second ordre** sont également importants pour des symptômes spécifiques pour aider à stratifier le risque chez les patients, surtout quand les modificateurs de premier ordre ne sont pas définitifs.

Les signes vitaux

Les signes vitaux ont toujours été importants pour déterminer le niveau de triage. En fait, les lignes directrices originales définissant le délai maximal d'accès aux soins étaient en partie fondées sur la présence de signes vitaux anormaux. Le Groupe de travail sur l'ÉTG a regroupé les signes vitaux anormaux sous les catégories suivantes afin de faciliter l'assignation du niveau de triage : stabilité hémodynamique, hypertension, température, état de conscience et degré de détresse respiratoire.

Stabilité hémodynamique : Les patients dont les signes vitaux sont anormaux peuvent être assignés à un Niveau I (instable) ou à un Niveau II (potentiellement instable). Les patients du Niveau I présentent des signes de choc accompagnés de symptômes d'hypoperfusion ou de détérioration progressive. Les patients du Niveau II ont des signes vitaux anormaux sans symptômes d'hypoperfusion ou d'instabilité hémodynamique et sans signes de détérioration de leur état (Tableau 1).

Tableau 1. Niveau de triage sur l'ÉTG et stabilité hémodynamique

Niveau de triage	Description
I (choc)	Signes d'hypoperfusion grave des organes terminaux : pâleur extrême, peau moite, diaphorèse, pouls faible ou filant, hypotension, syncope posturale, tachycardie ou bradycardie importante, ventilation ou oxygénation inefficace, altération de l'état de conscience. Peut aussi paraître rouge, fébrile, toxique, comme s'il était en état de choc septique
II (instabilité hémodynamique)	Signes de perfusion limite : pâle, histoire de diaphorèse, tachycardie inexplicquée, hypotension posturale identifiée à l'histoire (sensation de faiblesse en s'assoissant ou en se levant) ou hypotension soupçonnée (inférieure à une tension artérielle normale ou prévue chez un patient donné).
III	Signes vitaux aux deux extrêmes des valeurs normales en rapport avec la raison de consultation, surtout s'ils sont différents des valeurs habituelles pour ce patient particulier.
IV	Signes vitaux normaux.

Hypertension : On peut assigner un niveau de triage aux patients hypertendus selon le degré d'élévation des chiffres et la présence ou l'absence d'autres symptômes (p. ex. maux de tête, nausées, dyspnée) (Tableau 2).

Tableau 2. Niveau de triage sur l'ÉTG et hypertension

Niveau de triage	Tension artérielle, mm Hg	Autres symptômes
II	TAS > 220 or TAD > 130	N'importe quel symptôme
III	TAS > 220 or TAD > 130	Aucun symptôme
III	TAS 220–200 or TAD 130–110	N'importe quel symptôme
IV	TAS 220–200 or TAD 130–110	Aucun symptôme

TAS = tension artérielle systolique; TAD = tension artérielle diastolique

Température : Une température anormale, associée à une maladie infectieuse ou à une exposition environnementale, peut nécessiter une réévaluation du niveau de triage, mais on doit tenir compte de l'âge du patient, de son apparence générale (p. ex. statut hémodynamique) et d'un état d'immunosuppression (Tableau 3).

Tableau 3. Température et niveau de triage sur l'ÉTG

Température, âge, état	Niveau de triage
Température faible	
0–3 mois (<36°C)	II
>3 mois (≤31°C)	II
>3 mois (32°–35°C)	III
Température élevée	
0–3 mois (>38°C)	II
3 mois à 3 ans (>38,5°C)	
Immunosuppression*	II
Paraît malade	II
Paraît bien	III
>3 ans (>38,5°C)	
Immunosuppression*	II
Paraît malade† (utiliser d'autres modificateurs)	II or III
Paraît bien‡ (utiliser d'autres modificateurs)	III or IV
Adultes ≥16 ans (>38,5°C)	
Immunosuppression*	II
Paraît «toxique» (instabilité hémodynamique)	II
Paraît malade†	III
Paraît bien‡	IV

*Neutropénie, greffe, stéroïdes.
†Fièvre et paraît malade (Niveau III) signifie qu'il a du flushing, est dans un état hyperdynamique (pouls rapide et bondissant et augmentation de la tension artérielle différentielle) et est anxieux, agité ou confus.
‡Fièvre et paraît bien (Niveau IV) signifie qu'il paraît confortable, n'est pas en détresse, que son pouls est normal et qu'il est alerte et orienté.

État de conscience : Le score à l'échelle de Glasgow peut être utilisé pour déterminer le niveau de triage sur l'ÉTG, tant chez les patients ayant subi un traumatisme que chez ceux qui n'en ont pas subi. On peut l'utiliser pour définir les Niveaux I et II sur l'ÉTG, mais on doit considérer d'autres facteurs pour distinguer le niveau de triage chez les patients dont le résultat est de 14 ou 15 (voir le Tableau 4, page 32). Le recours à l'échelle de Glasgow implique un score préexistant sur cette échelle. Chez les patients atteints de démence et autres atteintes chroniques du système nerveux central, l'Échelle de Glasgow est moins utile. On peut tout simplement identifier un changement par rapport à leur statut normal.

Détresse respiratoire : La fréquence respiratoire et la saturation en oxygène sont des outils de mesure utiles pour évaluer la gravité ; cependant, il est à noter que les deux

Tableau 4. Score à l'Échelle de Glasgow et niveau de triage sur l'ÉTG

Score à l'Échelle de Glasgow	Description	Niveau de triage
3-9	Inconscient : impossible de protéger les voies aériennes, réponse à la douleur et au bruit seulement et réponse involontaire (i.e. flexion anormale ou mouvements de retrait), convulsions continues ou détérioration progressive de l'état de conscience.	I
10-13	Altération de l'état de conscience : réaction inappropriée aux stimuli verbaux (réponse localisatrice à la douleur seulement ou propos incohérents/incompréhensibles); désorientation face aux personnes, à l'espace et au temps (confusion); comportement inhabituel (agitation)	II
14-15	On devrait recourir à d'autres modificateurs pour déterminer le niveau de triage	III-V

paramètres peuvent être chroniquement anormaux. Les lignes directrices de l'ÉTG offrent les conseils suivants au moment d'évaluer le degré de détresse respiratoire :

- Aucun facteur ne peut être utilisé isolément; tous les facteurs, combinés à une évaluation du travail respiratoire, doivent être considérés lors de l'assignation d'un niveau de triage (Tableau 5).
- La saturation en oxygène ne doit pas être utilisée isolément.
- Deux ou trois efforts satisfaisants sont nécessaires pour mesurer un débit expiratoire de pointe précis (DEP); et la mesure du DEP ou du volume expiratoire maximal seconde (VEMS) ne sont pas utiles

pour estimer la gravité chez des patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

- On devrait utiliser des tableaux spécifiques à la race et au sexe.
- Autant que possible, on devrait recourir aux valeurs de base du DEP chez les patients individuels pour calculer la valeur prédite (en pourcentage) lors du triage.

Détermination de la sévérité de la douleur

On doit formuler les hypothèses suivantes au moment d'évaluer la sévérité de la douleur associée à un niveau de triage sur l'ÉTG :

- Certains sites de douleur sont plus susceptibles d'évoquer des atteintes menaçantes pour la vie;
- Une douleur sévère peut évoquer un problème plus dangereux et demandera une maîtrise de la douleur plus précoce et des interventions définitives.
- Une douleur aiguë est plus susceptible d'être dangereuse qu'une douleur chronique ou récurrente.

On définit la douleur centrale comme une douleur soupçonnée de prendre naissance dans une cavité du corps (tête, thorax, abdomen) ou dans un organe (œil, testicule, tissus mous profonds), peut-être associée à une atteinte menaçant la vie ou l'intégrité d'un organe. Des exemples comprennent des événements ischémiques (syndrome coronarien aigu, anévrisme disséquant, torsion testiculaire), des événements expansif/obstructifs (glaucome, blocage intestinal), des événements irritants (hémorragie sous-arachnoïdienne, perforation intestinale) et des événements infectieux (fasciite nécrosante, infections profondes au cou).

On définit la douleur périphérique comme une douleur soupçonnée de prendre naissance sous la peau, dans les tissus mous, le squelette axial ou à la surface des organes superficiels (yeux, oreilles, nez). Des exemples comprennent

Tableau 5. Détresse respiratoire et niveau de triage

Niveau de détresse	Description du patient	Saturation en O ₂	DEP valeur prédite	Niveau de triage
Sévère	Fatigue liée à un travail ventilatoire laborieux, cyanose, phrases à un mot, incapacité de parler, obstruction des voies aériennes supérieures, léthargie ou confusion	< 90 %	-	I
Modéré	Augmentation du travail ventilatoire, phrases complètes ou coupées, stridor important ou qui empire, mais voies aériennes protégées	< 92 %	40 % valeur prédite	II
Léger / modéré	Dyspnée, tachypnée, essoufflement à l'effort, pas d'augmentation du travail ventilatoire évidente, capable de faire des phrases complètes, stridor sans signe évident d'obstruction.	92 % à 94 %	40 % à 60 % valeur prédite	III

DEP = Débit expiratoire de pointe

les lésions, lacérations et abrasions cutanées, les contusions, les fractures (poignet, côtes) et les corps étrangers (yeux, oreilles, nez).

La douleur aiguë est d'installation récente (première fois), tandis que la douleur chronique évoque un syndrome de douleur à long terme ou récurrent bien identifié dont la manifestation ou la nature n'ont pas changé et ne suscitent donc pas d'inquiétude. Par exemple, il existe une différence évidente en termes de «risque» et de «besoin d'intervenir» entre un patient qui a fait une chute d'un toit et qui souffre d'une douleur aiguë (8 sur 10) et un patient qui souffre d'une douleur chronique dont le score de douleur est le même. Les lignes directrices originales mentionnaient ces concepts, mais ne les objectivaient pas (Tableau 6).

Tableau 6. Évaluation de la douleur et niveau de triage

Sévérité de la douleur	Score* de douleur	Localisation de la douleur	Douleur aiguë versus chronique	Niveau de triage
Sévère	8–10	Centrale	Aiguë	II
			Chronique	III
		Périphérique	Aiguë	III
			Chronique	IV
Modérée	4–7	Centrale	Aiguë	III
			Chronique	IV
		Périphérique	Aiguë	IV
			Chronique	V
Légère	0–3	Centrale	Aiguë	IV
			Chronique	V
		Périphérique	Aiguë	V
			Chronique	V

*Sur une échelle de Likert en 10 points

Les échelles de douleur se fient à la perception des patients, ce qui est très subjectif. Le Groupe de travail sur l'ÉTG recommande l'utilisation uniforme d'une échelle de douleur reconnue (comme l'échelle de Likert en 10 points ou l'échelle visuelle analogique de 10 cm) lors du triage et que la même échelle soit utilisée lors de la réévaluation. Les patients peuvent surestimer ou sous-estimer leur douleur, selon plusieurs facteurs; les différences culturelles, la peur et l'anxiété ou les attentes influenceront la perception du patient et l'évaluation de sa propre douleur.

L'infirmière de triage devrait utiliser une échelle de douleur et noter le score de douleur signalé par le patient. Au moment d'utiliser le modificateur de douleur afin de déterminer le niveau de triage final, l'infirmière de triage doit également tenir compte des observations objectives. En général, des changements physiologiques devraient accompagner la douleur et le patient devrait démontrer un certain niveau de détresse. Les patients peuvent ressentir

une douleur importante et la nier, mais présenter des signes apparents comme la tachycardie, les grimaces faciales, la distraction et une attitude réservée. À l'inverse, un patient peut signaler un niveau élevé de douleur sans démontrer aucun signe de détresse ou de changements physiologiques. Il est important que l'infirmière de triage note les observations personnelles et le score de douleur du patient au moment d'assigner un niveau de triage sur l'ÉTG.

Mécanisme de blessure

On peut utiliser le mécanisme de blessure comme modificateur, et il peut à lui seul déterminer un Niveau II sur l'ÉTG quand il s'agit d'un mécanisme à risque élevé. Des signes vitaux anormaux associés à une blessure sont utilisés pour déterminer le Niveau I et le Niveau II et dans ces cas, le mécanisme de blessure n'ajouterait rien. Le mécanisme de blessure est important pour les patients stables ayant subi une blessure potentiellement grave. Les victimes de mécanismes de blessure à risque élevé sont assignées à un Niveau II sur l'ÉTG (voir le Tableau 7, page 34).

Autres modificateurs

Taux de glycémie

Bien qu'auparavant la détermination de la glycémie n'ait pas fait partie du processus de triage, elle est devenue nécessaire alors que les temps d'attente continuent de s'allonger, même pour les patients nécessitant des soins urgents. Par conséquent, pour les patients diabétiques dont la raison de consultation pourrait être associée à un taux de glycémie anormal, une lecture de la glycémie peut être faite pour aider à déterminer le niveau de triage final (voir le Tableau 8, page 34).

Présentations obstétricales

Le guide d'implantation de l'ÉTG original comprenait une liste des présentations obstétricales. Le guide révisé a allongé la liste, ce qui a ajouté des éléments à la Liste de raisons de consultation du SIDUC. Il existe différents problèmes, présentations et questions de prise en charge associés aux patientes enceintes, selon le stade de la grossesse (p. ex. < 20 semaines versus > 20 semaines). Les symptômes spécifiques liés à l'âge gestationnel de > 20 semaines sont présentés au Tableau 9 (page 34).

Conclusions

Il s'agit de la première révision importante du guide d'implantation de l'ÉTG depuis sa création en 1999. Elle est

Tableau 7. Mécanisme de blessure et niveau de triage

Niveau de risque	Mécanisme de blessure et exemples	Niveau de triage
Élevé	Traumatisme général Accident de voiture : éjection du véhicule, tonneau, délai jusqu'au dégagement > 20 min, (pénétration importante dans l'espace du passager), décès dans le même espace du passager, impact > 40 km/h (sans ceinture) ou impact > 60 km/h (avec ceinture)	II
	Accident de moto, collision avec voiture > 30 km/h, surtout si motocycliste a été séparé de sa moto.	
	Piéton ou cycliste renversé ou heurté par un véhicule à > 10 km/h	
	Chute de > 6 m	
	Blessure pénétrante à la tête, au cou, au torse ou aux extrémités en amont du coude et du genou	
Élevé	Traumatisme crânien Accident de voiture : éjection du véhicule, passager non attaché s'étant heurté la tête contre le pare-brise.	II
	Piéton heurté par un véhicule	
	Chute de > 3 pieds ou 5 marches	
	Assaut avec un objet contondant autre que le poing ou les pieds.	
Élevé	Traumatisme au cou Accident de voiture : éjection du véhicule, tonneau, haute vitesse (surtout si le conducteur n'est pas attaché)	II
	Accident de moto	
	Chute de > 3 pieds ou 5 marches	
	Charge axiale à la tête	
Faible	Traumatisme général Accident de voiture : véhicule contre véhicule, collision par l'arrière, au moment de s'arrêter ou impact à < 30 km/h et conducteur attaché.	Utiliser d'autres modificateurs
Faible	Traumatisme crânien Accident de voiture : faible impact (< 30 km/h) et conducteur attaché	Utiliser d'autres modificateurs
	Chute ou trébuchement en marchant sur le sol	
	Bataille à poings fermés ou coup à la tête (excluant avec objet pointu ou lourd) sans perte de conscience	
Faible	Traumatisme au cou Collision par l'arrière simple (véhicule contre véhicule), conducteur en mesure de marcher après l'accident (conducteur non intoxiqué ni confus en raison d'une blessure à la tête) ou apparition retardée d'une douleur au cou.	Utiliser d'autres modificateurs

Tableau 8. Glycémie et niveaux de triage

Taux de glycémie	Symptômes	Niveau de triage
<3 mmol/L	Confusion, diaphorèse, changement de comportement, convulsions	II
	Aucun	III
>18 mmol/L	Dyspnée, déshydratation, faiblesse	II
	Aucun	III

Tableau 9. Raison de consultation liée à une grossesse (> 20 semaines de grossesse) et niveau de triage

Raison de consultation	Niveau de triage
Présentation de parties du corps foetal ou procidence du cordon	I
Hémorragie vaginale, 3 ^e trimestre (autre que perte du bouchon muqueux)	I
Travail actif (contractions rapprochées à < 2 minutes)	II
Pas de mouvements fœtaux	II
Combinaison d'hypertension +/- céphalée, +/- œdème, +/- douleur abdominale	II
Post-partum (mère et enfant)	II
Fuite possible de liquide amniotique (> 24 h)	III

fondée sur cinq années d'expérience collective d'individus possédant une expertise en triage au département d'urgence, sur les preuves qui existent jusqu'à présent et sur le consensus des membres du groupe de travail. Ce guide demeure un document évolutif; le Groupe de travail sur l'ÉTG se rencontre tous les ans pour discuter des progrès, des améliorations et des plans pour toute révision importante. Les commentaires des utilisateurs de l'ÉTG sont les bienvenus et peuvent être soumis à ctas@caep.ca

Intérêts concurrents : aucun déclaré.

Mots clés : *L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence*; ÉTG; mesure de la douleur; raison de consultation; index de gravité des traumatismes; triage

Remerciements : Nous tenons à remercier les auteurs du Guide d'implantation de l'ÉTG original et tous les membres des groupes de travail sur l'ÉTG et le SIDUC qui ont contribué à la révision de ce guide.

Nos remerciements au docteur Alain Vadeboncoeur pour sa participation dans la traduction française de cette révision de l'ÉTG.

Références

1. Beveridge R, Clarke B, Janes L, Savage N, Thompson J, Dodd G, et al. L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les dé-

- partements d'urgence : Guide d'implantation. *Can J Emerg Med* 1999;1(3 suppl).
2. Beveridge R. CAEP Issues. The Canadian Triage and Acuity Scale: a new and critical element in health care reform. Canadian Association of Emergency Physicians. *J Emerg Med* 1998;16:507-11.
 3. Manos D, Petrie DA, Beveridge RC, Walter S, Ducharme J. Inter-observer agreement using the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale. *Can J Emerg Med* 2002;4(1):16-22.
 4. Beveridge R, Ducharme J, Janes L, Beaulieu S, Walter S. Reliability of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: inter-observer agreement. *Ann Emerg Med* 1999;34(2):155-9.
 5. Worster A, Gilboy N, Fernandes CM, Eitel D, Eva K, Geisler R, Tanabe P. Assessment of inter-observer reliability of two five-level triage and acuity scales: a randomized controlled trial. *Can J Emerg Med* 2004;6(4):240-5.
 6. Stenstrom R, Grafstein E, Innes G, Christenson J. Real-time predictive validity of the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) [résumé]. *Acad Emerg Med* 2003;10(5):512.
 7. Murray MJ, Levis G. Does triage level (Canadian Triage and Acuity Scale) correlate with resource utilization for emergency department visits? [résumé]. *Can J Emerg Med* 2004;6(3):180.
 8. Jiménez JG, Murray MJ, Beveridge R, Pons JP, Cortes EA, Fernando Garrigos JB, et al. Implementation of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale in the Principality of Andorra: Can triage parameters serve as emergency department quality indicators? *Can J Emerg Med* 2003;5(5):315-22.
 9. Grafstein E, Unger B, Bullard M, Innes G, for the Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) Working Group. Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) Presenting Complaint List (Version 1.0). *Can J Emerg Med* 2003;5(1):27-34.
 10. Grafstein E, Innes G, Westman J, Christenson J, Thorne A. Inter-rater reliability of a computerized presenting-complaint-linked triage system in an urban emergency department. *Can J Emerg Med* 2003;5(5):323-9.
 11. Bullard MJ, Dong SL, Meurer DP, Blitz S, Colman I, Rowe BH. Emergency department triage: evaluating the implementation of a computerized triage tool [résumé]. *Can J Emerg Med* 2004;6(3):188.
 12. Warren D, Jarvis A, Leblanc L; et les membres du comité de travail national sur le triage. Échelle canadienne pédiatrique de triage et de gravité : Guide d'implantation pour les départements d'urgence. *Can J Emerg Med* 2001;3(4 suppl).

Correspondance : D^r Michael Murray, directeur médical, services d'urgence, Hôpital Royal Victoria, 201 Georgian Dr., Barrie ON L4M 6M2; murray@rvh.on.ca ou ctas@caep.ca

Annexe 1. Le Groupe de travail national sur l'ÉTG

Andrew Affleck (ACMU), François Bélanger (ACMU), Jerry Bell (ANIIU), Bruno Bernardin (AMUQ), Michael Bullard (ACMU), Debbie Cotton (ANIIU), Jonathan Dreyer (ACMU), Valerie Eden (ANIIU), Eric Grafstein (ACMU), Brian Holroyd (ACMU), Grant Innes (ACMU), D. Anna Jarvis (SPC), Trina Larsen Soles (SMRC), Louise LeBlanc (ANIIU), Michael Murray, Chair (ACMU), Charles Norman (ACMU), Wes Palatnik (ACMU), Julien Poitras (AMUQ), Carla Policicchio (ANIIU), Brian Rowe (ACMU), Doug Sinclair (ACMU), Karl Stobbe (SMRC), Jim Thompson (ACMU), Bernard Unger (ACMU), Alain Vadeboncoeur (AMUQ), Pat Walsh (ANIIU), David Warren (SPC)