

# FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

## La FRENCH

### Présentation et retour d'expérience

*N.TERMOZ MASSON / C.FALCON*  
*Infirmier , Urgences, CHUGA*



1/ Rappel historique et législation

2/ Intérêt du tri

3/ Le tri CIMU

4/ Le tri « FRENCH »

5/ Retour d'expérience au sein du service d'urgences du CHUGA

# Rappel législatif et historique du tri en médecine d'urgences

**Jusqu'à la moitié du 20<sup>ème</sup> siècle →** Tri médicale qui se faisait devant les hôpitaux : Était admis uniquement les patients les plus graves

## **Années 80 :**

- Volonté d'amélioration de gestions de flux et de l'accueil des patientes
- Premières idées de mettre un soignant à l'accueil des urgences
- Début très disparate et de manière aléatoire dans les services d'urgences

**Rapport STEG de 1989-90 →** Evoque la nécessité de mettre une infirmière d'accueil (rôle peu explicite)

## **Circulaire n° DH.4B/DGS 3/91-34 du 14 mai 1991 :**

Définis les premières missions de l'IOA

1997 : 1<sup>ère</sup> Grille de TRI française la CIMU (Classification Infirmière des malades aux urgences)

## Les Années 2000 :

- ❖ Référentiel IOA de la SFMU en 2004

- ❖ Décret **du 22 mai 2006** :

*Recommandation sur les condition d'accueil en fonction de la fréquentation dans les services d'urgences*

- ❖ **2013 Recommandation formalisées d'experts :**

*« le Triage en structure d'urgence (SFMU) »*

- ❖ **2018** : *diffusion de la Grille de Tri « FRENCH »*

# Intérêt du tri

# Le Tri aux urgences : Pourquoi trier?

- **Accueillir** les patients
- **Repérer** les plus graves et/ou les plus symptomatiques
- **Gérer et organiser** le flux (en fonction de la sévérité et complexité du cas) **face à la croissance d'activité: 4% par an**
- Notion d'« **over-crowding** »



*Over-crowding = à la condition où **plus de personnes** se trouvent dans **un espace donné** que ce qui est considéré comme acceptable du point de vue de la sécurité et de la santé, qui dépendra de **l'environnement actuel** et des **normes culturelles** locales.*



# Tri CIMU



# Tri CIMU (apparue en 1997)

Niveau CIMU	Situation	Risque	Ressource	Action	Délais	Secteur
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	≥ 5	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1 min Médecin < 1 min	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	≥ 5	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Infirmière < 1 min Médecin < 20 min	SAUV
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	≥ 3	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	1-2	Acte diagnostique et/ ou thérapeutique limité	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	Pas d'acte diagnostique et/ ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

Une \* peut compléter un tri 3 ou 4 pour déclencher une INSTALLATION en box et débiter une action spécifique nécessaire dans les 20 minutes maximum pour faire régresser un symptôme intense (indépendant du pronostic)

# L'échelle de tri-FRENCH



# La FRENCH c'est quoi ?

FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

Nouvelle échelle de Tri infirmière nationale et FRANCAISE :

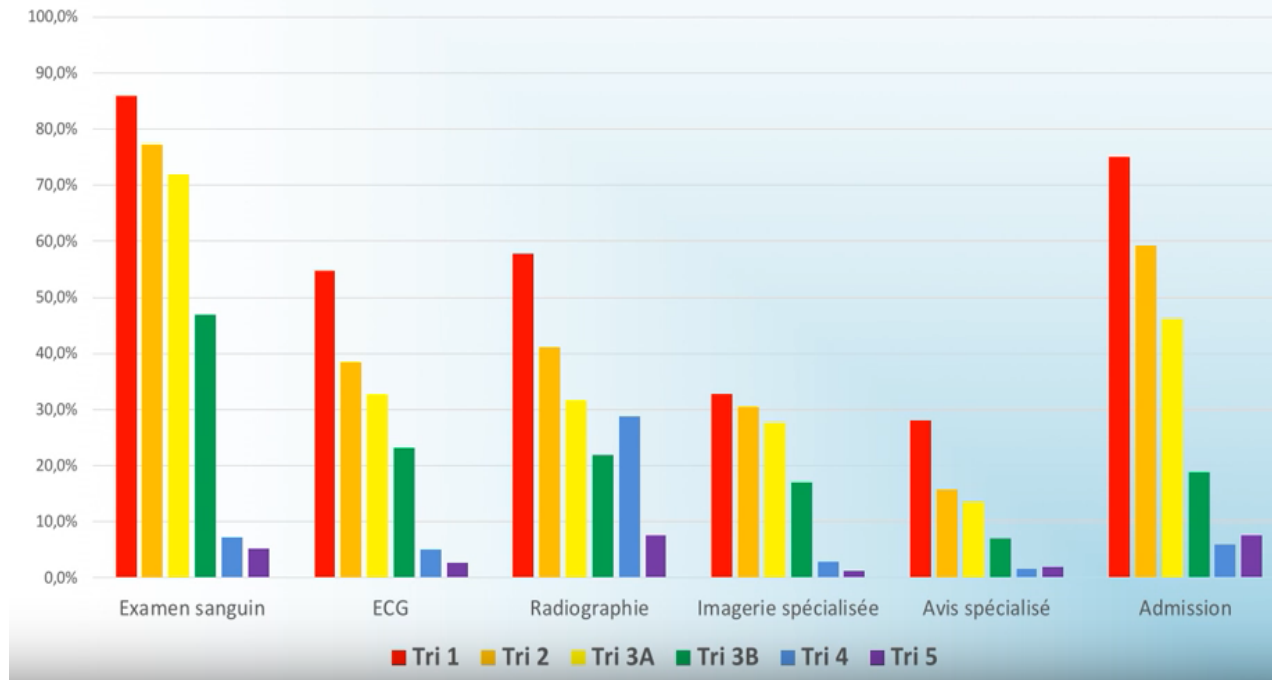
- Echelle à 6 niveaux de classification
- Amélioration de la CIMU existante avec dichotomie du **niveau 3**

3A	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) lourde(s) ou patient adressé**
3B	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité lourde

# 5 niveaux $\neq$ 6 niveaux ?

(CHU Saint-Louis, 6 mois 2017; 21.000 patients)

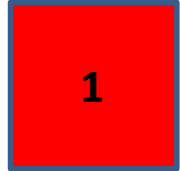
Actes (%) et taux d'admission (%) en fonction du tri



## Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity

Pierre Taboulet, Veronique Moreira, Laurent Haas, Rapheal Porcher, Adelia Braganca, Jean-Paul Fontaine and Marie-Cecile Ponce, [Eur J Emerg Med.](#) 2009 Apr;16(2):61-7

- Objectifs organisationnels :



Installation immédiate en salle d'accueil d'urgences vitales (SAUV)

PEC Immédiate  
0min



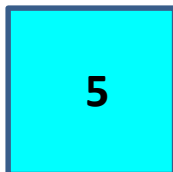
Installation immédiate en salle d'accueil d'urgences vitales (SAUV) ou Box

PEC dans les 20  
min



Installation en box de consultation ou salle d'attente couchée/assise

PEC dans les 60  
min / 90 min



Installation en box de consultation ou salle d'attente couchée/assise

PEC dans les 120  
min / 240 min

## Grille de Tri-French


Tri	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les min	++++	≥ 5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (IDE et Médecin)	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère*	Dans l'heure	+++	≥ 5	≥ 80%	Traitement de l'organe ou lésion traumatique	Infirmière < 10 min Médecin < 20 min	SAUV ou Box
3A	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) lourde(s) ou patient adressé**	Dans les 24 h	++	≥ 3	≥ 50%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 60 min, puis IDE si besoin	Box ou SAUV ou salle d'attente
3B	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité lourde	Dans les 24 h	+	≥ 3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1 ou 2	≥ 10%	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
5	pas d'atteinte fonctionnel ou lésionnelle évidente	Non	0	0		pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente ou maison médicale de garde

\* ou symptôme sévère qui justifie une action thérapeutique dans les 20 minutes maximum



\*\* patient adressé par médecin le jour même aux urgences

# Grille de Tri-French

 <b>FRENCH triage</b> <i>motif de recours</i>	<b>FR</b> ench <b>E</b> mergency <b>N</b> urses Classification in-Hospital triage						
	Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
<b>CARDIO-CIRCULATOIRE</b> <i>adulte</i>							
Arrêt cardiorespiratoire	1						
Hypotension/ collapsus	2	PAS ≤ 70 mmHg	PAS ≤ 90 mmHg ou PAS ≤ 100 mmHg et FC > 100/min		PAS 90 - 100 mmHg et FC ≤ 100/min		
Membre douloureux/ froid ou pâle/ischémie	2		durée ≤ 24 h ou cyanose/déficit moteur		durée ≥ 24 h		
Douleur thoracique/ syndrome coronaire	3B	ECG anormal, typique SCA	ECG anormal, non typique de SCA	ECG normal, mais comorbidité coronaire (antécédents, facteurs de risque)	ECG normal, mais douleur de type coronaire	ECG normal et douleur atypique	
Malaise	3B				Pas d'anomalie notable des paramètres vitaux et glycémie		
Tachycardie/tachyrythmie	3B	FC ≥ 180 /min	FC ≥ 130/min		FC > 110/min	épisode résolutif	
Bradycardie/bradyrythmie	3B	FC ≤ 40/min	FC 40-50/min avec mauvaise tolérance		FC 40-50/min sans mauvaise tolérance		
Dyspnée/insuffisance cardiaque	3B	détresse respiratoire ou FR ≥ 40/min ou SpO2 < 86%	dyspnée à la parole/tirage/orthopnée ou FR 30-40 /min ou SpO2 86-90%				
Dysfonction stimulateur/ défibrillateur cardiaque	3B		Choc(s) électrique(s) ressenti(s)		avis référent (MAO, MCO)		
Œdème des membres inférieurs/ insuffisance cardiaque	3B				FR <30 /min SpO2 >90%	OMI chronique	
Palpitations	4	FC ≥ 180/min	FC ≥ 130/min		malaise ou FC > 110/min		
Hypertension artérielle	4		PAS IOA ≥ 220 mmHg ou ≥ 180 mmHg et SF associés		PAS IOA ≥ 180 mmHg	PAS <180 mmHg	
Membre douloureux/ chaud ou rouge/phlébite	4				signes locaux francs ou siège proximal sur échographie	signes locaux modérés ou siège distal sur échographie	
<b>INFECTIOLOGIE</b>							
Accident d'exposition au sang et/ou liquide biologique	4		sujet contact VIH avéré et exposition ≤ 48 heures				exposition ≥ 48 h
Fièvre	5		T° ≥ 40° C ou ≤ 35,2° C ou confusion/céphalée/purpura		mauvaise tolérance, hypotension ou shock index ≥1		
Exposition à une maladie contagieuse	5				avec risque vital de contagie (méningite, Ebola...)		sans risque vital de contage (rougeole, varicelle...)

# Grille de Tri-French

RHUMATOLOGIE	
Douleur articulaire/arthrose/arthritis	4
Douleur rachidienne (cervicale, dorsale ou lombaire)	5
Douleur de membre/sciatique	5
TRAUMATOLOGIE	
Traumatisme avec amputation	1
Traumatisme abdomen/thorax/cervical	2
Agression sexuelle et sévices	2
Brûlure	3B
Traumatisme de bassin/hanche/fémur/rachis	3B
Traumatisme oculaire	3B
Traumatisme maxillo-facial/oreille	3B
Plaie	4
Traumatisme d'épaule ou distal de membre	4
Electrisation	4
Traumatisme crânien	5

OPHTHALMOLOGIE	
Corps étranger/brûlure oculaire	3B
Trouble visuel /œil douloureux/cécité	3B
Démangeaison/œil rouge	5
ORL/STOMATOLOGIE	
Epistaxis	3B
Trouble de l'audition/accouphènes	4
Tuméfaction ORL ou cervicale	4
Corps étranger ORL	4
Pathologie de l'oreille/otite	5
Douleur de gorge/angine/stomatite	5
Obstruction nasale/rhinite/sinusite	5
Problème de dent ou de gencive	5
PEAU	
Ecchymose/hématome spontané(e)	3B
Abcès ou infection localisée de la peau	4
Erythème et autres éruptions/oedème spontané	5
Morsure, piquûre, prurit, parasitose	5
Corps étranger sous la peau	5

DIVERS	
Pathologie rare et grave en poussée (ex. drépanocytose...)	2
Hypothermie	2
Hyperglycémie	3B
Hypoglycémie	3B
Anomalie de résultat biologique	3B
AEG/Asthénie	3B
Coup de chaleur/insolation	3B
Gelure/Lésions liées au froid	3B
Allergie	4
Problème suite de soins (pansements...)	5
Renouvellement ordonnance	5
Examen à des fins administratives/certificat/réquisition	5
Demande d'hébergement pour raison sociale	5



*Mais au final disparition de l'étoile !*

- ✓ Que faire si un patient a mal ?
- ✓ Que faire si un patient a de la fièvre ?
- ✓ Que faire si un paramètre vital est anormal ?

# Que faire si un patient a mal ?

Choix de l'antalgie à L'ACCUEIL DES URGENCES en fonction de l'évaluation de la douleur :

EN ou EVA ou Algo+	EN < 4 EVA < 40 Algo+ ≤ 2	EN ≥ 4 et < 6 EVA ≥ 40 et < 60 Algo+ > 2 et ≤ 4	EN ≥ 6 EVA ≥ 60 Algo+ ≥ 4
PER OS PLUS de 18 ans	Paracétamol 1g 4 prises max par 24h Espacées d'au moins 4h	Paracétamol 1g + OXYNORMORO® 5mg = 1 comprimé de 5mg	Paracétamol 1g + OXYNORMORO® 10mg = 2 comprimés de 5mg
PER OS MOINS de 18 ans	Paracétamol 1g 4 prises max par 24h Espacées d'au moins 4h	Paracétamol 1g + ORAMORPH 5mg = 4 gouttes (flacon buv 20mg/1ml)	Paracétamol 1g + ORAMORPH 10mg = 8 gouttes (flacon buv 20mg/1ml)

Prescription via  
DMU « accueil »

<b>Douleur OCCULAIRE</b>	OXYBUPROCAINE collyre : 2 gouttes dans l'œil atteint + Antalgique per os en fonction de l'EVA (tableau ci-dessus)
<b>Douleur TRAUMATIQUE de membre avec EVA ≥ 4</b> chez un patient majeur sans altération du niveau de conscience (dont prise de drogue ou alcool) sans traumatisme associé de la tête, du tronc, de l'abdomen. Contre- indication si grade C.	PENTHROX® (méthoxyflurane) : 1 fl. non renouvelable (3ml) + Antalgique per os en fonction de l'EVA (tableau ci-dessus)

# Que faire si un patient a mal ?

## Choix de l'antalgie dans UN SECTEUR DES URGENCES en fonction de l'évaluation de la douleur :

EN ou EVA ou Algo+	EN < 4 EVA < 40 Algo+ < 2	EN ≥ 4 et < 6 EVA ≥ 40 et < 60 Algo+ entre 2 et 3	EN ≥ 6 EVA ≥ 60 Algo+ ≥ 4 MEOPA pour douleurs > 6 liées aux soins
PER OS	Paracétamol <i>Privilégier la forme orodispersible</i>	OXYNORMORO®	OXYNORMORO®
PER OS PLUS de 18 ans	Paracétamol <b>1g</b> <i>4 prises max par 24h Espacées d'au moins 4h</i>	Paracétamol 1g + OXYNORMORO® 5mg = 1 comprimé de 5mg	Paracétamol 1g + OXYNORMORO® 10mg = 2 comprimés de 5mg
PER OS MOINS de 18 ans	Paracétamol <b>1g</b> <i>4 prises max par 24h Espacées d'au moins 4h</i>	Paracétamol 1g + ORAMORPH 5mg = 4 gouttes (flacon buv 20mg/1ml)	Paracétamol 1g + ORAMORPH 10mg = 8 gouttes (flacon buv 20mg/1ml)
Intra veineux si per os impossible	Paracétamol	Morphine + Paracétamol	
Posologie	<b>1g par prise</b> <i>4 prises max par 24h</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patient &lt; 80 ans 1<sup>ère</sup> dose : <b>0,1mg/kg</b> puis titration</li> <li>Patient &gt; 80 ans 1<sup>ère</sup> dose : <b>0,05mg/kg</b> puis titration</li> </ul>	

Prescription via  
DMU avec DCI

# Que faire si un patient à de la fièvre ?

**-> La fièvre isolée ne modifie pas le niveau de tri.**

# Que faire si un paramètre vital est anormal ?

## ➤ Les paramètres vitaux sont des modulateurs de tri :

Une anomalie dans ces derniers, peut ainsi modifier le tri qui aurait pu être prédéterminé par le motif de recours en soin identifié.

ADULTE	Tri 1	Tri 2	Tri 3
PAS (mmHg)	< 70	70 - 90 ou 90-100 + FC > 100	> 90
FC /min	> 180 ou < 40	130 - 180	< 130
SpO2 %	< 86	86 - 90	> 90
FR /min	> 40	30 - 40	
Glycémie		≤ 20 et cétose > 2mmol/l	> 20 mmol/l et cétose + ou nulle
GCS	≤ 8	9 à 13	14

# Exemple N° 1

Plainte principale	Observation IAO	Antécédent(s)	TA	FC	T	Sat	FR	EVS	dextro
F 40, adressée pour phlébite MIG vue au Doppler	Jambe gonflée ++ Pas de dyspnée	obèse +++	150/80	89	37	99		5	

	Tri-m	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
Membre douloureux/ chaud ou rouge/phlébite	4				Signes locaux francs ou siège proximal (Doppler)	Signes locaux modérés ou siège distal (Doppler)	

*Exemple tiré de la formation FRENCH (SFMU 2018/CEQ)*

# Exemple N° 2

Plainte principale	Observation IAO	Antécédent(s)	TA	FC	T	Sat	FR	EVS	dextro
H 40, douleur abdominale depuis 4 jours, diarrhée	Asthénie, algique	Maladie de Crohn	120/70	82	36,6			8	

	Tri-m	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
<b>Douleur abdominale</b>	3B		douleur sévère et/ou mauvaise tolérance				douleur régressive / indolore
<b>Diarrhée</b>	5				Diarrhées abondantes et/ou mauvaise tolérance		

*Exemple tiré de la formation FRENCH (SFMU 2018/CEQ)*

# Conclusion

FRENCH : échelle de tri SFMU à **6 niveaux**

- Répond aux impératifs du tri
  - Facilite le repérage de l'urgence complexe/sévère
  - Harmonisation sur le territoire national
  - Facilement reproductible
- Répond aux enjeux organisationnels
  - Répartition rationnelle des circuits patients
- Répond aux impératifs de formation
  - Outil pédagogique médico-infirmier
  - Définition des motifs de recours aux soins/modulateurs



# Retour d'expérience aux Urgences du CHUGA



**Formation des IOA en poste via E-learning** sur le site de la SFMU sur la base du « volontariat ».

Mise en place le Samedi 23 juin 2018 avec accompagnement de l'encadrement.

## **Pour les IOA en poste :**







Changement important avec modification du tri en fonction du motif de recours  
=>réapproprié l'outil grille « FRENCH »

Réadaptation de l'outil informatique (DMU) : pas de possibilité de créer un 3A et 3B avec une couleur distincte

Ressenti des infirmiers : tri plus précis en lien avec comorbidités, formation nécessaire pour s'approprier l'outil

## **Choix du corps médical :**

Arrêt des circonstances de venue dans le DMU (chute de grande hauteur, pathologie médicale, traumatisme bénin, ...) : permet d'avoir 3 motifs de recours

Secteur <span>Intermédiaire ▼</span>		 Historique	
<span>Intervention médicale</span>		<span>Intervention soignante</span>	
<input checked="" type="radio"/> 1	Déstress e vitale majeure avec pronost ic vital engagé à très court terme <b>Immédiate</b> <span>Immédiate</span>		
<input type="radio"/> 2	Atteinte patente d'un organe vital ou lés ion traum atique avec pronost ic vital ou fonctionnel engagé dans les heures suivantes <b>Dans les 20 minutes</b> <span>Immédiate</span>		
<input checked="" type="radio"/> 3	Atteinte fonctionnelle ou lés ionnelle suscep tible de s'aggraver dans les 24 heures ou situation médicale complexe justifiant l'utilis ation de plusieurs res sources hospitalières <b>Dans les 90 minutes</b> <span>+/- intervention paramédicale</span>		
<input type="radio"/> 4	Atteinte fonctionnelle ou lés ionnelle stable, non complexe, mais jus tifiant l'utilis ation d'au moins une res source hospitalière en urgence <b>Dans les 120 minutes</b> <span>+/- intervention paramédicale</span>		
<input type="radio"/> 5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lés ionnelle évidente justifiant l'utilis ation de res source hospitalière <b>Dans les 240 minutes</b>		
<input type="radio"/> *	Symptôm e intens e ou anomalie d'un paramètre vital jus tifiant une action s pécifique rapide, indépendante du pronostic. L'étoile peut compléter un tri 3 ou 4. <b>Action spécifique dans les 20 min</b>		
Particularités	<input type="checkbox"/> Violent 	<input type="checkbox"/> Contagieux 	<input type="checkbox"/> Patient en fin de vie  Autre <span>B</span>
Pos ition	<input type="radio"/> Debout 	<input type="radio"/> Assis(e) 	<input type="radio"/> Allongé(e) 
<b>Patient déjà venu aux urgences</b>			
Venue liée à une pathologie chronique connue		<input type="checkbox"/>	
<span>Annuler</span> <span>Enregistrer</span>			

# Difficultés rencontrées

Particularité de Grenoble :

- Affectation de filière en plus du tri
- Apparition des différents niveaux de tri dans les filières (ex : Tri 1 en courte, ou tri 2 en intermédiaire)
- Difficulté à identifier visuellement le tri 3A et 3B...

The screenshot shows a medical triage interface. At the top, there is a dropdown menu labeled 'Secteur' with 'Intermédiaire' selected. This dropdown is circled in red. Below it, there are two tabs: 'Intervention médicale' (highlighted in red) and 'Intervention soignante' (highlighted in blue). The main area displays a list of five triage levels, each with a colored circle and a description:

Niveau	Description	Intervention médicale	Intervention soignante
1	Détresse vitale majeure avec pronostic vital engagé à très court terme	Immédiate	Immédiate
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique avec pronostic vital ou fonctionnel engagé dans les heures suivantes	Dans les 20 minutes	Immédiate
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle susceptible de s'aggraver dans les 24 heures ou situation médicale complexe justifiant l'utilisation de plusieurs ressources hospitalières	Dans les 90 minutes	+/- intervention paramédicale
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable, non complexe, mais justifiant l'utilisation d'au moins une ressource hospitalière en urgence	Dans les 120 minutes	+/- intervention paramédicale
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente justifiant l'utilisation de ressource hospitalière	Dans les 240 minutes	

Below the list, there are sections for 'Particularités' (Violent, Contagieux, Patient en fin de vie, Autre), 'Position' (Debout, Assis(e), Allongé(e)), and 'Patient déjà venu aux urgences' (Venue liée à une pathologie chronique connue). At the bottom, there are buttons for 'Annuler' and 'Enregistrer'.

**Merci de votre attention**

