

6 Congrès des SAMU.URGENCES DES OUTRE-MER

19-20-21
NOVEMBRE
2025

UFR SANTÉ // SAINT-PIERRE - LA RÉUNION

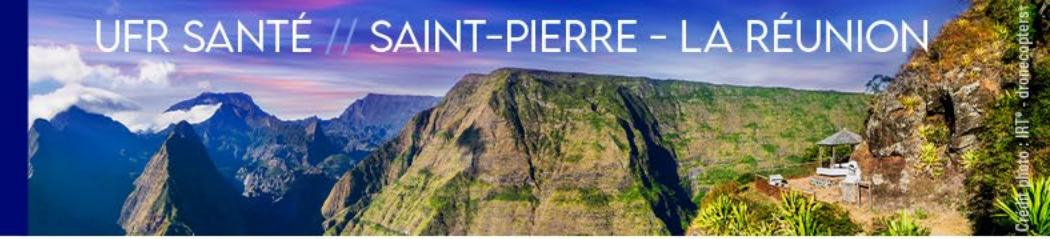
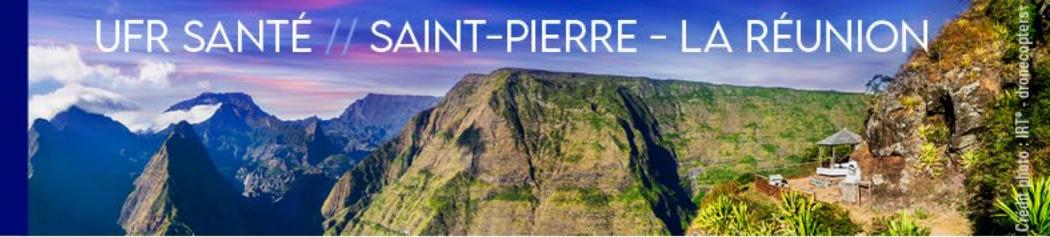


Photo : IRIS - dronecupier.fr





TRIAGE AUX URGENCES :

Comment trouver sa place entre IOA et MAO ?

Romain RINÉCARABE et Dr Katia MOUGIN-DAMOUR



Les urgences

- Urgences :
 - Médicales / Chirurgicales
 - Psychiatriques
 - Traumatologiques
 - Gynécologiques
- 20 millions de patients vus
- DRESS 2013 : 25 à 35% auraient pu, sans perte de chance être pris en charge par la médecin de ville





Remue-ménages

IOA : en 1 mot

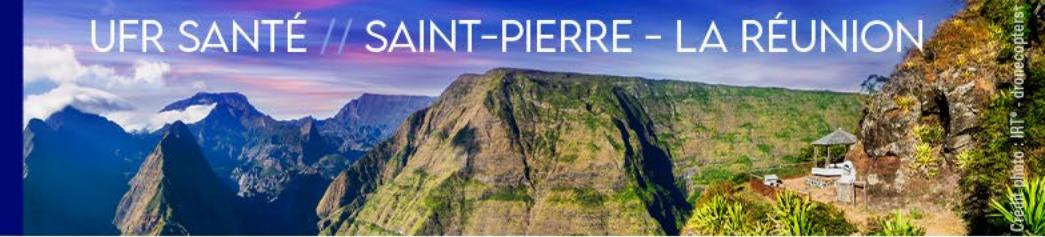
<https://digistorm.app/p/4850972>



• MAO : en 1 mot

• <https://digistorm.app/p/7897600>





Historique de l'IOA

- Dans les pays anglo-saxons vers 1960
- Depuis 1980 en France
- Circulaire du 14 mai 1991
- En 2004 => IAO devient IOA (SFMU)





Les missions de l'IOA

- Accueillir patients et accompagnants
- Définir les priorités de soins
- Décider du lieu adapté



Les activités de l'IOA

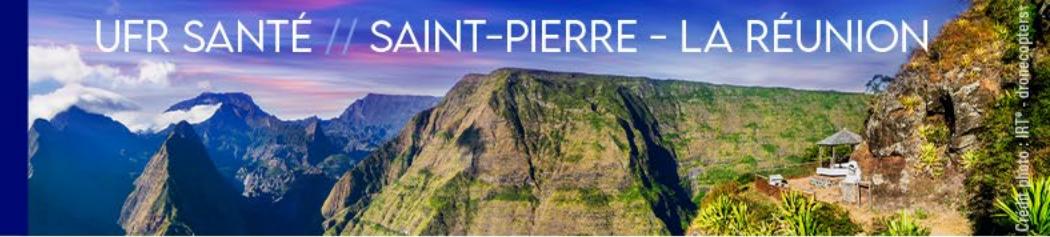
- Installation, écoute, information du patient et de l'entourage
- Évaluation du patient
- Triage et répartition du flux
- Prescriptions anticipées (imagerie/antalgie)
- Bilans anticipés
- Lien avec l'extérieur (SAMU, SDIS)



6 Congrès des SAMU.URGENCES DES OUTRE-MER

19-20-21
NOVEMBRE
2025

UFR SANTÉ // SAINT-PIERRE - LA RÉUNION

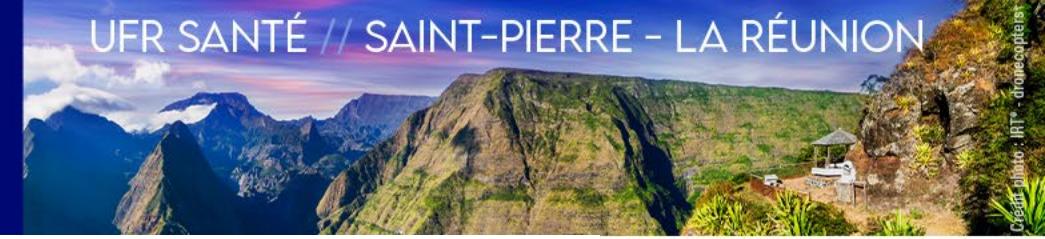


| sfmu FRENCH triage | | FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage | | | | | | |
|--|----|---|---|---|--|---|-------------------|---|
| motif de recours | | Tri M | Tri 1 | Tri 2 | Tri 3A | Tri 3B | Tri 4 | Tri 5 |
| CARDIO-CIRCULATOIRE | | | | | | | | |
| Arrêt cardiorespiratoire | 1 | | | | | | | |
| Hypotension artérielle | 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 aigu (SCA)* | 3B | ECG abnormal: typique de SCA | ECG abnormal: non typique de SCA, douleur typique persistante/intense | ECG normal, 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/tachyarrhythmie | 3B | FC ≥ 180 /min | FC ≥ 130/min | | FC > 110/min | épisode résolutif | | |
| Bradycardie/bradyarrhythmie | 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) ressentie(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 sans SF associés | 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 | | |
| INFECTIOLOGIE | | | | | | | | |
| AES 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 contagion (méningite, Ebola...) | | | sans risque vital de contagion (rougeole, varicelle...) |

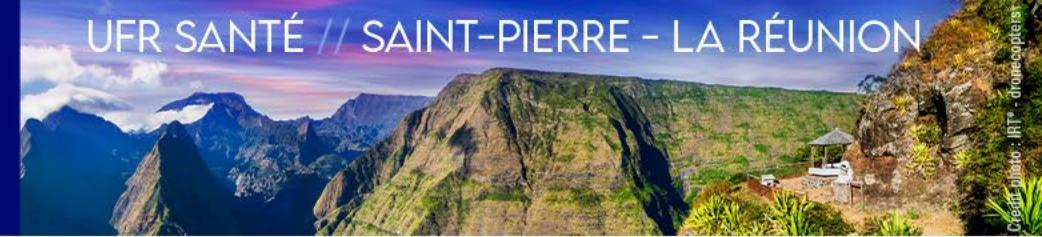
6 Congrès des SAMU.URGENCES DES OUTRE-MER

19-20-21
NOVEMBRE
2025

UFR SANTÉ // SAINT-PIERRE - LA RÉUNION



| | 4 - Urgence Absolue Prise en charge IMMEDIATE Déchocage | 3 - Urgence Vraie Délai < 30 mn Déchocage Box | 2 - Urgence Relative Délai < 60 min Déchocage Box | 1 - Consultation Urgente Délai < 120 min Déchocage Box | 0 – Consultation Médecine Délai < 180 min Circuit Traumato Maison médicale |
|-------------------|---|--|---|--|--|
| Douleur | EVA > 8 | 8 > EVA > 6 | 6 > EVA > 2 | EVA < 2 | EVA < 2 |
| Paramètres | TAs < 80 mm Hg FC < 40 ou > 150 /min FR < 10 ou > 25 / min DEP < 150 SaO2 < 85% en air ambiant Glasgow < 10 Glycémie capillaire < 0,4 g/L | Tas <100 mm Hg ou > 220 mm Hg FC > 100 /min FR > 20 DEP < 200 SaO2 entre 85 et 90% en air ambiant Glasgow entre 10 et 14 | | Sa O2 >90 % en air ambiant Glasgow > 14 | |
| Cardio-vasculaire | Arrêt Cardio Respiratoire Douleur Thoracique évoquant un SCA, une EP... | Tachycardie mal tolérée sans état de choc (Bouveret, TV, ACFA...) Douleur Thoracique Non Traumatique | HTA sans signe associé Douleur Thoracique Non Traumatique | Malaise avec prodromes Palpitations | |
| | Etats de CHOC (marbrures, pâleur, sueurs...) cardiomédiatique, allergique, septique, hémorragique OAP massif | Malaise sans prodromes (syncope) OAP modéré HTA maligne (céphalées, ...) Ischémie aiguë de membre | | Phlébite Œdèmes des membres inférieurs | |
| Respiratoire | Déresse Respiratoire Aigüe (Tirage, incapacité à parler...) Asthme Aigu Grave (DEP<150) Décompensation grave BPCO Pneumothorax suffocant | Déresse Respiratoire Sévère (asthme sévère (DEP<40%) pneumothorax mal toléré, BPCO, pneumopathie...) Corps Etranger des voies respiratoire avec dyspnée | Déresse Respiratoire Modérée (asthme modéré à léger) selon paramètres Hémoptysie modérée (crachat) Pneumopathie | | Toux |



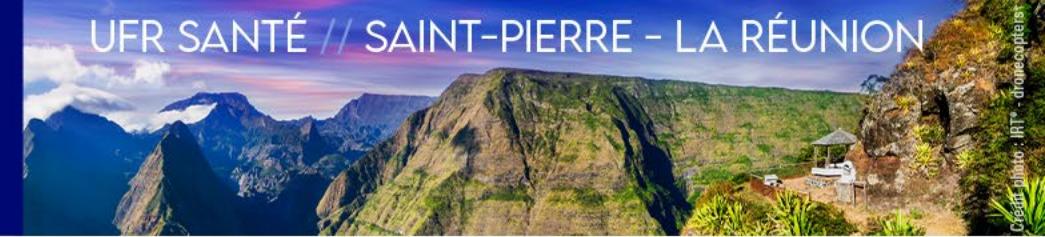
Qualités requises

- Pivot des urgences, fluidifie le flux de patients
- IDE expérimenté ayant suivi une formation
- Réactivité
- Attitude bienveillante, bonne communication
- Gestion du stress et de la violence



Au CHOR

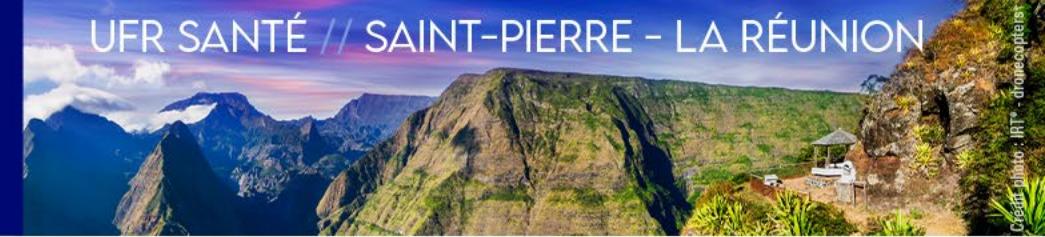
- Organisation : IOA x 2
 - Patients valides
 - Patients couchés
- IDE Accueil famille : relais hôpital - patient / familles



MAO : Historique

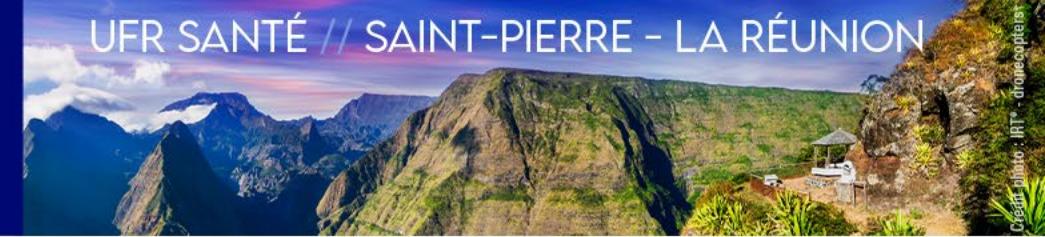
- Mise en place au CHOR depuis 2022
- Initialement 5J/7 puis 7J/7 de 8h à 18h depuis 2024
- Place importante depuis sa création





Les missions du MAO

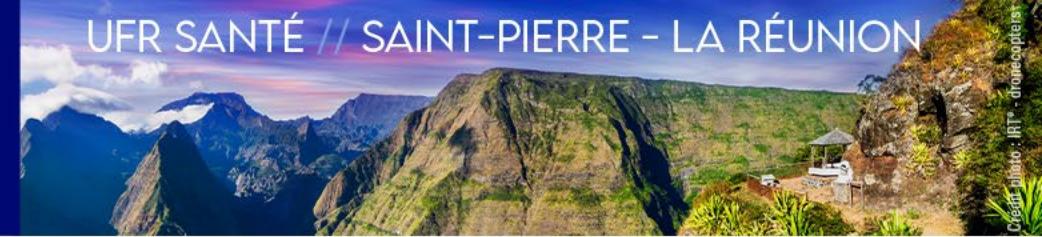
- Pas de tri !
- Réception des appels du SAMU : organise l'arrivée du patient
- Organisation des flux dans les situations complexes, prescriptions anticipées
- Sécurisation de l'IOA (lecture ECG, doute sur un triage)
- Lien ville-hôpital avec un numéro direct
- Réorientation
- Filière post urgences



MAO : Circuit ultra court

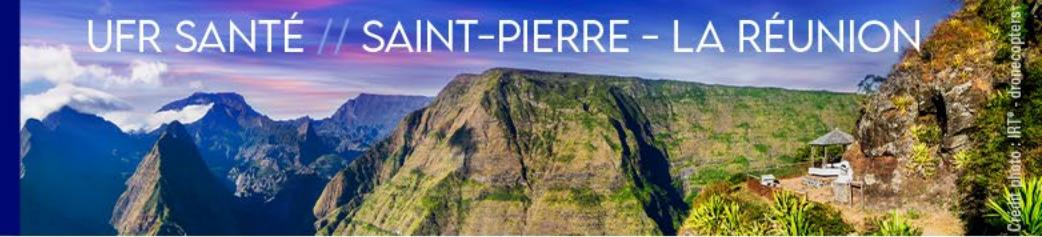
- Gère le flux ultra court : réquisitions GAV, urgences gynéco < 12 SA;
- Lancement des micro-staffs : 11h et 17 h
- Réorientation avec l'accord du patient

Au total : réduction du temps avant PEC médicale par médecin urgentiste



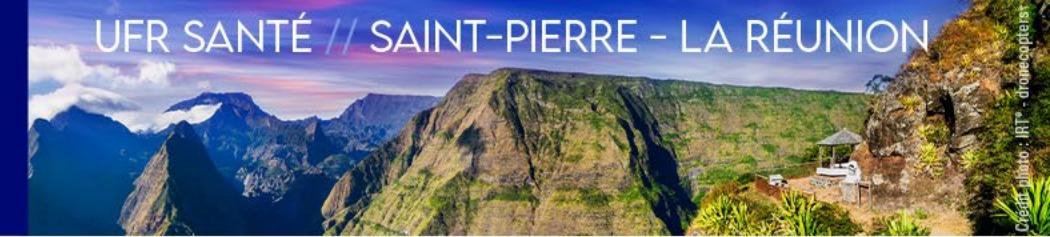
Organisation au CHOR

- Place : initialement en binôme avec l'IOA
- Sur sollicitation du MAO en journée = passages trop fréquents dans le box IOA et interruption des recueils d'entrée
- Recours parfois inutile de certains IOA au MAO (ex : patient déjà adressé)
- Rallongement du délai d'attente à l'IOA
- Depuis 2 mois = bureau dédié hors du box IOA
- MAO joignable en continu par téléphone et pouvant se déplacer si nécessaire



Au total :

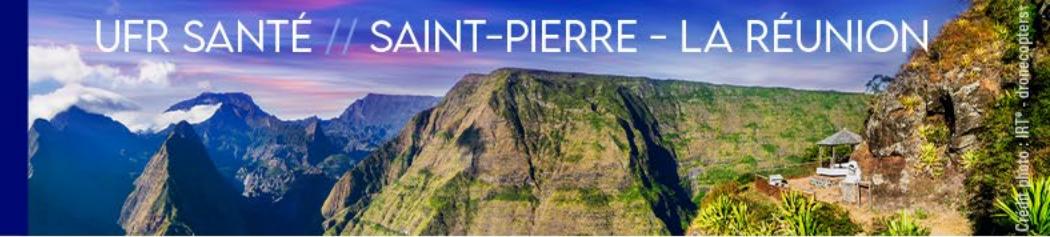
- Complémentarité IOA / MAO
- Anticiper / Optimiser les ressources
- Deux rôles bien distincts :
 - Organiser / Accueillir (IOA)
 - Gestion des flux / réorientation / Anticipation (MAO)
- IDE expérimenté / Médecin expérimenté



Pour finir

Que pensez-vous de l'intérêt du
MAO au sein des Urgences ?





Merci pour votre attention

