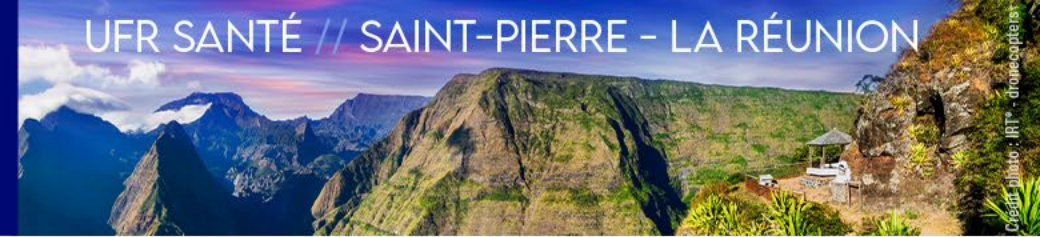


# TRIAGE AUX URGENCES : Comment trouver sa place entre IOA et MAO ?

Romain RINÉCARABE et Dr Katia MOUGIN-DAMOUR



CENTRE HOSPITALIER  
OUEST REUNION



# 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-méninges

IOA : en 1 mot

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

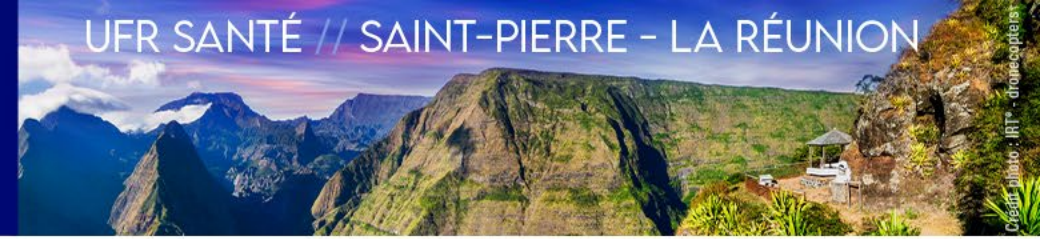


• MAO : en 1 mot

• <https://digistorm.app/p/7897600>



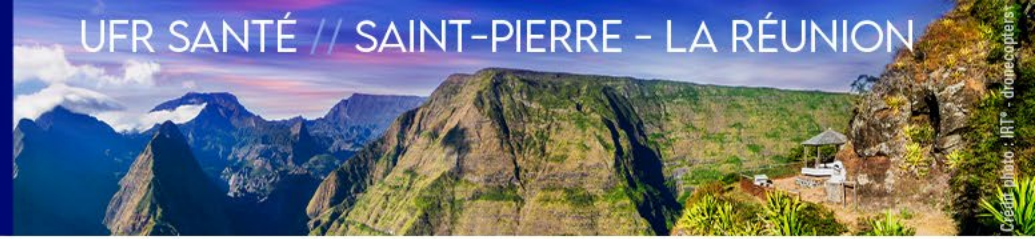




# Historique de l'IOA

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





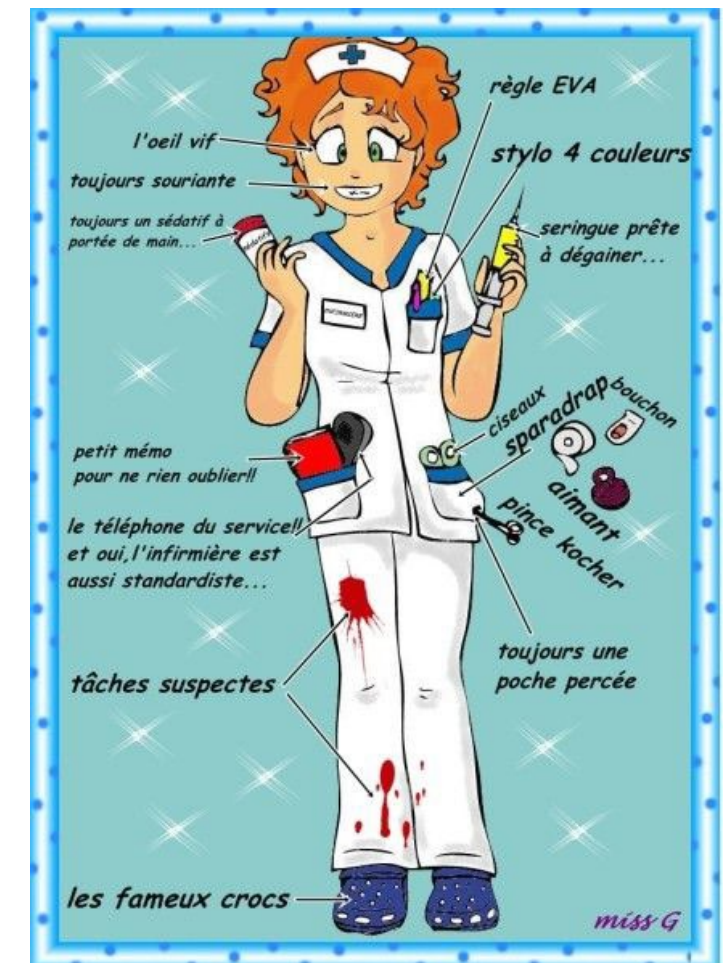
# Les missions de l'IOA

- 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)





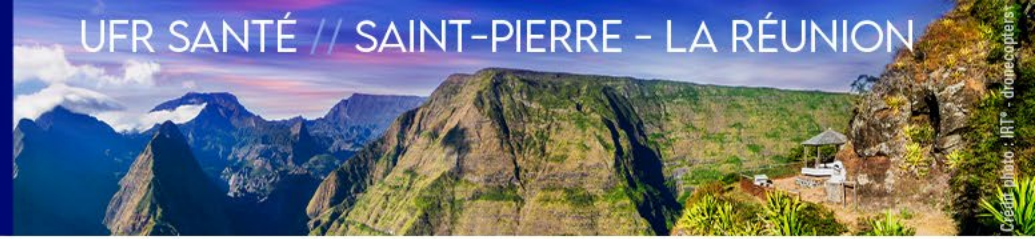


| sfmu FRENCH triage  |       | FRENch Emergency Nurses Classification in-Hospital triage |   |   |  |  |   |
|---|-------|---|---|---|--|--|---|
| motif de recours  | Tri M | Tri 1   | Tri 2   | Tri 3A  | Tri 3B   | Tri 4  | Tri 5   |
| CARDIO-CIRCULATOIRE   |       |   |   |   |  |  |   |
| Arrêt cardiorespiratoire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



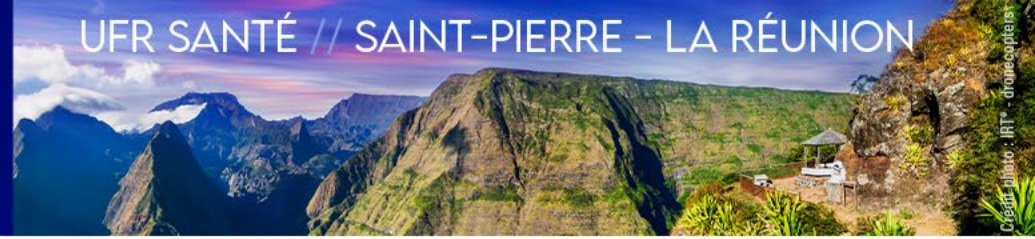


|                   | 4 - Urgence Absolue<br>Prise en charge<br>IMMEDIATE<br>Déchocage  | 3 - Urgence Vraie<br>Délai < 30 mn<br>Déchocage Box  | 2 - Urgence Relative<br>Délai < 60 min<br>Déchocage Box   | 1 - Consultation<br>Urgente<br>Délai < 120 min<br>Déchocage Box | 0 – Consultation<br>Médecine<br>Délai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



# 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

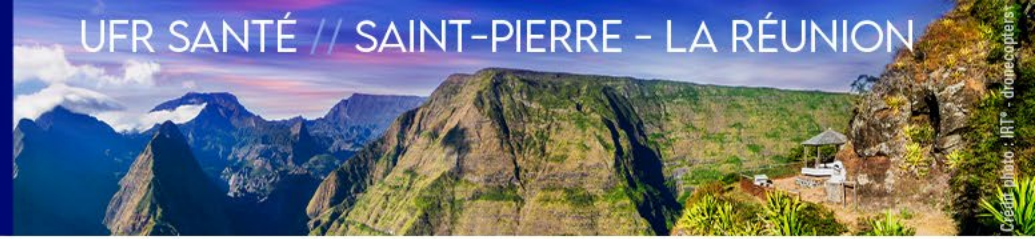




# MAO : Historique

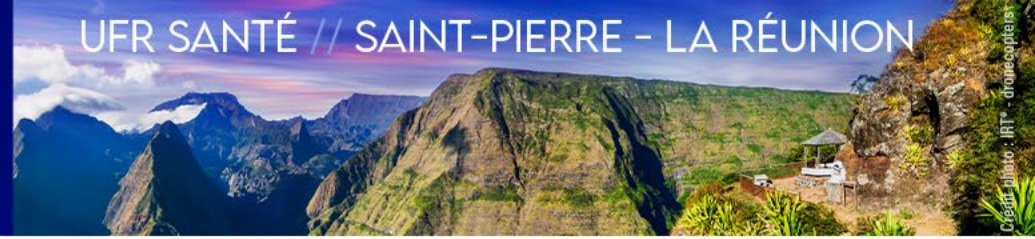
- Mise en place au CHOR depuis 2022
- Initialement 5J/7 puis 7J/7 de 8h à 18h depuis 2024
- Place importante depuis sa création





# 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

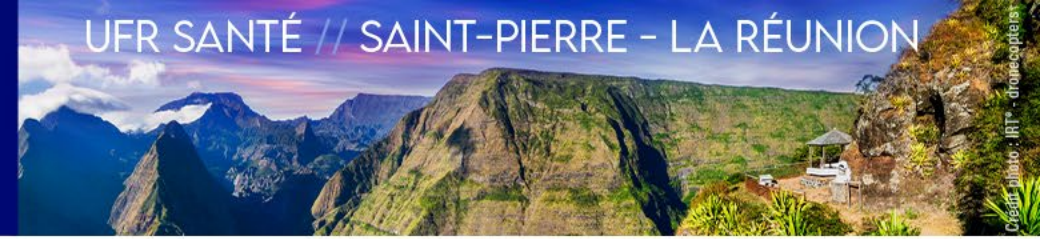


# MAO : Circuit ultra court

- 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

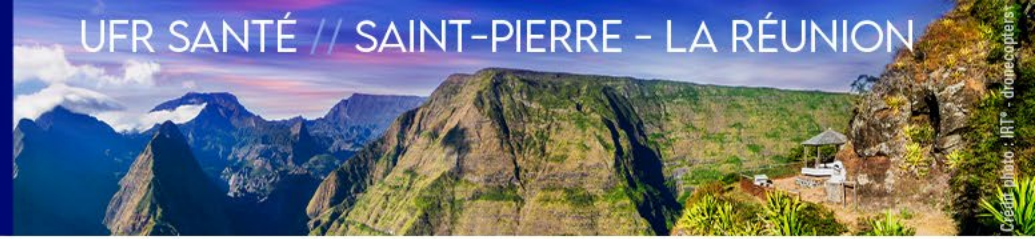
Au total : réduction du temps avant PEC médicale par médecin urgentiste





# 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

