





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

Romain RINÉCARABE et Dr Katia MOUGIN-DAMOUR

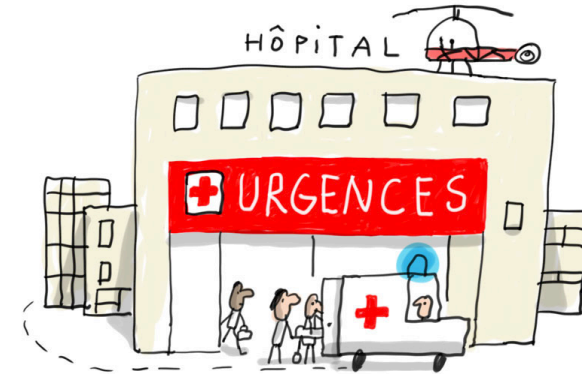


CENTRE HOSPITALIER
OUEST REUNION



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 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 anormal: typique de SCA	ECG anormal: 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/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 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 contagie (méningite, Ebola...)		sans risque vital de contagie (rougeole, varicelle...)



	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 Traumatolo Maison médicale
Douleur	EVA > 8	8 > EVA > 6	6 > EVA > 2	EVA < 2	EVA < 2
Paramètres	<p>TAs < 80 mm Hg</p> <p>FC < 40 ou > 150 /min</p> <p>FR < 10 ou > 25 / min</p> <p>DEP < 150</p> <p>SaO2 < 85% en air ambiant</p> <p>Glasgow < 10</p> <p>Glycémie capillaire < 0,4 g/L</p>	<p>Tas < 100 mm Hg ou > 220 mm Hg</p> <p>FC > 100 /min</p> <p>FR > 20 DEP < 200</p> <p>SaO2 entre 85 et 90% en air ambiant</p> <p>Glasgow entre 10 et 14</p>	<p>Sa O2 > 90 % en air ambiant</p> <p>Glasgow > 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...) cardiogénique, allergique, septique, hémorragique</p> <p>OAP massif</p>	<p>Malaise sans prodromes (syncope)</p> <p>OAP modéré</p> <p>HTA <u>maligne</u> (céphalées, ...)</p> <p>Ischémie aigue 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 < 150)</p> <p>Décompensation grave BPCO</p> <p>Pneumothorax suffocant</p>	<p>Détresse Respiratoire Sévère (asthme <u>sévère</u> (DEP < 40%) <u>pneumothorax</u> 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 17h
- 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

