

# Réorientation à l'accueil des urgences

Dr Guillaume ROTTNER  
PH – RUF SU – GHRMSA site de Mulhouse



**GHR**  
Mulhouse Sud-Alsace



# SU Mulhouse

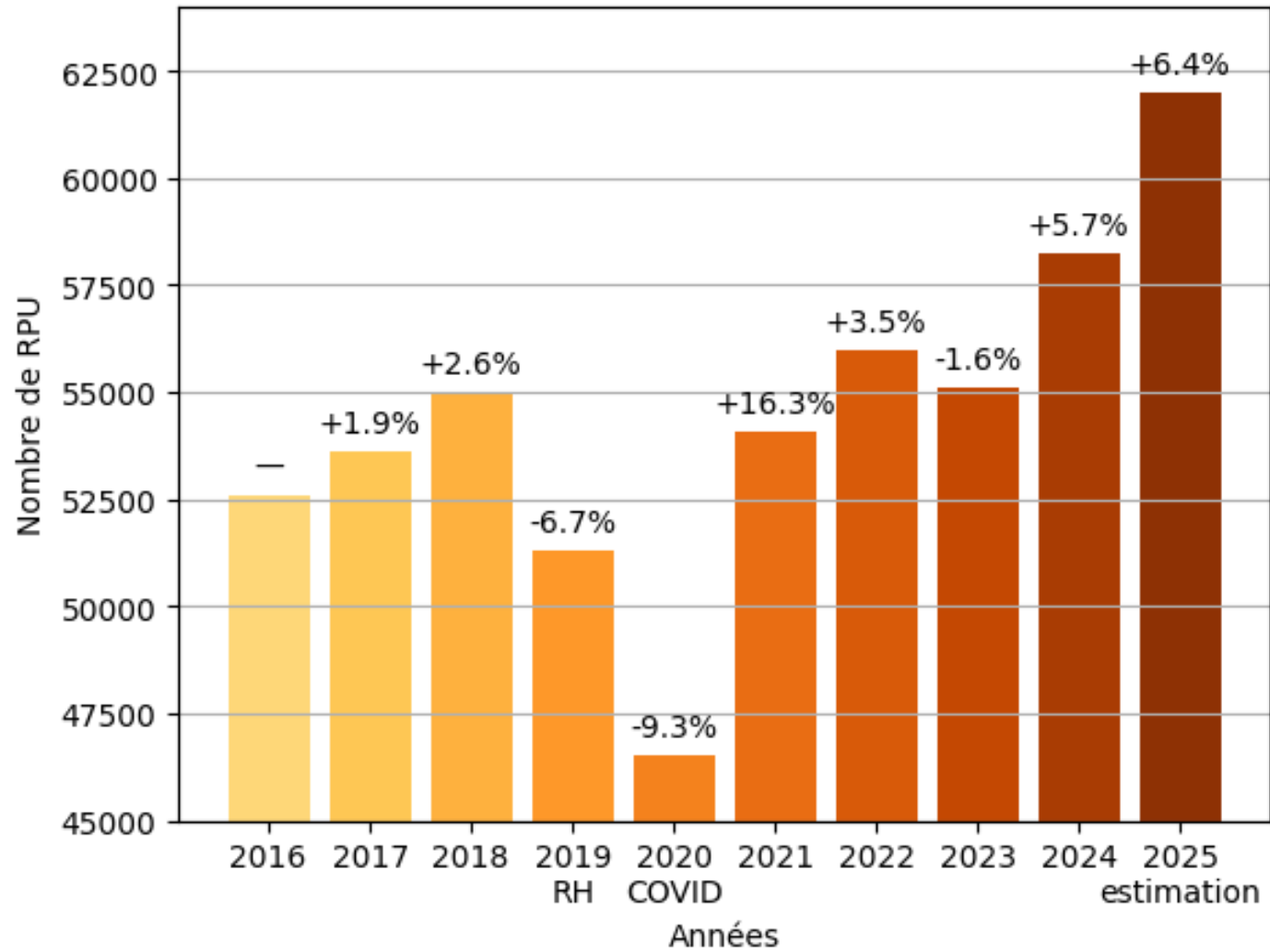
Données Est-Rescue	2024		
Passage /jour	160	<i>En 2025</i>	170
Gériatrie	21,6%		
Hospitalisation / RAD	22,1%		77,9%
Activité en PDS	48%		
CCMU 4-5	3%		
Âge moyen	50 ans		
Durée de passage	Moyenne 5h48		Médiane 4h38

- Plateau technique complet
- Siège SAMU 68, SAS déployé depuis 2023
- SMUR + HéliSMUR
- Réorientation sur
  - CSNP adossé au SU depuis 2021
  - MMG depuis 2024

# Constat

+17,9% passages en 9 ans

RPU annuels - Urgences adultes Mulhouse (site Émile Muller)



- Augmentation sans impact sur la gravité, les hospitalisations

# Historique & problématique

- Réorientation V1 sur CSNP +/- MMG
- Réorganisation des flux avec un circuit ambulant robuste :
  - Diminution des temps de passage
  - Fluidification du service
- Problématique :
  - Sollicitation médicale importante & délai avant réorientation
  - Engorgement CSNP et MMG
  - Report d'activité sur le circuit ambulant
  - Impact sur les conditions de travail et attractivité

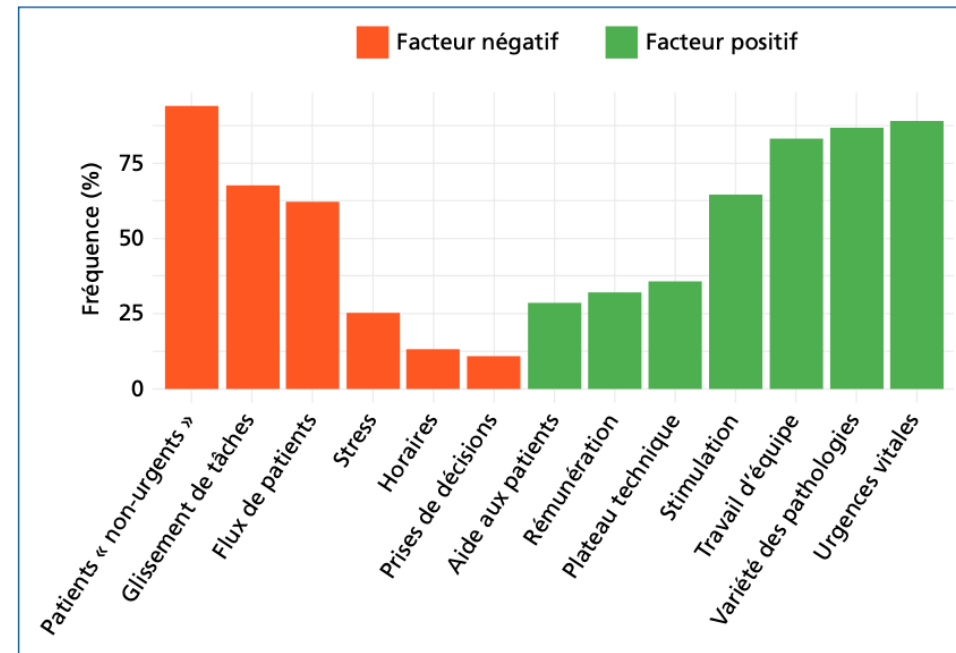


Figure 3 • Éléments positifs ou négatifs de la pratique de la médecine d'urgence selon les 312 répondants.

# Solution

- Protocole de réorientation avec rôle central de l'IOA
- Recentrer le SU sur les FRENCH tri **1-2-3a-3b**
- Impliquer l'ensemble des acteurs à notre disposition
- Pas de recherche de solution systématique

## Cadre légal

- Code de la santé publique depuis 2026
- Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 (*relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence*)
  - Modification des dispositions concernant la réorientation
  - Possibilité d'orienter le patient vers le SAS
  - Possibilité d'orienter vers la médecine de ville pour trouver une solution à son besoin de santé
- Guide DGOS de 2024 en collaboration avec SFMU, SuDF, CMG et GFRUP

## GUIDE SUR LA RÉORIENTATION À L'ENTRÉE DES URGENCES

Orienter chaque patient  
dans la bonne filière de soins



# Réorienter : Par qui ? Quand ? Comment ?

- IOA :
  - Profil : ancienneté et formation dédiée
  - Rôle clé
  - Plus grande autonomie
- MOA en support
- Systématique
  - 24h / 24h
  - Indépendamment de l'activité
  - Le bon patient dans la bonne filière de soin
- Protocolisation, information et traçabilité :
  - Etape 1 : inscription administrative
  - Etape 2 : vérification du motif de recours par l'IOA
  - Etape 3 : évaluation clinique par l'IOA
  - Etape 4 : information du patient et réorientation traçée



Motif de consultation	Tri compatibles	Conditions FRENCH TRI	Précisions et conditions particulières	La réorientation doit suivre autant que possible la hiérarchie suivante : MG > SAS > CSNP > MMG					PTS	Remarques
				MG	SAS	CSNP	MMG	Matin à 8h		
<b>CARDIO-CIRCULATOIRE</b>										
Douleur thoracique/ syndrome coronarien aigu (SCA)*	4	ECG normal et douleur atypique				MOA	MOA	MOA		
Malaise	3B	Pas d'anomalie notable des paramètres vitaux et glycémie	selon tolérance, comorbidités et autonomie, sans signe de gravité			MOA	MOA			
Tachycardie/tachyarythmie	3B	FC > 110bpm et < 130bpm	Si personne valide sans comorbidités - FC < 130bpm et ECG validé par MOA			MOA	MOA			
	4	épisode résolutif	ECG validé par MOA pour MG ou SAS	MOA	MOA	IOA	IOA	MOA		
Bradycardie/bradyarythmie	3B	FC 40-50/min sans mauvaise tolérance	Aucun symptôme associé (notamment pas de malaise, de douleur thoracique ni de dyspnée), ECG validé MOA			MOA	MOA			
Dyspnée/insuffisance cardiaque*	3B		Si SpO2 > 94% en AA, FR < 20cpm, marche possible, valide (exclusion des dyspnées de repos ou du moindre effort)			MOA	MOA			
Œdème des membres inférieurs/ insuffisance cardiaque*	3B	FR < 30 /min SpO2 > 90%	Si SpO2 > 94% en AA, FR < 20cpm, marche possible, valide			MOA	MOA	MOA		
	4	OMI chronique		IOA	IOA	IOA	IOA	IOA		
Palpitations	3B	malaise ou FC > 110/min	Selon autonomie et comorbidités, FC < 130bpm, ECG vu par MOA			MOA	MOA			
	4	Sans malaise et FC < 110/min	ECG validé par MOA pour MG ou SAS	MOA	MOA	IOA	IOA	MOA		
Hypertension artérielle	3B	PAS IOA ≥ 180 mmHg sans SF associés (PAS < 220)	selon tolérance et comorbidités, asymptomatique			MOA	MOA	MOA		
	4	PAS < 180 mmHg	Asymptomatique, sinon avis MOA	IOA	IOA	IOA	IOA	IOA		
Membre douloureux/ chaud ou rouge/phlébite*	3B	signes locaux francs ou siège proximal sur échographie	Si bonne tolérance, absence de dyspnée et douleur thoracique et sauf siège proximal			MOA	MOA			
	4	signes locaux modérés ou siège distal sur échographie		MOA	MOA	IOA	IOA	MOA		

Motif de consultation	Tri compatibles	Conditions FRENCH TRI	La réorientation doit suivre autant que possible				
			MG	SAS	CSNP	MMG	Matin à 8h
<b>ORL / STOMATOLOGIE</b>							
Epistaxis	3B	saignement abondant résolutif	MG	SAS	CSNP	MMG	Matin à 8h
	5	saignement peu abondant résolutif	MOA	MOA	MOA	MOA	MOA

# Qui réorienter ? Process ?

- La réorientation suit une logique de réponse graduée : MG sinon SAS sinon CSNO / MMG
- Un patient arrivé en ASSU/VS AV ou adressé par un médecin peut être réorienté après accord du MOA
- En nuit profonde les patients peuvent être réorienté pour le lendemain voir reconvoqué sur le SU

# Où réorienter ?

- Recherche de solution pour le patient = pas systématique mais ciblée
- SU = pas responsables de la disponibilité ni de l'organisation des soins ne relevant pas des urgences

Effecteur	Modalité
<b>MG</b>	Contact en direct par le patient
<b>SAS</b>	Contact par le patient
	Contact par le SU : hôtesse d'accueil créer un dossier de régulation, le patient est rappelé dans l'heure ou le lendemain dans la matinée
<b>CSNP</b>	En direct notamment si acte (ECG, RX, immobilisation, suture, petite chirurgie, biologie de débrouillage)
	En passant par le SAS si consultation de MG
<b>MMG</b>	En direct : consultation MG non différable
<b>PTS</b>	Sur les autres SU : pédiatrie, gynécologie, ophtalmologie
	Sur le plateau technique : gastro, polyclinique de chirurgie, etc ...

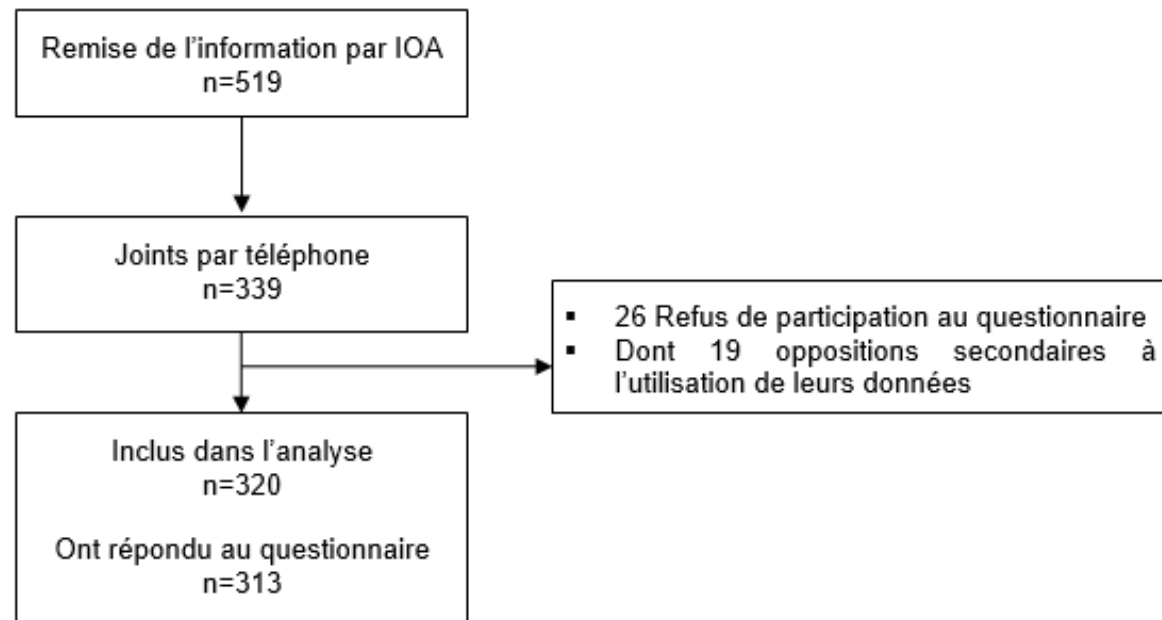
# En pratique

Etude RESEAU

- Inclusion sur 2 mois:
  - > 18ans se présentant au SU
  - Décision de réorientation par l'IOA (+/- MOA)
  - Pas de refus de participer à l'étude
  - Joignable lors du rappel téléphonique (entre J8 et J16)
- Objectif :
  - Principal : nécessité d'un recours à service d'urgence dans les 48h et/ou une hospitalisation
  - Secondaires :
    - Nécessité d'un recours à service d'urgence dans les 7j et/ou une hospitalisation
    - Nouveau passage : nécessaire ?
    - Mortalité dans les 30j
    - Acceptation
    - Réorientation en fonction du mode d'adressage, ré-adressage
    - Temps entre début prise en charge IOA et réorientation effective

# En pratique

Etude RESEAU  
Flowchart



- Soit 8,6 réorientations /j : en pratique plutôt 15-20/j
- Difficultés d'inclusion en parties dues à la situation de Mulhouse et de son agglomération entre précarité sociale et barrière linguistique

Rapport d'activité CCAS 2024	Mulhouse	France
Taux de pauvreté	36%	14,4%
Taux de chômage	24,6%	7,3%
Allocataires CAF dépendant à 100% prestations	26%	13%
Nationalités	136	
Taux immigration	26,4%	10,3%

# En pratique

Etude RESEAU

Résultats préliminaires

Variables	Nombre (n=320)	Pourcentage (n=320)
<b>Nouveau passage SU et/ou hospitalisation</b>		
SU dans les 48h	18	5,6%
Hospitalisation dans les 48h	4	1,3%
SU dans les 7j	11	3,4%
Hospitalisation dans les 7j	1	0,3%
Mortalité dans les 30j	0 (à consolider)	0%
<b>Acceptation</b>		
1 pas du tout satisfait	18	5,6%
2	25	8,0%
3	39	12,2%
4	74	23,1%
5 très satisfait	157	50,0%
<b>Réorientation</b>		
CSNP	153	58,2%
MMG	55	20,9%
MG	33	12,5%
Autre	22	8,4%
N'a pas consulté	50	16,0%

# En pratique

Etude RESEAU

Résultats préliminaires

Nouveau passage SU : motifs		Nombre (n=29)		Pourcentage (n=320)	
<b>Sous 48h : motifs</b>					
Mécontent CSNP	1	Phlegmon amygdalien	1		
Adressé CSNP	4	Insuffisance cardiaque	1		
Hernie	1	Péricardite	1		
Rectorragie	1	Arrêt de travail	2		
Douleur pied depuis 2mois	1	Céphalées	1		
Douleur abdominale	1	Otalgie	1		
Fracture OPN	1	Autre SP	1		
<b>Sous 7j : motifs</b>					
AEG et myalgies	1	Ictère avec cholestase	1		
Abcès malgré antibiotiques	1	Céphalées adressé MT	1		
Aggravation clinique SP	1	Lumbago	1		
Atteinte cardiaque	1	Autre SP	2		
Calcul rénal	1				
<b>Ré-adressage, réorientation en fonction du mode d'adressage, temps de PEC, etc ...</b>					
A venir ...					

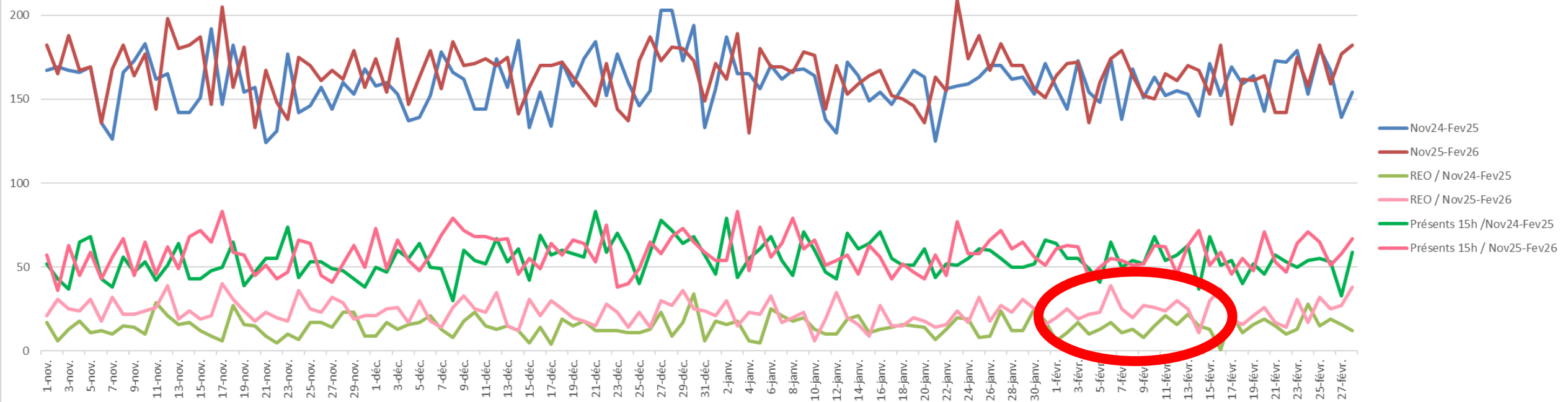
Chaque dossier est en cours de relecture pour voir si le nouveau passage était nécessaire / en lien : exemple un patient est passé et a été réorienté 4 fois vers la médecine générale pour un problème bénin (virose)

# Impact sur le flux

Effet sur le nombre de réorientation, peu d'effet sur le volume de passage, pas d'effet sur la saturation

Données à confirmer

Passages par jour (avec réorientation et présents à 15h) - SU Mulhouse adulte



## Et maintenant ?

- Importance de la communication
  - Avec les patients - étape clé : réassurance et explications, pas de culpabilisation
  - Avec les partenaires : éviter les aller-retours
- Lien avec les différents acteurs
  - Cohérence des parcours
- Régulation de toutes les réorientations SAS et MMG
  - Transmission des informations : fiche IOA +/- MOA en guise de courrier d'adressage
  - Urgences : décide de la réorientation
  - SAS ou la régulation libérale : décident de l'effecteur
  - Process dédié si le SAS ou l'effecteur pense qu'un retour au SU est nécessaire
- Sécurisation des patients et des IOA : évaluation en cours de nos pratiques
  - Déficit majeur de changement des pratiques (IOA et patients)

Merci