

**Livre blanc du tri et de la réorientation en
service d'urgence**



Référentiels :

[Livre blanc Organisation de la médecine d'urgence en France SFMU](#)

[Protocole national de la réorientation dans les services d'urgences SFMU](#)

[Etude DREES - 13 juin 2023 : études et résultats](#)

[Grille FRENCH V1.2 - 2018](#)

Cadre réglementaire :

[Circulaire du 4 mars 2003 : fixe les missions des services d'urgences.](#)

[Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 \(Ma Santé 2022\) : favorise la gradation des soins et la création des SAS \(Services d'Accès aux Soins\).](#)

[arrêté du 2 juillet 2024](#) relatif à la régulation temporaire de l'accès aux urgences

[Arrêté du 18 mars 2025](#) relatif à la régulation pérenne de l'accès aux urgences

[Guide de la réorientation à l'entrée des urgences - Juillet 2024 - DGOS](#)



Introduction

Les études actuelles sont unanimes, il y a de plus en plus de personnes se présentant aux urgences et dont l'état ne le nécessite pas mais faute d'autres solutions n'ont que ce choix. Il ne faut pas leur jeter la pierre car il s'agit avant tout d'un défaut de solution alternative, d'un manque d'information et de la désertification médicale s'étendant de la campagne à la ville.

Malgré plusieurs solutions mises en place, encore beaucoup de patients se présentent aux urgences de manière spontanée. L'étude de la DREES en juin 2023 montre que seulement 15% des patients admis dans un SU sont hospitalisés. Et si certaines pathologies relèvent toujours de soins externes (plaie à suturer, luxation de membre, etc), d'autres relèvent de soins de médecine générale dit soins non-programmés.

Une des conclusions du rapport de la DREES est que plus des trois quarts des personnes passées aux urgences rentrent à domicile à l'issue de leur passage, tout comme dix ans auparavant. De plus, 4 % des patients partent sans attendre, parfois contre avis médical, et 3 % ont été réorientés vers une autre offre de soin.

La réorientation des patients à partir des services d'urgences est une des solutions pour diminuer la charge de travail du personnel soignant, réduire les consultations pour des pathologies bénignes et recentrer les médecins sur leur cœur de métier afin d'améliorer la qualité de vie au travail. Un bénéfice de ce recentrage du soin d'urgence est de valoriser les compétences des soignants de l'urgence et de favoriser leur fidélisation.

L'impact financier pour l'établissement n'a pas besoin d'être calculé quand on met en balance la perte financière d'une diminution de passage à faible valeur contre le coût de l'absentéisme, de l'intérim médical voire d'une fermeture de service.



Organisation du flux entrant aux urgences des patients pour soins non-programmés

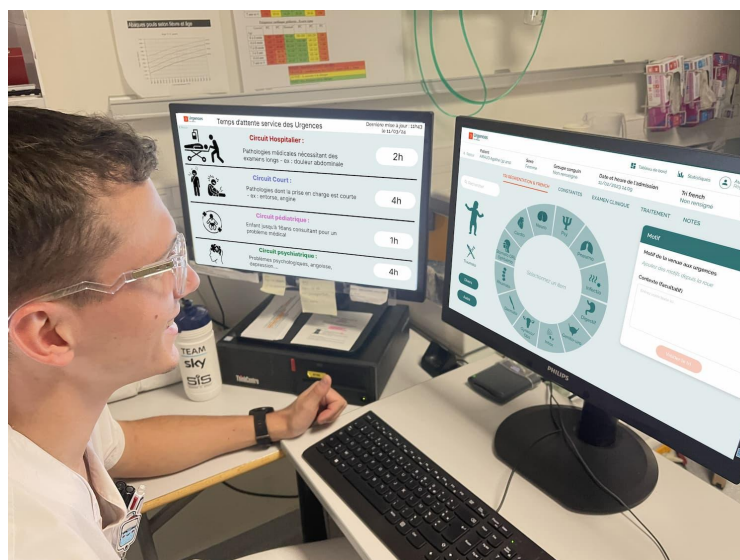
Les patients arrivant aux urgences par les transporteurs sanitaires privés, les smurs ou les véhicules de pompiers sont écartés de ce sujet.

Afin de diminuer les passages des patients relevant simplement de soins non-programmés (SNP), deux grandes solutions ont été proposé :

- La régulation des entrées par le SAMU
- Le tri et la réorientation des patients à partir de l'évaluation par l'IAO (infirmière d'accueil et d'orientation)

Ainsi :

- Concernant la régulation des entrées par un SAMU, il s'agit d'une solution qui a fait ses preuves sur l'impact des passages aux urgences mais dont la répercussion sur l'activité du CRRA peut poser problème. A réguler ces entrées, la PDSA puis le SAS, la file d'attente téléphonique s'allonge et les appels pour des urgences effectives doivent être automatiquement impactés.
Ce document n'est pas là pour évaluer cette pratique qui mériterait une étude dédiée.
- L'autre solution est l'évaluation par une infirmière compétente à l'accueil du SU et la réorientation selon des protocoles établis.
Le travail de la SFMU sur l'évaluation a amené à la création d'une grille d'évaluation dite FRENCH ainsi que des recommandations concernant la réorientation.



Critères de réorientation

La réorientation a pour but d'extraire de la file d'attente des urgences, les patients ne relevant pas de soins immédiats ni du plateau technique ou des spécialistes de l'établissement.

Celle-ci doit se réaliser de manière protocolisée afin d'assurer la sécurité du patient et ne pas être une perte de chance pour sa santé. La procédure doit donc se baser sur des critères objectifs et des recommandations de sociétés savantes telle que la SFMU.

Ces critères se basent donc sur la prise des paramètres vitaux, l'objectivité de signes cliniques mais aussi sur certains éléments non-cliniques.

Les anomalies des paramètres vitaux sont définis par le guide des recommandations de la SFMU et les critères de gravité selon les motifs de venue par la grille FRENCH.

La fonction de l'IAO est essentielle dans le tri et sa présence à l'accueil et n'est plus à discuter. Ce rôle est dévolu aux infirmières ayant une formation et souvent une expérience solide aux urgences.

Cependant, la gestion, l'organisation des plannings et l'absentéisme peuvent amener certaines infirmières peu expérimentées à prendre cette fonction, d'où la nécessité d'instaurer des protocoles et de les former à ceux-ci.

Des outils numériques peuvent aider à ce tri, assurer le suivi des protocoles de service et permettre la réorientation.

Outils Numériques

La réorientation doit pouvoir s'appuyer sur une solution logiciel.

Le logiciel doit pouvoir :

- aider au tri en suivant les protocoles de service et les recommandations de la SFMU
- Permettre de visualiser l'ensemble des personnes à trier et déjà triées afin d'avoir une vue d'ensemble de la salle d'attente du SU.
- Après un tri et une note FRENCH, permettre de rechercher une situation ou une réorientation est possible
- Proposer une réorientation vers un un soignant ou une structure de soin (RDV MG, SAS, CSNP, maison médicale...)
- Tracer le passage, établir un compte-rendu de l'évaluation, produire une fiche de réorientation pour les structures alternatives (RDV à 48h chez un médecin généraliste, un centre de soin non-programmé,etc)
- être connecté au DPI pour éviter la double saisie

La réorientation à ce jour

Actuellement, le taux de réorientation est souvent faible, faute de solutions alternatives ou d'absence d'outil facilitant le lien ville-hôpital.

Il existe aussi parfois une réticence des soignants à renvoyer des patients du fait de la peur d'incompréhension et de violence du consultant, du risque médico-légal, etc . Toutefois, les enquêtes ont montré que les patients acceptent celles-ci dans la majorité des cas surtout si une solution alternative leur est proposée.

L'éducation des patients étant lacunaire sur les filières de soins, ils sont néanmoins compréhensifs et préfèrent avoir été évalués, rassurés par l'IDE d'accueil et la partie anxiogène, source de violence ou d'agressivité, va être traitée. De plus, ils vont attendre moins longtemps que prévu et, bien que n'étant vu que par l'IDE, ils seront satisfaits qu'une solution leur soit proposée.

Enfin, malgré la mise en place de SAS, de maison médicale de garde et depuis peu, de centres de soins non-programmés, il faut reconnaître qu'il existe parfois et selon certains territoires, un manque d'alternative aux urgences qui soit ouvert 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24h; la seule lumière dans la nuit.

Néanmoins, certaines prises en charge peuvent être différées de quelques heures à quelques jours et c'est ce que doit permettre la solution de réorientation en proposant un accès différé à une structure ou un soignant en dehors du service des urgences.

Stratégies de réorientation

Comme cité précédemment, plusieurs dispositifs ont été mis en place et expérimentés :

- Service d'Accès aux Soins (SAS) : articulation ville-hôpital.
- Maison médicale de garde intégrée à proximité des urgences.
- Régulation téléphonique par le 15

Il n'y a pas de solution unique ou miracle et c'est en fonction des ressources du territoire avec les intervenants locaux qu'il faut trouver la ou les solutions.

Comme dit plus haut, la réorientation est une des solutions qui peut se mettre en place sans moyen humain supplémentaire s'il existe une solution numérique complétée d'un lien ville-hôpital.

Les conditions de réussite

- Formation spécifique des IAO et engagement des soignants :

Afin qu'une nouvelle procédure soit déployée et utilisée à son maximum, il est impérieux que l'ensemble de l'équipe soit engagé dans le process. Cela implique une vraie volonté du chef de service et de la cadre ainsi qu'un soutien de l'équipe de direction.

Tout nouvel outil qui consomme du temps soignant doit pouvoir le valoriser et permettre de récupérer ce temps en qualité de soins et amélioration des conditions de travail.

La réorientation est un acte important et le rôle de l'IAO est essentiel. La formation est donc rédhibitoire sur l'ensemble du pool infirmier IAO.

- Mise à disposition en temps réel des ressources alternatives :

Une réorientation ne peut s'envisager que s'il existe des réelles ressources alternatives. On peut certes refuser un patient à l'entrée des urgences mais sans proposition d'autre solution, cela va nuire à la qualité des soins, provoquer une frustration voire une agressivité ou des violences ne permettant pas une sécurité et un confort de vie au travail pour les soignants.

Le contact avec les médecins de ville, les centres de soins non-programmés et les organisations tel que CPTS, SAS, etc., est essentiel. Un dialogue doit être instauré afin de faciliter l'orientation de l'hôpital à la ville et vice-versa. Il s'agit bien de trouver une solution gagnant-gagnant pour chacun des intervenants.

L'accès à des agendas partagés via des solutions numériques doit être un usage à développer.

- Protocoles médicaux validés juridiquement

La réorientation doit se baser sur des protocoles ayant été validé par le service et s'appuyer sur des recommandations des sociétés savantes tel que la SFMU. Le processus ou le logiciel doit pouvoir justifier d'une mise en œuvre des connaissances et recommandations actualisées des bonnes pratiques.

- Campagnes de sensibilisation auprès du grand public

Même si parfois cela semble un vœu pieux, il est important d'imaginer une campagne d'information auprès du grand public. A l'heure des réseaux sociaux, les campagnes d'informations doivent s'appuyer sur eux au-delà des affiches murales et des sites internet.

L'information doit de plus, être relayée par l'ARS qui doit aussi s'impliquer dans la mise en place de cette solution.

Recommandations

1. **Formaliser la procédure de réorientation** dans chaque service d'urgence.
2. **Renforcer la coopération territoriale** entre hôpital, médecine de ville, et ARS.
3. **Développer les outils numériques** pour l'aide à la décision et le suivi post-réorientation.
4. **Former et soutenir juridiquement les professionnels** impliqués dans la réorientation
5. **incitation financière** pour les établissements et médecins libéraux).
6. **Évaluer régulièrement les pratiques** et impacts via des indicateurs de performance.

Conclusion

La réorientation des patients aux urgences n'est pas une simple mesure de décharge, mais une réelle stratégie d'optimisation du parcours de soins. Elle nécessite un engagement collectif, des outils partagés, et une transformation culturelle du rapport aux soins d'urgence.