

RÉORIENTER DEPUIS LES URGENCES

VERS LA BONNE FILIÈRE DE SOINS



SOMMAIRE

Comprenez les parcours sur votre territoire	3
Fixez une gouvernance territoriale claire	5
Mettez en œuvre la réorientation	7
Informez et mobilisez les acteurs	11

L'ESSENTIEL

Orientez le patient vers la réponse adaptée

La réorientation depuis les urgences consiste à guider un patient dont l'état ne relève pas de la médecine d'urgence vers le professionnel le plus adapté.

Elle permet de préserver la capacité du service d'urgences à prendre en charge les patients dans les situations plus graves et/ou urgentes.

Organisez la réponse à l'échelle du territoire

Mobilisez les services d'urgences, le service d'accès aux soins (SAS), les professionnels de ville et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Pour mettre en œuvre la réorientation depuis les urgences :

- comprenez les parcours sur votre territoire ;
- fixez une gouvernance territoriale claire ;
- mettez en œuvre la réorientation ;
- informez et mobilisez les acteurs.

Ce document conçu comme une boîte à outils vous aide à mettre en place cette organisation de la réorientation. La définition de ce dispositif et de sa finalité sont exposés dans le Guide sur la réorientation à l'entrée des urgences (DGOS, 2024) dont la lecture préalable permet de comprendre les objectifs.

REMERCIEMENTS

Nous remercions l'ensemble des professionnels ayant contribué aux travaux et aux retours d'expérience ayant nourri ce guide. Leur mobilisation a permis d'identifier des repères utiles pour accompagner la mise en œuvre de la réorientation depuis les urgences.



La réutilisation des productions de l'Anap est autorisée, sous réserve que les informations qu'elles contiennent ne soient pas altérées, que leur sens ne soit pas dénaturé et que leurs sources et date de dernière mise à jour soient mentionnées. Toute réutilisation à des fins commerciales doit faire l'objet d'un échange préalable avec l'Anap.

COMPRENEZ LES PARCOURS

sur votre territoire

L'organisation de la réorientation depuis l'accueil des services d'urgences mobilise des acteurs du parcours de soins non programmés au-delà du seul service d'urgences : la réussite du projet de mise en œuvre passe donc par un projet à l'échelle territoriale voire départementale, et implique une bonne connaissance du territoire de santé.

Réalisez un diagnostic territorial partagé

Construisez le diagnostic avec le service d'accès aux soins (SAS), tant sur sa filière aide médicale urgente, que sa filière ambulatoire, et les partenaires territoriaux. Croisez les besoins de la population, les flux de passages aux urgences et les ressources mobilisables au SAS et en ville.

Nous recommandons de réaliser une cartographie à quatre dimensions :

- **les caractéristiques de la population** : âge, vulnérabilités sociales, barrière de la langue, saisonnalité, événements climatiques ou touristiques ;
- **les modalités de recours aux soins** : tensions d'accès à la médecine générale et taux de couverture de la population par un médecin traitant, recours aux urgences incluant éventuellement la saisonnalité, habitudes locales de réorientation ;
- **les capacités hospitalières** et les organisations de réorientation déjà en place dans certains services d'urgences ;
- **la densité, la répartition et les plages d'ouverture des effecteurs de premier recours** (médecins généralistes, maisons et centres de santé), les dynamiques des CPTS et structures d'exercice coordonnées en soins primaires pour les soins non programmés.

Cet état des lieux partagé permet d'identifier d'éventuels besoins de renforcement de l'offre ou de coordination, à prendre en compte dans le projet de réorientation : par exemple, si une zone géographique manque d'effecteurs participant au SAS, il peut être préféré de débiter la dynamique de réorientation dans un service d'urgences à proximité d'un territoire au sein

duquel les plages proposées au SAS sont plus nombreuses.

Croisez les données sur les passages aux urgences et l'offre de premier recours

Analysez les résumés de passage aux urgences (RPU) pour identifier les profils de patients et les motifs de recours les plus susceptibles de relever d'une autre réponse de soins. Les éléments pertinents sont notamment le niveau de classification clinique des malades aux urgences (CCMU). Les diagnostics principaux, les horaires de fréquentation, les modalités d'arrivée, les données locales de l'établissement de santé, et celles de l'Assurance Maladie seront utiles à ce diagnostic.

Cette analyse gagne à être réalisée en partenariat avec les observatoires régionaux des urgences (ORU), en utilisant la notion de « passages relevant potentiellement de la ville » ou des scores composites de complexité diagnostique (SSCD) par exemple.

En parallèle, en partenariat avec le SAS, et les acteurs de la permanence des soins ambulatoires du département, qualifiez l'offre de soins non programmés effectivement mobilisable sur le territoire : capacités d'accueil, délais, conditions d'accès, continuité en soirée et le week-end, types de prise en charge réalisées...

Les CPTS pourront apporter une analyse à une échelle plus locale que le département, et peuvent être associées à cet état des lieux avec le SAS.

Ce croisement vous aide à définir le bon périmètre de réorientation. Il s'agit notamment d'identifier les motifs de recours les plus susceptibles de relever d'une autre réponse de soins, puis de les mettre en regard des solutions réellement accessibles sur le territoire. Par exemple, si un

service d'urgences pédiatriques souhaite mettre en œuvre des réorientations, il est important de s'assurer que les effecteurs de soins non programmés (médecins généralistes, pédiatres éventuels) à proximité du lieu de résidence des patients consultant aux urgences ont la capacité d'accueillir le public pédiatrique.

Ce périmètre guide le choix des partenaires à mobiliser en priorité, des plages horaires à cibler et des critères à formaliser dans le protocole de service.

Recensez les coopérations, les outils et les contraintes du territoire

Recensez les éventuelles conventions ou habitudes existantes entre les services d'urgences et des structures ambulatoires avant de créer de nouveaux circuits. L'objectif est d'éviter la juxtaposition de solutions potentiellement redondantes et de s'appuyer sur ce qui fonctionne déjà.

Une coopération formalisée ne garantit pas, à elle seule, qu'une réorientation

soit possible dans des conditions satisfaisantes pour les équipes comme pour le patient. Le conventionnement n'est pas obligatoire pour la mise en œuvre de la réorientation.

Évaluez la capacité réelle des effecteurs à accueillir des patients adressés depuis les urgences, la lisibilité de leurs critères d'admission, la simplicité des modalités de prise de rendez-vous, la disponibilité des échanges sécurisés, ainsi que la compatibilité de leurs horaires de fonctionnement avec les pics de recours observés.

Prenez en compte les facteurs susceptibles de limiter l'accès réel du patient à la solution proposée: éloignement géographique, disponibilité de moyens de transport.

Cartographiez les outils numériques utilisés, pour faciliter l'échange d'informations entre les différents acteurs du parcours de soins proposé (services d'urgences, SAS et effecteurs notamment).

ACTIONS PRIORITAIRES

- Repérer les profils de patients susceptibles de relever d'une réorientation.
- Associer les acteurs clés du territoire dès l'amont du projet pour partager un diagnostic commun.
- Cartographier les ressources mobilisables sur le territoire.
- Identifier les plages horaires, modalités d'accès et critères d'admission des structures partenaires.
- Actualiser régulièrement la connaissance de l'offre afin de sécuriser les réorientations.

FIXEZ UNE GOUVERNANCE TERRITORIALE CLAIRE

La gouvernance structure le projet, sa lisibilité et sa capacité d'exécution. Elle permet d'arbitrer, de coordonner les interfaces entre acteurs et d'installer un suivi régulier.

Portez le projet au niveau décisionnel adapté, en lien avec la direction de l'établissement, le SAS, l'association de régulation et les représentants des effecteurs ambulatoires.

L'agence régionale de santé, les CPTS, les associations de médecins régulateurs, les URPS médecins, le Conseil départemental de l'ordre, les représentants des usagers, l'ORU ou le groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADEs) sont à associer au pilotage et/ou aux travaux techniques.

La gouvernance permet de :

- définir les priorités territoriales de réorientation;
- partager des critères communs de réorientation;
- aligner les organisations entre l'hôpital et les acteurs de premier recours.

Identifiez les acteurs et les instances de la gouvernance

Confiez le projet à un pilote disposant d'un temps dédié, d'une légitimité reconnue et d'une capacité à mobiliser les acteurs concernés. Ce rôle peut être assuré par une personne qui travaille soit au sein de l'établissement hospitalier (urgences ou direction parcours par exemple), soit au sein du SAS.

Il coordonne les travaux, anime la concertation et veille à la circulation de l'information. Le pilote du projet s'appuie sur un pilotage clair des responsables hospitaliers et du SAS, pour en permettre la réussite.

Le tableau ci-dessous présente les principales instances de pilotage et de suivi du projet, ainsi que leur composition, leur fréquence indicative et leurs objectifs.

Instance	Composition	Fréquence indicative	Objectifs
Comité de pilotage (COFIL)	<ul style="list-style-type: none"> • direction de l'établissement porteur (directeur, chef de service ou de pôle de la SU, cadre supérieur du pôle), • représentants de l'ARS, du SAS, des CPTS. 	<ul style="list-style-type: none"> • mensuelle (lancement/mise en œuvre) • trimestrielle (suivi) 	<ul style="list-style-type: none"> • valider les orientations stratégiques, • suivre l'avancement global, • arbitrer les décisions majeures, • lever les éventuels blocages.
Comité opérationnel (COMOP)	<ul style="list-style-type: none"> • coordinateur de projet, • équipes des urgences (médecins, IOA, cadre de santé), • représentants du SAS, des CPTS, • professionnels de santé de ville, • représentant du contrôle de gestion de l'établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> • bimensuelle (lancement/mise en œuvre) • mensuelle (suivi) 	<ul style="list-style-type: none"> • suivre la progression opérationnelle des actions, • analyser les indicateurs de réorientation, • identifier les difficultés de terrain, • proposer des ajustements ou des solutions alternatives.
Réunions techniques ou groupes de travail	experts métiers ou usagers concernés par la thématique (par exemple: médecins généralistes, urgentistes, experts SI, associations d'usagers).	Ponctuelle, selon les besoins identifiés par le COFIL ou le COMOP.	<ul style="list-style-type: none"> • élaborer des outils spécifiques (protocoles, fiches de réorientation), • résoudre des problématiques techniques ou organisationnelles précises, • concevoir des actions de formation ciblées.

Adaptez cette structuration en fonction de votre territoire.

Précisez le rôle de chaque acteur dans la gouvernance

Une répartition des responsabilités limite les zones d'incertitude et sécurise la mise en œuvre concrète de la réorientation.

Une matrice de type RACI (voir ci-dessous), simple et partagée par les acteurs, suffit souvent à lever les ambiguïtés, en précisant qui pilote, qui met en œuvre, qui est consulté et qui est tenu informé aux différentes étapes du projet. Elle est

particulièrement utile pour clarifier les interfaces entre les urgences, le SAS, les partenaires de ville et la gouvernance de l'établissement :

- R pour Responsable (celui qui réalise l'action);
- A pour Approbateur (celui qui valide la décision);
- C pour Consulté (celui dont l'avis est sollicité);
- I pour Informé (celui tenu informé de l'avancement).

Étape	Direction(s) ES COPIL	Équipes SU (MAO, IAO)	SAS	CPTS	ARS, GRADEs	Autres acteurs de santé	Association des usagers
Phase de diagnostic: cartographie des ressources et des besoins	R/A	C	R/C	R/C	C	C	C
Animation concertation territoriale	R/A	C	C	C	I	C	C
Définition de la grille de critères et des protocoles de réorientation	I	R	C	C	I	I	I
Étude de la faisabilité technique (mobilise également services numériques établissement)	A	C	C	I	R	I	I
Mise en œuvre du projet	A	R	R	R/C	A	I	I
Suivi et évaluation	R/A	R	R	C	I	I	I
Formation et accompagnement	C	R	R	C	I	C	C
Communication	R	R	R	R	R	R	I

BONNES PRATIQUES À RETENIR

L'organisation de réunions régulières dans un cadre de gestion de projet entre les professionnels de ville et d'hôpital, le SAS, les CPTS et les autres partenaires permet d'identifier les difficultés rencontrées sur le terrain, d'actualiser les informations sur les capacités d'accueil, d'harmoniser les pratiques et d'adapter en continu les organisations mises en place. L'implication précoce de l'ARS est déterminante pour assurer l'alignement des projets territoriaux avec les stratégies nationales et régionales.

METTEZ EN ŒUVRE LA RÉORIENTATION

La réorientation doit être adaptée à la situation et sa décision comprise. Sa mise en œuvre doit donc rendre la réorientation simple pour les professionnels d'une part, et compréhensible, acceptable et effective pour les patients d'autre part. Elle repose sur quatre exigences : des critères partagés, un parcours clarifié, des outils de traçabilité et une démarche d'amélioration continue.

Définissez les critères partagés à inscrire dans le protocole de service

Définissez collectivement les critères de réorientation et traduisez-les dans un protocole de service d'urgences, à partager avec le SAS et les effecteurs ambulatoires.

Ce protocole précise notamment :

- les situations éligibles à la réorientation (définition de critères - grille d'aide à la décision);
- les modalités de prise de rendez-vous ou d'adressage;
- les informations à transmettre au professionnel de ville;
- les modalités de retour d'information.

Les critères permettant de déterminer les situations éligibles combinent des éléments cliniques, organisationnels et contextuels : niveau de gravité, motif de recours, autonomie du patient, nécessité ou non d'une surveillance, accessibilité réelle d'une réponse de ville dans un délai compatible avec le besoin. Pour vous guider sur la rédaction du protocole de service, le guide DGOS de 2025 propose des critères validés par les sociétés savantes, qui peuvent être personnalisés par les services d'urgences.

La grille d'aide à la décision reste courte, utilisable à l'accueil et régulièrement actualisée. Elle ne remplace pas le protocole, qui décrit l'ensemble du parcours de réorientation.

Précisez le parcours de réorientation

Précisez qui évalue, qui décide, qui informe le patient, qui organise la suite du parcours et comment la décision est tracée. Lorsque l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) intervient dans le cadre d'un protocole de service validé, il peut prendre la décision de réorientation sur la base de ce protocole de service. En cas de doute, de situation non prévue par le protocole ou de critère de gravité, sollicitez un avis médical avant toute décision.

Informez le patient à l'oral de la décision de la réorientation et remettez-lui un support écrit. Cette information doit expliquer que la réorientation vise un accès aux soins adaptés à son état de santé, et rappeler les consignes en cas d'aggravation de l'état de santé.

Encadrez les situations particulières

Outre les critères de réorientation partagés, le protocole de service doit prévoir également les situations pour lesquelles la réorientation ne peut reposer sur l'application simple d'une grille décisionnelle, et qui nécessite le recours à un avis médical. Définissez clairement, dans ces situations, les modalités de recours à cet avis.

Le dispositif précise également la conduite à tenir en cas de refus de la réorientation par le patient. Définissez les conditions de reprise du patient dans le circuit des urgences et les règles de traçabilité.

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez le guide de la DGOS sur la réorientation à l'entrée des urgences pour :

- identifier les critères de réorientation;
- vous appuyer sur deux modèles de protocole (adultes et pédiatriques).

Le parcours du patient, des urgences à la réorientation



Utilisez et tracez l'information

La traçabilité dans le dossier des urgences est obligatoire : évaluation initiale de l'état clinique du patient, décision de réorientation, information du patient, orientation proposée et clôture du passage. Le paramétrage de l'orientation de sortie doit renvoyer au code « Réo » dans les RPU, et, dans la mesure du possible, permettre une modalité simplifiée de clôture.

Des trames types ou des documents standardisés dans le logiciel métier des urgences sécurisent les pratiques et limitent la charge administrative.

Organisez la prise de rendez-vous

Si elle est utile pour répondre au besoin de soins, la prise de rendez-vous avec un

effecteur de soins ambulatoires doit être anticipée.

Passer par le SAS permet de désynchroniser et de sécuriser cette étape, et constitue un prérequis pour que l'effecteur valorise la majoration « Soins non programmés » lors de la consultation (CNAM, DGOS, janvier 2025). Pour cela, assurez un lien direct et opérationnel entre le service d'urgences et le SAS.

Transmettez des informations complètes et fiables

Les solutions d'échanges et de partage d'informations mises en œuvre doivent respecter la doctrine du numérique en santé, afin de garantir la sécurisation et la confidentialité.

Transmettez les informations de réorientation des urgences vers le SAS via une messagerie sécurisée de santé (MSS), directement aux OSNP. La décision de réorientation prise aux urgences permet à l'OSNP de prendre le RDV, sans nouvelle régulation médicale.

Travaillez une solution numérique avec la direction des services numériques de votre établissement ou du GHT et le GRADeS.

Garantissez une transmission :

- exhaustive: tous les patients réorientés, y compris lorsque l'identité nationale de santé (INS) n'est pas qualifiée,
- automatisée autant que possible, pour faciliter l'usage et limiter les erreurs,



- cohérente avec les outils existants de l'établissement (dossier patient informatisé, interfaces).

Organisez un traitement adapté et tracé au SAS par les OSNP

Équipez les OSNP d'une messagerie sécurisée partagée (boîte à lettre organisationnelle).

Les demandes peuvent être traitées en différé par l'OSNP :

- rappelez le patient dans les heures suivant sa réorientation: il peut avoir déjà trouvé de lui-même une solution (par exemple RDV auprès de son médecin traitant),
- organisez le rappel au lendemain matin si la réorientation a lieu en dehors des horaires du SAS.

Assurez dans tous les cas la traçabilité dans le logiciel de régulation médicale :

- créez un dossier de régulation médicale pour le patient,
- retranscrivez les informations reçues, en appliquant une vigilance renforcée sur l'identité du patient (protocole SAS, formation des OSNP...).

Formez, expérimentez, évaluez

Une phase pilote permet de sécuriser le déploiement du dispositif. Elle facilite l'appropriation des critères, du circuit d'information et de l'interface avec le SAS et les effecteurs avant généralisation. Elle constitue une phase d'apprentissage structurée. Elle peut cibler un périmètre restreint (motifs, créneaux horaires ou partenaires). Elle permet de tester les critères, les modalités de transmission, la prise de rendez-vous et la compréhension du parcours par les patients.

La formation initiale et continue des professionnels impliqués couvre les critères, les procédures, les outils mobilisés et la communication avec le patient.

Les premiers cas réorientés font l'objet d'une revue régulière associant les profes-

sionnels concernés. Elle analyse les écarts au protocole, les motifs de recours à un avis médical, les reprises aux urgences, les difficultés avec les acteurs de ville et les incompréhensions des patients.

Le suivi repose sur des indicateurs limités et pertinents : volume de patients réorientés, profils et motifs concernés, délai de décision, rendez-vous obtenus, retours précoces aux urgences, incidents de parcours et besoins d'ajustement du protocole.

Lorsque les données sont disponibles, complétez le suivi par le taux de non-présentation, le délai entre réorientation et prise en charge effective et l'évolution de la part des passages de faible gravité.

Partagez l'information avec les professionnels de santé

Depuis les services d'urgences, déposez de façon automatisée les informations de réorientation dans le dossier médical partagé (DMP) lorsque cela est possible et que l'INS est qualifié. L'OSNP peut par ailleurs envoyer par messagerie sécurisée de santé (MSS) ces informations à l'effecteur une fois le RDV pris. Ce partage permet :

- à l'effecteur d'accéder aux informations lors de la consultation,
- aux professionnels du parcours de soins (médecin traitant, régulation, urgences) de disposer d'une information à jour.

ACTIONS PRIORITAIRES

- Définir des critères de réorientation clairs, partagés et sécurisés.
- Formaliser un protocole opérationnel précisant les étapes du parcours et les conduites à tenir.
- Outiller les équipes : supports, protocoles, traçabilité.
- Former les professionnels concernés et sécuriser leur appropriation du dispositif.
- Déployer progressivement la réorientation, en s'appuyant si besoin sur une phase pilote.
- Suivre quelques indicateurs simples pour ajuster rapidement l'organisation.

INFORMEZ ET MOBILISEZ LES ACTEURS

La communication interne et auprès des usagers fait partie du projet dès le départ. Elle prépare les patients, accompagne les professionnels et permet de diffuser des messages clairs sur les modalités de recours.

Informez les patients et les usagers

L'information des patients et la bonne compréhension du dispositif est un point essentiel du projet. Assurez la cohérence et la lisibilité des supports d'information. Ils doivent être visibles dès l'entrée aux urgences: affichage, support remis au patient réorienté, contenu numérique ou QR code, script partagé pour les professionnels.

Partagez un message positif, pédagogique et dépourvu de toute tonalité culpabilisante.

Une communication plus large, portée par les tutelles, sur le « bon usage » des services d'urgences, dans les lieux de soins ambulatoires, voire dans les médias locaux, peut contribuer à la réussite globale du projet.

Préparez également la communication pour les situations d'incompréhension, de

refus ou de tension. Les professionnels amenés à informer les patients disposent d'éléments de langage partagés, cohérents avec le protocole de service et avec les messages institutionnels portés par l'établissement et les partenaires du territoire.

Soyez attentif aux situations dans lesquelles la réorientation intervient après un temps d'attente déjà significatif, ou auprès de patients peu familiers du système de santé.

Partagez l'information du dispositif avec la commission des usagers de l'établissement, et consultez les représentants des usagers pour la réalisation des supports d'information. Vous pouvez associer des patients partenaires pour la formation des équipes.

Informez les professionnels du territoire

Les professionnels du territoire sont informés en amont du fonctionnement du dispositif, des critères retenus, des modalités de prise de rendez-vous et des outils utilisés.

Les réunions de CPTS, de SAS, de commission médicale, d'instances qualité ou de groupes territoriaux sont de bons relais pour partager les objectifs, les résultats et les ajustements.

Installez un message commun et valorisez les résultats

Le message reste stable dans le temps, partagé par l'hôpital et les partenaires du territoire, et cohérent avec les campagnes nationales ou régionales sur le bon usage des soins (par exemple: recours au SAS, réorientation vers la médecine de

La réorientation est
une orientation adaptée,
et non un refus de soins.

ville, information sur les alternatives aux urgences).

Valorisez les premiers résultats - même modestes - pour faciliter l'adhésion: meilleure lisibilité du parcours, coopération renforcée, diminution des attentes inutiles, amélioration des conditions d'accueil.

Messages à faire passer

La réorientation vise la réponse la plus adaptée au besoin du patient.

Elle doit lui être expliquée avec clarté, cohérence et bienveillance à chaque étape du parcours.

Elle s'inscrit dans une démarche nationale, s'appuie sur une organisation territoriale des soins, et non dans une logique de tri purement interne.

ACTIONS PRIORITAIRES

- Définir un message commun, simple et cohérent, partagé par l'ensemble des professionnels impliqués dans la démarche.
- Associer les partenaires du territoire à la communication afin de favoriser l'adhésion, la compréhension du dispositif et la cohérence des messages délivrés.
- Prévoir des supports adaptés aux différents publics: professionnels des urgences, partenaires du territoire, patients et représentants des usagers.
- Informer les patients et leurs accompagnants de manière claire et non culpabilisante, en expliquant le sens de la réorientation et ses bénéfices pour leur prise en charge.
- Inscrire la communication dans la durée, au-delà du lancement, pour accompagner l'appropriation.

l'anap

l'expertise en partage
| agence nationale de
la performance sanitaire
| et médico-sociale

L'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale est une agence publique de conseil et d'expertise qui agit avec et pour les professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux. Depuis 2009, elle a pour mission de soutenir, d'outiller et d'accompagner les établissements dans l'amélioration de leur performance sous toutes ses dimensions. Pour la mener à bien, l'Anap propose une offre d'accompagnement globale - diffusion de contenus opérationnels, organisation et animation de la mise en réseau et intervention sur le terrain.

Pour plus d'informations www.anap.fr

Anap
23, avenue d'Italie
75013 Paris
Tél. : 01 57 27 12 00

Retrouvez-nous sur



anap.fr

