



**UNIVERSITE DE LILLE
DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2025

**MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE
AVANCEE**

MENTION : URGENCES

RÉORIENTATION DES PATIENTS AUX URGENCES :

Regards croisés sur les pratiques et enjeux

*Étude mixte multicentrique exploratoire menée au Centre
Hospitalier d'Avignon, de Roubaix et de l'île de la Réunion.*

**Présenté et soutenu publiquement le 02 Juillet 2025 à Lille (département
facultaire de médecine Henri Warembourg)**

Par Aubérie VANDESTOCKE

JURY :

Président du jury : Monsieur le Professeur Ali AMAD.

Enseignant infirmier : Madame Marie Cécile SAMYN.

Directeur de mémoire : Madame Hélène DEHAUT.

**Département facultaire de médecine Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée
59120 LOOS**

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires : Celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire:

Tout d'abord je souhaite remercier chaleureusement Docteur Marc Magnan, Chef de Service des Urgences adultes de Roubaix, ainsi que Madame Christelle Villette, Cadre Supérieure de Santé du Pôle Urgences de Roubaix pour leur disponibilité et la mise en place de l'étude au sein de leur service.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers Monsieur Julien Désœuvre, Cadre de Santé chargé de missions à la Direction référente du Centre Hospitalier Ouest de l'île de la Réunion, ainsi que Docteur Maxime Dujardin ayant exercé aux Urgences adultes de la Réunion et ayant une connaissance approfondie sur les Centre de Soins Non Programmés de l'île. Leur contribution a été essentielle à la réalisation de cette étude avec une note d'exotisme apportée par la participation Réunionnaise.

Également à Madame Alexandra Agnel, Cadre de Santé des Urgences de l'hôpital d'Avignon, et Mesdames Isabelle Gras-Autard, Assistante Qualité/Patient-expert et Christel Alléard, Ingénieure en organisation et responsable de la cellule Recherche de l'hôpital d'Avignon pour avoir fait preuve d'une grande disponibilité et d'un réel engagement, malgré la distance géographique.

Ainsi que tous les professionnels de santé qui ont accepté de participer à cette étude. Par leur disponibilité, leur sincérité et la richesse de leurs témoignages, ils ont permis de faire émerger des pistes de réflexion précieuses autour de la réorientation des patients aux urgences.

Je remercie également les patients qui ont répondu au questionnaire avec bienveillance et honnêteté. Leurs retours ont permis d'éclairer cette pratique encore méconnue.

Mes remerciements s'adressent aussi aux équipes encadrantes, notamment Madame Hélène Dehaut, ma directrice de mémoire, pour son accompagnement bienveillant, sa disponibilité et la qualité de ses conseils tout au long de ce travail. Sa rigueur méthodologique et son regard éclairé m'ont permis d'approfondir ma réflexion et de structurer ce mémoire avec exigence et clarté.

Je souhaite également exprimer ma profonde gratitude à Mesdames Gwladys Acoulon et Marie-Ève Godeffroy, deux personnes qui m'ont apporté un soutien indéfectible. Dans les périodes de doute et de découragement, elles ont su trouver les mots justes pour me redonner confiance et m'encourager à poursuivre ce travail avec conviction. Leur écoute, leur humanité et leur motivation ont été essentielles dans l'aboutissement de ces 2 années.

Je tiens à remercier Docteur Frédéric Pochet, qui au cours de mon stage de première année a joué un rôle déterminant dans mon orientation professionnelle. Grâce à son accompagnement, j'ai pu confirmer mon intérêt profond pour la mention « Urgences ». Cette expérience m'a permis de me redécouvrir en tant que soignante, dans un contexte exigeant mais profondément stimulant.

Je tiens remercier du fond du cœur mes parents, qui ont été d'un soutien inestimable tout au long de ces deux années de formation. Leur disponibilité, leur présence constante, et leur aide précieuse dans la gestion du quotidien avec ma fille Lou ont été déterminantes.

Dans un contexte personnel particulièrement difficile, marqué notamment par des démarches judiciaires éprouvantes, ils ont su rester à mes côtés, me soutenir sans faille, et m'encourager à ne pas abandonner. Ce mémoire leur doit beaucoup.

Ma sœur, mon frère et mon beau-frère qui ont su, chacun à leur manière, me soutenir dans ce parcours. Leur écoute et aide concrète ont compté plus qu'ils ne l'imaginent. Leur présence a été un vrai appui, même dans l'ombre.

Je remercie également mon conjoint, et mes 3 enfants, pour leur patience, leur compréhension et leur amour durant ces deux années exigeantes. Ils ont accepté mes absences, mes moments d'angoisse et de fatigue, sans jamais cesser de me soutenir. Leur présence m'a donné la force d'aller au bout de cette aventure, même dans les périodes les plus difficiles.

Enfin, je tiens à me féliciter, parce que ces 2 années n'ont pas seulement été une formation, mais une transformation. J'ai débuté ce parcours en tant qu'infirmière, et je le termine avec un regard profondément renouvelé sur ma pratique, ma posture, et ma place dans le système de santé.

Ce mémoire est le reflet de ce chemin parcouru. Il symbolise l'engagement les doutes les remises en question, mais surtout la progression vers une professionnelle affirmée.

Glossaire

ARS Agence Régionale de la Santé

ATIH Agence Technique de l'Information et de l'Hospitalisation

CCMU Classification Clinique des Malades aux Urgences

CHA Centre Hospitalier d'Avignon

CHOR Centre Hospitalier Ouest Réunion

CHR Centre Hospitalier de Roubaix

CMSI Centre Médical de Soins Immédiats

CNIL Commission Nationale des informations et des Libertés

CPTS Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSNP Centre de Soins Non Programmés

DGOS Direction Générale de l'Offre de Soins

DREES Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EMG Équipe Mobile de Gériatrie

FEDORU Fédération Des Observatoires Régionaux des Urgences

FRU Forfait de Réorientation des Urgences

HAS Haute Autorité de Santé

IOA Infirmier d'Orientation et d'Accueil

IPA Infirmier Pratiques Avancées

IPA U Infirmier Pratiques Avancées mention Urgences

MAO Médecin d'Accueil et d'Orientation

MMG Maison Médicale de Garde

MSP Maison de Santé Pluridisciplinaire

PASI Points d'Accueil des Soins Immédiats

PDS Permanence De Soins

PRPV Patients Relevant Potentiellement de la Ville

RPU Résumé de Passage aux Urgences

SAMU Service d'Aide Médicale Urgente

SAS Service d'Accès aux Soins

SAU Service d'Accueil des Urgences

SFMU Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SU Service d'Urgences

SUdF Samu Urgences de France

Sommaire :

Remerciements

Glossaire

Introduction générale..... 1

1 Introduction et cadre théorique 3

1.1 État des lieux 3

1.2 Conséquences de la Saturation des urgences 8

1.3 Initiatives de désengorgement, solutions apportées..... 11

Justification de l'étude 18

2 Matériel et méthode 19

2.1 Type d'étude 19

2.2 Populations étudiées 19

2.3 Critère d'exclusion de l'étude..... 19

2.4 Objectifs de l'étude 20

2.5 Recueil de données..... 20

2.6 Analyse de données 22

2.7 Qualité de l'étude..... 22

2.8 Aspects éthiques et réglementaires..... 22

3 Résultats et Analyse..... 23

3.1 Résultats des données quantitatives sur le retour d'expérience des patients réorientés..... 23

3.2Analyse croisée des retours patients et point de vue des professionnels..... 27

4 Discussion..... 42

4.1Résultat principal..... 42

4.2 Comparaison des résultats de l'étude avec l'enquête FRU..... 48

4.3 Implantation IPA Urgences (IPAU)..... 48

4.4 Forces, limites et biais de l'étude 50

4.4.4 Perspectives 51

Conclusion 53

Bibliographie

Table des matières

Liste des Figures

Listes des tableaux

Annexes

*« Il n'est pas de vent favorable pour celui qui ne sait pas où il va »
Sénèque*

Introduction générale

Les services d'Urgences (SU) occupent une place centrale dans le système de soins français. Ils permettent une prise en soin immédiate des patients de jour comme de nuit.

Cependant nous relevons depuis des décennies une augmentation de la fréquentation de 3,5%/an, atteignant ainsi 20,3 millions de passages en 2021. (1)

Ces services sont confrontés à cet engorgement croissant(1), mettant à rude épreuve leur capacité à répondre efficacement aux besoins des patients. Parmi les principales causes de cette saturation, on retrouve notamment la fréquentation accrue par des patients présentant des pathologies non urgentes, souvent liées à un accès limité ou inadapté aux soins primaires. Plusieurs enquêtes en particulier celle conduite par la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2013, montrent qu'entre un quart et un tiers des patients qui se présentent aux urgences auraient pu, sans perte de chance, être pris en charge par des praticiens de ville. (2)

Prenant acte de ces données, en 2021 une étude à l'échelle nationale sous pilotage de l'article 51 a été menée par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en mettant en place un Forfait de Réorientation des Urgences (FRU). D'une durée de 2 ans, l'étude visait à toucher 5 à 10% des patients, se présentant aux urgences sans relever d'une urgence vitale, en testant la mise en place d'un forfait s'élevant à 60^E (3). Celui-ci , versé aux urgences, vise à réorienter le patient vers une consultation de ville à une date compatible avec son état de santé, entre 24h et 48h pour les demandes de soins non programmées. Ainsi le patient est redirigé vers une offre de santé mieux adaptée à son besoin. Ainsi se définit la réorientation, comme étant la procédure par laquelle un patient se présentant aux urgences est réorienté par un médecin ou infirmier d'accueil vers une structure de ville répondant à sa demande de soins non programmées. La réorientation peut donc être réalisée vers un praticien de ville, une maison médicale de garde, et/ou centre de soins permettant in fine d'améliorer la prise en soin du patient, en le plaçant dans le bon parcours de soins. (4)

Arrivée à son terme en mai 2023, l'expérimentation dresse le bilan avec les 36 Centres Hospitaliers expérimentateurs. Près de 40 % des sites ont contribué activement à cette démarche. Deux sites, le Centre Hospitalier d'Avignon (CHA) et le Centre Hospitalier de la Réunion Ouest (CHOR) se distinguent avec un taux de réorientation supérieur à 10% atteignant largement l'objectif principal de l'étude initialement prévu entre 5 et 10%. A l'inverse le Centre

Hospitalier de Roubaix (CHR) dont le résumé de passages aux urgences est équivalent aux 2 autres, ne dresse que 2.8% de réorientations. (3)

Au regard de ces résultats hétérogènes il serait donc pertinent d'envisager la mise en place d'une étude comparative incluant ces 3 Centres Hospitaliers afin de comparer et tenter d'expliquer cette différence de résultats.

Par ailleurs, l'absence d'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) lors de cette expérimentation a constitué un frein à l'analyse de l'expérience du patient réorienté. Il a en effet été impossible pour les évaluateurs d'analyser l'avis des patients réorientés via une enquête en ligne et de prévoir un temps d'échange avec eux dans le cadre des visites.

Ainsi, l'analyse du vécu des patients réorientés sur ces établissements cités ci-dessus et le retour d'expérience des professionnels de santé exerçant sur ces sites, semblent être un terrain d'étude particulièrement pertinent et novateur pour in fine améliorer l'organisation des soins et faciliter le parcours du patient.

1 Introduction et cadre théorique

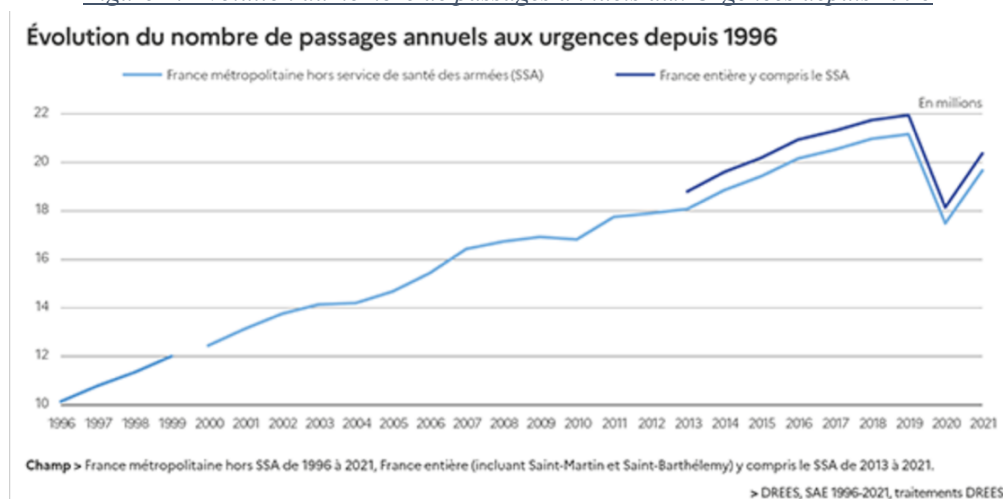
1.1 État des lieux

1.1.1 Les urgences hospitalières

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS 2020) le Service d'Accueil des Urgences (SAU) est défini comme étant « *service hospitalier qui assure la prise en charge des venues non programmées, dans un établissement public ou privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection, se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique* »(5)

Cependant, la réalité actuelle est bien différente, comme le révèlent les premiers résultats d'une importante étude parue en juin 2023 par la DREES(1) en collaboration avec des médecins urgentistes. Cette étude indique une augmentation continue du nombre de visites aux urgences, avec une hausse de plus de 13% sur une décennie (Figure1). Le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques contribuent en partie à cette tendance, mais il est estimé qu'environ 43% des consultations aux urgences pourraient être mieux prises en charge en ambulatoire, selon le député Monsieur Thomas MESNIER dans son rapport *Assurer le premier accès aux soins*. (6)

Figure 1: Évolution du nombre de passages annuels aux Urgences depuis 1996



1.1.2 Typologie des patients : urgences vitales et urgences ressenties

Les SU accueillent une diversité de patients aux profils variés. Cette typologie dépend des raisons qui motivent leur venue, de l'urgence réelle de leur situation ainsi que des facteurs contextuels et sociaux.

Pour pouvoir hiérarchiser les besoins, et classer les malades aux Urgences, il existe une Classification Clinique des Malades aux Urgences. (CCMU)(7)

Il s'agit d'un outil utilisé dans les services d'urgence pour évaluer la gravité de l'état clinique des patients dès leur arrivée. Cette classification repose sur sept niveaux de gravité, allant des cas bénins aux situations d'urgence vitale ou irréversible :

CCMU P: Patient présentant/souffrant d'un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable associée.

CCMU 1: Consultation bénigne sans danger immédiat pour la vie ou la santé.

CCMU 2: Situation stable nécessitant une prise en charge médicale sans caractère d'urgence immédiate, mais justifiant une consultation hospitalière.

CCMU 3: Urgence nécessitant une intervention rapide pour éviter une aggravation de l'état de santé du patient.

CCMU 4: Urgence vitale

CCMU 5: Décès ou état irréversible.

CCMU D: Patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou des services des urgences. Pas de réanimation entreprise.

Cette classification permet d'organiser la prise en soin des patients en hiérarchisant les priorités, selon leur état clinique.

Ainsi les SU accueillent des patients en urgence vitale. Ces derniers nécessitent une prise en soin immédiate en raison d'un pronostic vital engagé. Ces cas représentent une minorité des admissions comme le témoigne, la Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences, (FEDORU). Calculé à partir des Résumés de Passage aux Urgences (RPU) en 2024, seulement 2% des passages aux urgences adultes seraient graves et dont le pronostic vital est engagé.(8) (Figure 2)



Figure 2: FEDORU Chiffres clés des passages aux Urgences en 2024

De plus, les Patients Relevant Potentiellement de la Ville (PRPV) représentent 41% des visites aux urgences, avec des variations régionales allant de 35 à 46% (Figure 4). Cette population est majoritairement jeune, avec un âge moyen de 31 ans, dont 35% ont moins de 18 ans et seulement 5% ont plus de 75 ans. Ces patients se rendent aux urgences par leurs propres moyens dans près de 9 cas sur 10. Ils consultent principalement pour des problèmes traumatiques (plus d'une fois sur deux) et ne sont généralement pas hospitalisés (Figure3).

CHIFFRES CLÉS PRPV

RECUEIL DES DONNÉES*

4 797 853 Nombre de passages PRPV
40,8% Pourcentage de PRPV

PATIENT

1,21	Sex-ratio	17%	[45 - 65 ans]
31,3	Âge moyen (en années)	5%	[65 - 75 ans]
35%	Moins de 18 ans	3%	[75 - 85 ans]
19%	[18 - 30 ans]	2%	[85 - 120 ans]
18%	[30 - 45 ans]		

ARRIVÉE

Date/heure
23% Nuit [20h-06h]
42% Horaires de PDS
29% Week-end

Mode de transport
88% Moyen personnel
5% VSAV
4% Ambulance

DURÉE DE PASSAGE

80% Passages en moins de 4h

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

38% Médico-chirurgical
52% Traumatologique
1% Psychiatrique
<1% Toxicologique
9% Autres recours



Figure 3: FEDORU: Chiffres clés des patients relevant potentiellement de la ville. Panorama des ORU 2023

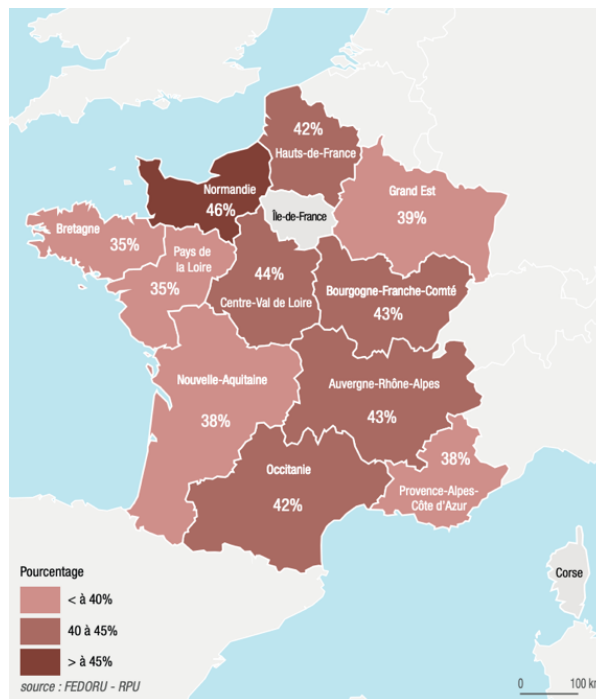


Figure 4: Pourcentage de passages PRPV en France

Ainsi, pour bon nombre de ces patients, qui pourraient relever des soins de ville, l'urgence est perçue dans leur prise en charge.

Il paraît donc évident de devoir définir ce qu'est l'urgence réelle de l'urgence ressentie.

L'urgence vitale selon la Société française de Médecine d'urgence (SFMU) la définit comme « l'ensemble des situations pour lesquelles l'échelle de temps acceptable pour une action thérapeutique est de l'ordre de la seconde, comme le cas dans l'arrêt cardio-respiratoire, de l'ordre de la minute, de l'heure ou de la journée dans d'autres cas. »

L'urgence ressentie, n'a pas de définition officielle unique, mais selon le Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, l'urgence ressentie est une situation « *ou l'utilisateur perçoit la nécessité d'une aide médicale urgente souvent influencée par la douleur perçue ou estimée par l'entourage. La personne estime que ses symptômes ou son état de santé nécessitent une intervention rapide même si ce n'est pas objectivement le cas.* »

Selon l'article de santé publique 2024, *Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie* (9), on définit l'urgence pour le médecin urgentiste comme vitale, pour le généraliste, comme un soin non programmé interrompant son activité et enfin pour l'utilisateur, l'urgence est synonyme de rapidité d'intervention. La notion de gravité n'étant pas forcément au premier plan.

Ainsi, la modification du comportement des usagers, notamment avec l'augmentation des demandes de soins « non urgents » constitue l'un des premiers facteurs de l'augmentation du nombre de passages aux urgences.

En effet, l'utilisateur des urgences témoigne d'exigences nouvelles et d'accès rapide au plateau technique afin de répondre très souvent à une urgence ressentie plus qu'à une urgence vitale ne pouvant attendre.

1.1.3 Augmentation du temps passé aux urgences

La DREES a publié le 19 mars 2025, une étude sur le temps moyen des patients passés aux urgences. Selon cette enquête, la hausse du nombre de patients aux urgences s'est accompagnée d'un allongement de durée de passages.

En effet, en moyenne, quel que soit la pathologie diagnostiquée à la sortie des urgences, le patient y passe plus de 3H soit 45 min de plus qu'en 2013. (10). Ce temps de passage long concerne très rarement les enfants mais concernent en revanche des sujets âgés de 75 ans et plus. En effet leurs parcours de soins comportent d'avantage d'exams médicaux et de séjours que celui des plus jeunes. La population est vieillissante, de plus en plus de patients sont polypathologiques et nécessitent plus d'attention.

De plus, les difficultés à trouver un lit en aval, affectent aussi ces durées. Ce manque de disponibilité de lits est un des facteurs aggravant la surcharge des services d'urgence.

Pour y pallier, les SU sont contraints d'hospitaliser les patients dans un autre service que le service adapté à leur pathologie, ce qui peut créer une rupture de parcours. Plusieurs études observationnelles, ont montré une association entre saturation et mortalité. En effet, Les équipes de l'AP-HP, de l'Inserm, de Sorbonne Université, coordonnées par le Pr Yonathan FREUND et le Dr Mélanie ROUSSEL (UFR santé de Rouen, Université de Rouen Normandie) ont étudié la

mortalité des patients âgés ayant passé une nuit aux urgences sur un brancard en attendant une place d’hospitalisation. (11) Pour la première fois, la preuve scientifique d’une surmortalité chez ces patients est apportée. Après avoir pris en compte les comorbidités et la gravité initiale des patients, cette étude montre que le fait de passer une nuit aux urgences est associé à un risque significativement plus élevé de décès intrahospitalier : une nuit passée sur un brancard aux urgences augmente de près de 40% le risque de mortalité hospitalière, qui passe ainsi de 11,1% à 15,7%. Parmi les patients avec un niveau d’autonomie limité et nécessitant une assistance au quotidien, passer la nuit sur un brancard aux urgences augmente de près de deux fois le risque de mortalité.

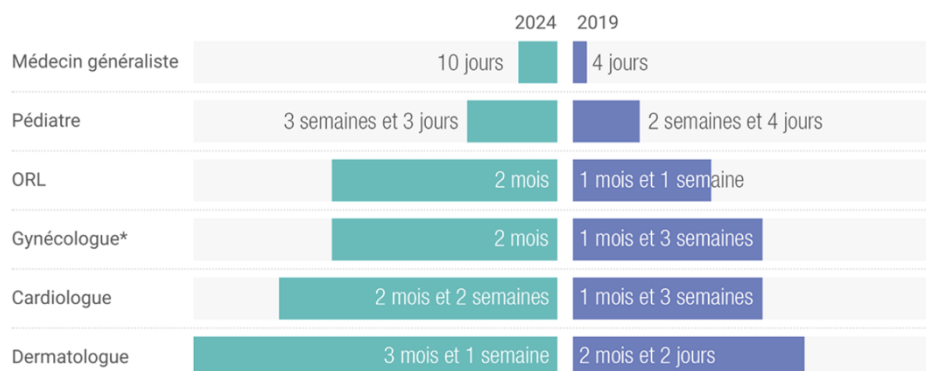
L’organisation du SU notamment dans la disponibilité en lits d’hospitalisation pour les malades non programmées, en attente de lits appelé « boarding » est l’une des principales causes de la saturation des urgences.

1.1.4 Difficultés d’accès aux soins

Au-delà des nombreuses causes possibles, telles que la féminisation de la profession médicale ou encore le travail isolé qui ne séduit plus les médecins généralistes, la répartition inégale des médecins sur le territoire constitue un facteur majeur de difficultés d’accès aux soins. En effet aujourd’hui de plus en plus de français rencontrent des difficultés pour obtenir un rendez-vous chez un médecin généraliste.

En effet, tandis que certaines grandes villes comptent encore de nombreux cabinets, d’autres régions, peinent à garantir un accès rapide à un médecin. En effet selon un sondage de mars 2024 dans la revue IPSOS (Figure 5) pour la fédération hospitalière de France, le temps d’attente pour obtenir un rendez-vous médical a pratiquement doublé en 5 ans sur la plupart des spécialités.(12)

Figure 5: Temps d'attente pour obtenir un rendez-vous médical en France IPSOS



Base : ensemble

Echantillon : 1500 Français représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus

*Seulement sur base concernée : femmes (N = 768)

Source: Ipsos pour la Fédération Hospitalière de France - Mars 2024

Également dans l'étude, ce sont désormais plus d'un Français sur deux qui déclarent avoir déjà eu recours aux urgences alors que la situation médicale ne l'exigeait pas accentuant donc une pression sur les urgences publiques. Cette situation est lourde de conséquences, puisque selon l'enquête 63% des Français ont déjà renoncé à au moins un acte de soin dans les 5 dernières années.

1.2 Conséquences de la Saturation des urgences

1.2.1 Épuisement des professionnels

L'engorgement des urgences est un problème majeur dans de nombreux systèmes de santé à travers le monde, avec des conséquences significatives pour les patients, les professionnels de santé et l'ensemble des structures hospitalières.

Le Canadian's Drug Agency (l'Agence des médicaments du Canada) a publié récemment une enquête qualitative sur les effets de l'engorgement des urgences en fonction des points de vue et des expériences des personnes qui ont affaire aux SU. (13)

Elle relate notamment les effets négatifs de l'engorgement sur les professionnels de santé. En effet, Les participants ont rapporté que la surpopulation des SU, le blocage d'accès et l'attente avaient, pour la plupart, des impacts négatifs sur le personnel travaillant dans les SU. Certains membres du personnel des SU ont déclaré que ces phénomènes les exposaient davantage à la violence et aux préjudices physiques, à la détresse émotionnelle et morale, à des dimensions d'épuisement professionnel, et/ou à des opportunités d'apprentissage manquées pour les apprenants en profession de santé.

1.2.2 Fermeture des services d'urgences

Selon les résultats de l'enquête Samu Urgences De France (SUdF), sur la situation des urgences sur l'été 2023, parmi 389 établissements interrogés, 163 établissements ont dû fermer au moins une fois leur SU faute de ressources humaines pendant l'été. (Figure 6)

Ce constat met en évidence la dégradation majeure du système de santé français, ayant pour conséquences majeures pour les professionnels et pour les patients. En effet, ces fermetures entraînent des inégalités territoriales en matière de soins.

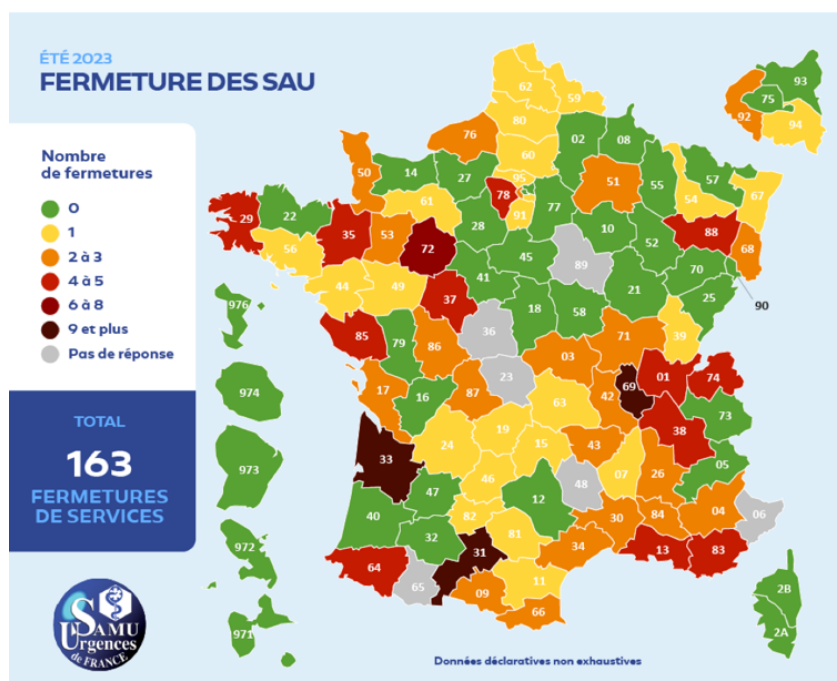


Figure 6: Illustration de la fermeture des SAU pour l'été 2023, SAMU Urgences de France

1.2.3 Rupture de parcours pour les patients plus fragiles

La Loi de Modernisation de notre système de santé soulève à nouveau la question essentielle de repenser l'organisation des soins en France afin d'établir une véritable médecine de parcours pour les patients. Il devient impératif de décloisonner les secteurs de soins notamment : soins de ville, soins hospitaliers, soins médico-sociaux, etc.

Aujourd'hui, un parcours de soins est conçu comme une prise en soin complète, structurée et continue des patients, en proximité de leur lieu de vie. Cela implique une transformation significative de notre système de santé en intégrant la prévention, les soins, le suivi médico-social voire social de manière plus cohérente. Pendant des années le système de santé a été pensé en termes de secteurs. C'est en 1996, que sont nées Les réseaux et les filières sous les ordonnances JUPPÉ. La notion de parcours, apparait plus récemment en 2016, lors de l'écriture de la loi Santé. Bien qu'elle soit proche de la notion de filière. Elle inclut la prévention, l'éducation et le soin curatif. La notion de parcours recouvre 3 réalités différentes et graduées : Le parcours de santé, le parcours de soin et le parcours de vie.

Il s'agit d'un véritable changement radical de paradigme. L'objectif est d'offrir à tous les français un accès équitable à des soins de qualité et une organisation sanitaire plus efficiente, répondant pleinement aux besoins des patients et de leurs proches. Il s'agit de permettre aux patients de recevoir les « bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment »(14)

Le parcours de soins aux urgences comprend plusieurs étapes, dont l'arrivée du patient et son mode d'entrée dans le service. Le patient peut arriver de différentes manières : par ses propres moyens, via le SAMU/SMUR, les pompiers, ou être dirigé par son médecin traitant ou un autre professionnel de santé.

Selon le mode d'arrivée, une évaluation de la gravité perçue peut être réalisée, ce qui peut influencer les priorités de prise en charge. Le triage, effectué notamment par l'infirmier d'orientation et d'accueil (IOA), joue un rôle clé à ce stade. Une fois trié, le patient est pris en charge par un médecin ou un interne, qui réalise une anamnèse, des examens cliniques et paracliniques. En fonction des résultats, un traitement approprié est administré. Enfin, une décision est prise concernant l'orientation du patient, que ce soit vers la sortie, vers une hospitalisation ou un transfert vers un autre service. (Figure 7)



Figure 7: Parcours patient aux Urgences

Cependant Le parcours aux urgences est un lieu de rupture de parcours. En effet selon le Bulletin officiel Santé Protection Sociale Solidarité paru le 16 août 2023, par le Ministère de la Santé et de la Prévention définit la rupture de parcours de santé comme « une situation se caractérisant par une insuffisance un arrêt des aides, de l'accompagnement et/ou des soins, entraînant un préjudice d'intensité variable pour la personne aidée, pouvant aller jusqu'à compromettre son projet de vie .»(15)

Ainsi la diversité des intervenants, le manque de lien entre la ville et l'hôpital, la perte d'informations, et enfin le manque d'interopérabilité entre les services, constituent les facteurs principaux de la rupture de parcours aux urgences provoquant une perte de chance pour le patient.

Il est donc essentiel d'instaurer la notion de coordination et de coopération pour sécuriser les parcours aux urgences. Plusieurs filières ont su mettre en avant leur expertise dans la coordination et la coopération pour aller toujours plus vite dans les prises en soins des patients, comme par exemple la filière AVC filière douleur thoracique ou abdominale, mettant en lumière l'importance de la coopération et coordination.

1.3 Initiatives de désengorgement, solutions apportées

1.3.1 Restructuration de l'offre de soins de la médecine de ville

En matière d'accès aux soins, la gestion en amont des services des SU représente un enjeu primordial et joue un rôle clé pour résoudre la crise persistante qui affecte ce secteur depuis de nombreuses années.

Pour appréhender ces prises en soins en amont, il convient de comprendre l'offre de soins disponible en médecine de ville., pour que les prises en charge soient efficaces tout au long du parcours de soins.

A l'échelle régionale à partir d'une urgence vraie ou ressentie, les patients peuvent être régulés par le centre 15, puis orientés selon plusieurs modalités.

Le service d'accès aux soins (SAS) est aussi un élément clé pour améliorer l'accès aux soins. Le SAS permet à toute personne ayant un besoin de soins urgents ou non programmés d'accéder à un professionnel de santé via un simple appel. Ce service propose une collaboration étroite entre les médecins de ville et les professionnels hospitaliers.

En ville, l'offre de soins regroupe tous les professionnels de santé en dehors des structures hospitalières. Cela inclut les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers, les sage-femmes, les kinésithérapeutes. Le médecin traitant joue un rôle central, il est le pivot du parcours de soin du patient. Il assure notamment le suivi médical régulier, la coordination des soins en orientant les patients vers d'autres professionnels de santé. Il promeut la prévention par la vaccination ou encore les examens de dépistage.

Ces professionnels peuvent exercer individuellement en cabinet, ou de manière coordonnée dans des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) voire au sein d'une communauté territoriale de santé (CPTS). Celles-ci jouent un rôle crucial dans l'amélioration de l'organisation des soins de santé d'un territoire donné. Elle est composée d'une équipe pluridisciplinaire et répond à un besoin populationnel. Son principal objectif est de faciliter l'accès aux soins notamment pour les patients qui n'ont pas de médecin traitant, et de mieux structurer les parcours de santé pour éviter les ruptures de prise en soin. Les CPTS favorisent également la coordination entre les soins de ville et hôpitaux.

Pour prendre en charge les soins non programmés, 2 dispositifs existent en médecine de ville : Les points d'accueil de soins immédiats (PASI) et la permanence de soins. (PDS)

Les PASI, sont des structures mises en place pour répondre aux besoins de soins non programmés des patients, tout en désengorgeant les services d'urgences hospitalières. Ces points d'accueil sont labellisés pour une durée de 5 ans à l'ARS et visent à offrir une alternative efficace et rapide aux urgences pour des soins immédiats. Il s'agit notamment de Centre médical de soins immédiats (CMSI) ou encore les Centres de Soins Non Programmés (CSNP)(16)

Les autorités sanitaires françaises ont mis en place diverses mesures et initiatives visant à réorienter les patients vers des structures de soins adaptées, dans le but d'optimiser la prise en charge des urgences et de désengorger les services hospitaliers.

C'est ainsi que le Pacte de Refondation des urgences présenté par Madame Agnès BUZYN en 2019 puis reconduite en 2022, a été lancé pour répondre à la surcharge des services d'urgences. Plutôt que d'opposer médecine d'urgence et soins non programmés de ville, l'idée est d'inciter les acteurs à travailler de concert pour proposer au patient un parcours de soin adapté à sa situation. (17)

De plus, L'Agence Régionale de Santé (ARS) des Hauts-de-France, en collaboration avec les acteurs de la ville et de l'hôpital, met en œuvre un plan d'actions territorialisé pour faire face aux tensions hospitalières, notamment aux urgences. Pour soulager la pression sur les services d'urgences, l'ARS lance une campagne de sensibilisation incitant la population à privilégier les autres structures de soins pour les cas non urgents, tels que le médecin traitant, la maison de santé ou la pharmacie.

1.3.2 Entrées directes dans les services d'hospitalisation

D'autres modalités d'entrée dans le système de soins sont néanmoins possibles, comme les entrées directes dans les services d'hospitalisation. En effet le lien ville/hôpital peut se faire par une ligne téléphonique dédiée et réservée aux médecins traitants pour joindre directement un des spécialistes de l'hôpital, ou même faire une entrée directement dans le service sans passer par le service des urgences. Par exemple, les ARS ont proposé la création d'Équipes Mobiles de Gériatrie (EMG) et de lignes téléphoniques dédiées (Hotlines gériatriques). Les objectifs de celles-ci étaient d'améliorer les relations ville-hôpital afin de réduire le nombre d'hospitalisations en proposant notamment des réponses plus adaptées.

1.3.3 Le parcours du patient réorienté

La réorientation des patients à partir des urgences représente le processus par lequel un patient sera dès l'accueil redirigé vers une autre structure sanitaire jugée plus adaptée à ses besoins. L'objectif est de désengorger les urgences en orientant le patient vers des soins plus appropriés comme la médecine générale ou services spécialisés. (4)

La réorientation nécessite principalement 2 choses : évaluer le patient afin de prendre la meilleure décision d'orientation pour ce dernier, et d'orienter le patient vers la bonne filière de soins.

Pour évaluer le patient, au sein des urgences, la stratification de la gravité de l'état de santé du patient est déterminée par un acteur essentiel des services d'urgences : l'Infirmier d'Orientation et d'Accueil (IOA).

Son rôle est fondamental, en particulier lorsqu'il y a un flux de patients conséquent et que tout le monde ne peut être installé directement.

Il faut avoir une méthode de tri et une organisation qui corresponde à cette méthode de tri pour pouvoir éventuellement diriger les patients les plus légers vers un circuit court, les patients plus complexes vers des unités de médecine de traumatologie, éventuellement via un passage en salle d'attente. Enfin pour les patients plus lourds doivent être reconnus par l'IOA et pris en charge immédiatement soit par l'infirmière soit le médecin.

Pour réaliser ce travail, il s'appuie sur des échelles de tri validées, à l'instar de la grille CCMU décrite précédemment, permettant d'évaluer la gravité clinique, une autre grille appelée FRENCH, réalisée par l'IOA permet quant à elle d'évaluer l'urgence et la priorité des soins.(Annexe I) En fonction de la gravité de l'état de santé du patient, ce dernier pourra patienter ou non avant de voir un médecin urgentiste. Dans les cas les moins graves, le patient pourra même être réorienté vers une autre structure de soins.

Actuellement la grille FRENCH est utilisée au Centre Hospitalier d'Avignon de Roubaix et l'île de la Réunion depuis 2019, suivant les recommandations SFMU en 2018. (18)

La réorientation d'un patient depuis les urgences existe dans le Code de la Santé Publique depuis 2006. Toutefois, avec la hausse du nombre de passages aux urgences et dans le contexte d'une démographie contrainte, elle se développe pour désengorger les urgences. (4)

En ce sens, Il existe depuis Juillet 2024, un protocole de réorientation national, permettant à l'IOA et au Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) de réorienter les patients ne nécessitant pas une prise en soin en structure d'urgence.(4)

Tout patient ne relevant pas de la médecine d'urgence pourra être réorienté, après une évaluation précise du MAO ou l'IAO, uniquement sous protocole médical de service validé dans le dernier cas.(4)

La réorientation vise avant tout, à placer le patient dans la bonne filière de soins et à recentrer les urgences sur leur cœur de métier.—Si le besoin relève d'un examen médical alors la sollicitation du médecin traitant est prioritaire. En l'absence de possibilité d'accueil, le patient est réorienté vers un cabinet de médecine générale ou une structure de soins non programmés. Pour aider à la prise de décision, une approche tel qu'un algorithme décisionnel est proposé. (Annexe II)

Les critères nationaux empêchant la réorientation d'un patient dans une perspective de qualité et de sécurité des soins incluent des éléments cliniques et contextuels tels qu'une bradycardie ou tachycardie, une pression artérielle basse ou élevée, une désaturation en oxygène, une altération de l'état de conscience, etc. Les critères médico-sociaux empêchant la réorientation sont notamment la présence d'un courrier d'adressage, la présence d'antécédents de maladies chroniques sévères, des problèmes de santé mentale aigu. De plus, le refus du patient d'être réorienté, sa difficulté de compréhension, ainsi que l'impossibilité pour le patient ou sa famille d'accéder à une alternative sanitaire sont aussi des facteurs à prendre en compte.

Pour sécuriser la réorientation du patient, une convention ville-hôpital doit encadrer la pratique de la réorientation, afin de définir les missions de chacun des professionnels, les modalités de la mise en œuvre et l'évaluation. Les motifs de recours et les modalités de prise en soin doivent être définis.

Chaque SU doit disposer d'un protocole de réorientation validé par l'Établissement à l'usage des professionnels de santé assurant les fonctions IOA/MAO.

Le protocole de réorientation introduit depuis cet été, représente une démarche prometteuse pour améliorer l'efficacité des services d'urgence en France. Son succès dépendra de sa mise en œuvre pratique, de la formation adéquate du personnel concerné et de la sensibilisation du personnel concerné et de la sensibilisation des patients, aux nouvelles modalités de prise en soin.

1.3.4 Expérimentation Nationale : Forfait Réorientation des Urgences

Faisant suite au rapport VÉRAN, un « forfait de réorientation » des patients est expérimenté (2021-2023) sur le plan national pour inciter les structures des urgences à rediriger vers un médecin libéral ou un spécialiste, un patient dont l'état de santé est jugé non urgent. Tout patient se présentant aux urgences pour lequel un médecin de ville peut aussi bien garantir un soin est alors réorienté.



Cette expérimentation a pour but de tester de nouvelles approches en améliorant le parcours du patient, l'efficacité du système de santé et l'accès aux soins.

Pour y parvenir, les professionnels de santé libéraux et hospitaliers doivent travailler ensemble, afin de garantir au patient un rendez-vous non programmé dans un délai « compatible avec son état de santé ».

30 établissements ont été sélectionnés et ont mis en place le forfait de réorientation. Celui-ci d'un montant de 60^E qui se substitue à tous les autres éléments de rémunération, peut être reversé en partie aux médecins libéraux partenaires.

La décision de réorientation est prise par un médecin sénior, et se traduit par un rendez-vous sous la forme d'un bulletin de réorientation. Les patients sont informés de l'étude et peuvent refuser la réorientation. Des affiches explicatives sont mises à disposition dans les salles d'attente des SAU expérimentateurs. (Figure 8)

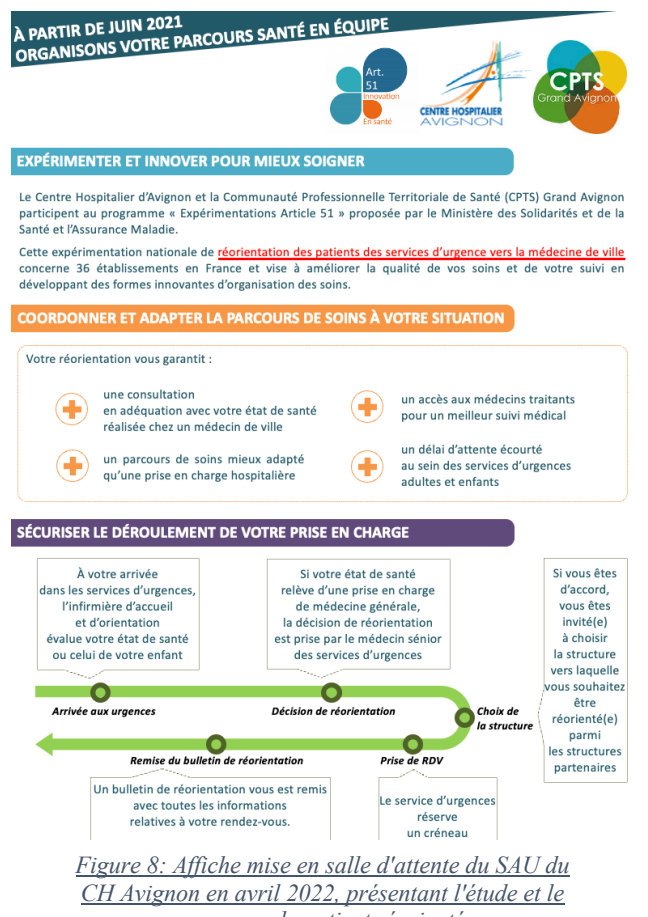


Figure 8: Affiche mise en salle d'attente du SAU du CH Avignon en avril 2022, présentant l'étude et le parcours du patient réorienté

Ainsi, l'objectif principal de cette étude nationale était tout d'abord d'orienter 5 à 10 % des passages aux urgences sans hospitalisation vers des consultations de ville, tels que des praticiens libéraux, des Maisons de Santé Pluriprofessionnels (MSP) ou des maisons médicales de garde.

La collecte et l'analyse des données a pu se faire grâce à l'outil ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation).

Le logiciel Logibec quant à lui a été utilisé pour assurer le suivi du parcours, la gestion de la réorientation ainsi que la prise de rendez-vous. En effet le patient réorienté, sortait des urgences avec un bulletin de réorientation.

En pratique l'IOA déclenchait automatiquement à l'arrivée du patient un questionnaire de réorientation, pour les patients de recours gravité 4 et 5.

Le professionnel évaluait tout d'abord les critères d'éligibilité comme l'âge, et critères de gravité. Ensuite, le questionnaire comportait 10 questions et répondre « oui » à une des questions mettait fin au questionnaire et récuse le patient à la réorientation :

Q1 : Réquisition judiciaire (ou suspicions de sévices orientant vers) ?

Q2 : Patient adressé par son médecin ?

Q3 : Absence de couverture sociale ?

Q4 : Enfant <18ans porteur d'une maladie chronique et consultation en lien avec pathologie ?

Q5 : Refus par le patient de la réorientation ?

Q6 : Problème d'hébergement ?

Q7 : Difficultés de compréhension ?

Q8 : Patient altéré ou en perte d'autonomie ?

Q9 : Comorbidités importantes ou handicap ?

Q10 : Patients présentant des troubles psychiatriques connus ou suspectés. ?

Ainsi, si l'algorithme permettait l'orientation du patient, vers une structure de ville cela générer un bulletin en PDF et impression à l'IOA contenant les informations qu'elle/qu'il remettait au patient après signature obligatoire du médecin. (Figure 9)

Cette expérimentation d'une durée de 2 ans est arrivé à son terme. (2021-2023), porté par la DGOS, et fixé par l'arrêté du 23 février 2021. Un rapport final réalisé par le Cabinet Ernst & Young a dressé le tableau complet de cette expérimentation.

Les résultats ont montré que l'expérimentation a contribué au désengorgement des services d'urgences et a permis une orientation plus adaptée des patients. Parmi les 36 centres hospitaliers expérimentateurs , le Centre Hospitalier d'Avignon (CHA) et Centre Hospitalier

Figure 9: Exemple de bulletin de réorientation donné à un patient réorienté à la sortie des Urgences: Exemple au CH d'Avignon

BULLETIN DE RÉORIENTATION

HOPITAL HENRI DUFFAUT

PATIENT

Nom usuel : [masqué]
Nom Naissance : [masqué]
Prénom : [masqué]
Date de naissance : [masqué]
N° de Sécurité Sociale : [masqué]
Patient payant : [masqué]

MOTIF DE RECOURS

RS0.9 : Hyperthermie / Fièvre - Temp= 39°C - 40,5°C

CONSTANTES

Fréquence cardiaque : Le 07/06/2022 à 16:07 : 111 bpm
Pression artérielle systolique/diastolique : Le 07/06/2022 à 16:07 : 134 / 87 mmHg
Saturation artérielle en oxygène : Le 07/06/2022 à 16:07 : 99% / Umm
Température : Le 07/06/2022 à 16:07 : 39,5 °C
Echelle visu, analogique (douleur) : Le 07/06/2022 à 16:07 : courbatures

RÉORIENTATION

Après avis du médecin régulateur des urgences, il apparaît que votre prise en charge relève d'une consultation de médecine générale.
Un partenariat a été engagé avec des médecins libéraux pour assurer rapidement votre prise en charge.

Cette consultation s'intègre dans le parcours de soins coordonné et ne donnera pas lieu à la majoration tarifaire en cas de consultation en dehors de son médecin traitant (1).

Vous êtes attendu en consultation de réorientation par : [masqué]
Le : 07/06/2022 à 16:08

Le patient a accepté la réorientation proposée.
Signature du médecin régulateur

Cette réorientation s'inscrit dans le cadre d'une expérimentation nationale à laquelle les urgences du centre hospitalier d'Avignon et la CPFS du Grand Avignon participent, sous l'égide du ministère de la santé. Cette expérimentation a pour objectif de favoriser une prise en charge adaptée et accélérée pour les patients se présentant spontanément aux urgences et pouvant relever de la médecine générale. Une collaboration avec des médecins en ville permet de vous garantir un parcours sécurisé.

Ouest de la Réunion (CHOR) se distinguent avec un taux de réorientation supérieur à 11% atteignant largement l'objectif principal de l'étude. Le Centre Hospitalier de Roubaix (CHR) de son côté présente un taux de réorientation de 2.8% pour des patients dont les passages ne sont pas suivis d'une hospitalisation.

Figure 10: Taux de réorientation pour les patients dont le passage en SU n'est pas suivi d'une hospitalisation

SU Raison sociale	Nombre RU1 Année 2022	Nombre de passages au service des urgences Année 2021	Taux de réorientation pour les patients dont le passage dans le SU n'est pas suivi d'une hospitalisation
Centre Hospitalier Ouest Réunion	6299	48015	13,1%
Centre Hospitalier d'Avignon	11702	103426	11,3%
Centre Hospitalier de St Brieuc	5400	71055	7,6%
Centre Hospitalier de Perpignan	5978	79207	7,5%
Centre Hospitalier du Roanne	2193	43204	5,1%
APHP - Jean Verdier à Bondy	2511	59671	4,2%
Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes	4886	158434	3,1%
Centre hospitalier de Roubaix	1964	69883	2,8%
Centre Hospitalier de Béziers	1559	63985	2,4%
APHP Robert Debré à Paris	1923	80404	2,4%
Centre Hospitalier d'Angoulême	1037	55964	1,9%
Centre Hospitalier Général de Bastia	385	30144	1,3%
Centre Hospitalier Universitaire de Rennes	1388	116613	1,2%
Centre hospitalier de Cherbourg	582	53043	1,1%
Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille de Quimper	350	61249	0,6%
Centre Hospitalier Cannes	257	48959	0,5%
Hôpital Nord Franche-Comté à Belfort	406	98279	0,4%
Centre Hospitalier Universitaire de Nancy	253	81589	0,3%
Centre Hospitalier Universitaire de Dijon	103	66062	0,2%
Centre Hospitalier Universitaire Toulouse	130	171030	0,1%
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest	52	89352	0,1%
Centre Hospitalier de Sambre Avesnois-Maubeuge à Maubeuge	5	45963	0,0%
Centre Hospitalier Universitaire de Haguenau	1	45221	0,0%
Centre Hospitalier d'Avranches Granville	0	39302	0,0%
Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer	0	56418	0,0%
Centre Hospitalier de Carcassonne	0	35217	0,0%
Centre Hospitalier de Mayotte	0	46622	0,0%
Centre Hospitalier de Pau	0	64259	0,0%
Centre Hospitalier de Versailles au Chesnay	0	83145	0,0%
Centre Hospitalier Départemental de Vendée à la Roche-sur-Yon	0	59136	0,0%
Centre Hospitalier du Mans	0	88695	0,0%
Centre Hospitalier Jura Sud site de Lons le Saunier	0	39925	0,0%
Centre Hospitalier Universitaire de Guadeloupe	0	58046	0,0%
Centre Hospitalier Universitaire Nîmes	0	107730	0,0%
Hôpital Bégin	0	24199	0,0%
Hôpital Foch à Suresnes	0	37822	0,0%

L'objectif secondaire de l'étude était d'améliorer la prise en soin du patient, en offrant une consultation programmée adaptée à leur état de santé tout en optimisant les ressources hospitalières. En d'autres termes, vérifier que la mise en place du forfait n'a pas d'incidence sur l'état de santé du patient.

Cependant l'absence d'accord de la CNIL lors des premiers travaux de l'évaluation a constitué un frein à l'analyse de l'expérience du patient réorienté. Il a en effet été impossible pour les évaluateurs d'analyser l'avis des patients réorientés via une enquête en ligne et de prévoir un temps d'échange avec eux dans le cadre des visites.

Justification de l'étude

Compte tenu des limites observées et citées ci-dessus dans l'étude expérimentale menée par la DREES, notamment en ce qui concerne l'analyse de l'expérience-patient réorienté, il serait pertinent et innovant de la compléter en recueillant le vécu des patients.

Pour ce faire, je propose tout d'abord de mener une enquête quantitative multicentrique préliminaire auprès des patients réorientés à partir de ces 3 centres hospitaliers expérimentateurs (CH d'Avignon, CH Ouest Réunion et CH Roubaix), afin de recueillir leur retour d'expérience face à la réorientation à J0 au moment de la réorientation à partir d'un questionnaire validé E-satis puis à J7 à travers d'entretiens semi-directifs de ces mêmes patients ayant accepté de participer à cette étude.

En effet, selon une étude de cohorte publiée par la *Swiss Medical Weekly* (SMW) le 20 décembre 2024, s'intéressant à la sécurisation du protocole de réorientation. Celle-ci a permis d'évaluer la sécurité de la mise en place d'un protocole de réorientation en examinant le taux de retour imprévu dans tout établissement de santé. Parmi les 688 patients redirigés, 90% ont suivi la recommandation de consulter dans les 24h, 10% n'ont pas suivi la recommandation. Parmi ceux-ci, 45% ont consulté de manière inattendue au cours de la semaine suivante. Enfin le taux de retour inattendu dans un établissement de santé était de 16% (à contrario de 4% dans les 2jours). (19)

Le retour inattendu, considéré comme un indicateur de qualité de soins prodigués et au regard de ces résultats, cela justifie la pertinence d'évaluer l'expérience-patient à J0 mais également à J7 dans l'étude afin de connaître les points de rupture et facteurs de réussite du parcours-patient réorienté.

De surcroît, il existe actuellement peu d'études scientifiques permettant d'évaluer le retour d'expérience des professionnels de santé sur ce sujet, ce qui en fait un domaine de recherche novateur.

Ainsi je propose donc concomitamment de mener une étude qualitative prospective multicentrique, en recueillant le retour d'expérience de ces professionnels au travers d'entretiens semi-directifs.

Ces entretiens ont pour objectif principal d'évaluer le retour d'expériences de ces professionnels sur la réorientation mais également de comparer et comprendre les écarts de taux de réorientation recensés dans l'expérimentation entre le Centre Hospitalier d'Avignon, le Centre Hospitalier Ouest de la Réunion et le Centre Hospitalier de Roubaix.

Ce travail s'inscrit dans une démarche exploratoire, sans hypothèse préalablement définie, afin de laisser émerger les éléments pertinents du terrain à travers l'analyse croisée des points de vue des patients et des professionnels.

Il s'agit ici d'explorer un champ qui n'a pas ou était peu exploré.

2 Matériel et méthode

2.1 Type d'étude

Étude mixte prospective multicentrique et exploratoire :

Le vécu des patients réorientés au moment de la réorientation (J0) a été fait au travers d'une enquête quantitative préliminaire.

Le retour d'expérience à J7 du patient réorienté a été mené à partir d'une étude prospective qualitative et multicentrique au travers d'entretiens semi-directifs.

L'avis des médecins urgentistes et infirmiers d'orientation et d'accueil sur la réorientation, a été mené au travers d'une étude prospective qualitative et multicentrique utilisant des entretiens semi-directifs-

2.2 Populations étudiées

L'étude préliminaire a été menée chez des patients majeurs ayant accepté d'être suivis dans le cadre de cette étude et réorientés à partir des SU du Centre Hospitalier d'Avignon, de Roubaix et du Centre Hospitalier Ouest de la Réunion à J0.

La recherche de l'impact de la réorientation, sur le parcours du patient à J7 a été menée chez les patients bénévoles ayant répondu eu préalable au questionnaire aux urgences.

L'étude du retour d'expériences a été menée chez des professionnels de santé ayant accepté d'être suivis dans le cadre de cette étude.

2.3 Critère d'exclusion de l'étude

Les patients ayant refusé de participer à l'étude, ou n'ayant pas été réorienté vers une autre structure de soins.

Les patients ayant été exclus du protocole de réorientation.

Les patients mineurs, sous curatelle ou tutelle.

Les professionnels de santé n'exerçant pas en structure d'urgences ou ne participant pas au protocole de réorientation.

Les professionnels de santé n'ayant pas participé à l'expérimentation FRU.

2.4 Objectifs de l'étude

2.4.1 Objectif Principal

L'**objectif principal** était de recueillir l'expérience des patients réorientés au sein des urgences adultes des 3 sites : Centre hospitalier de Roubaix, le Centre Hospitalier Ouest de la Réunion et enfin le Centre Hospitalier d'Avignon.

Le **critère de Jugement principal** était de mesurer la satisfaction du patient réorienté à partir d'un questionnaire de satisfaction standardisé E-Satis.

2.4.2 Objectifs secondaires

Les **objectifs secondaires** étaient :

D'évaluer le retour d'expérience du patient-réorienté à J7, et connaître les points de ruptures et de réussite du parcours.

D'évaluer le contexte de la réorientation des patients aux Urgences du Centre hospitalier de Roubaix, d'Avignon et du Centre hospitalier Ouest de la Réunion à partir du retour d'expérience des professionnels de santé ayant participé au dispositif.

Les **critères de jugement secondaires** étaient :

L'analyse des retours d'expérience de patients réorientés à J7, recueillis à partir d'entretiens semi-directifs menés à l'aide d'un guide d'entretien préétabli.

L'analyse des perceptions des professionnels de santé des 3 centres hospitaliers interrogés, se sont fait à partir d'entretiens semi-directifs, réalisés selon le même protocole.

2.5 Recueil de données

2.5.1 Recueil de données de l'objectif principal

Le recueil de données de l'objectif principal a été réalisé auprès de patients réorientés du SU du Centre Hospitalier de Roubaix, d'Avignon et du Centre Hospitalier Ouest de la Réunion, par un questionnaire de satisfaction validé E-satis.

E-Satis est le dispositif national français déployé par l'HAS mesurant la satisfaction et de l'expérience des patients.

Ce questionnaire comporte une quarantaine de questions. Ainsi j'ai centralisé les questions sur 3 variables : Accueil, communication et organisation de la sortie.

Le questionnaire comporte 11 questions, créé via le support Lime Survey, validé par la Direction du Numérique et les questions validées par le Délégué à la Protection des données (DPO) de la faculté de Lille (Annexe IV).

Ce questionnaire a été diffusé par les cadres de Santé des différents centres hospitaliers. L'accès au questionnaire était sous la forme d'un QR code, affiché en salle d'attente des Urgences cités ci-dessus, mais également en maison médicale de garde afférente et enfin les CPTS pour accroître la visibilité. (Annexe III)

L'accès au QR code était accessible et affiché pendant 2 mois du 15 février 2025 au 15 Avril 2025. Chaque question avait plusieurs possibilités de réponses, et d'y associer un commentaire s'ils le souhaitaient.

2.5.2 Recueil de données des objectifs secondaires

Pour le retour des expériences à J7, le questionnaire proposait la possibilité aux volontaires de laisser leurs coordonnées à la fin. Cette possibilité était précisée dans la lettre d'information (Annexe VI).

Les patients intéressés, pouvaient ainsi être recontactés pour évaluer leur vécu à distance.

Pour le retour d'expérience des professionnels, les données ont été recueillies par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs, en respectant les temps de pause, les rires ou autres émotions.

Un guide d'entretien (Annexe VI) a été préalablement rédigé pour permettre à l'investigateur de garder une ligne conductrice identique avec une certaine flexibilité dans les idées et thèmes non prévus initialement et qui pouvaient être abordés par les médecins urgentistes interrogés.

Au niveau du recrutement, ont été sollicités via les réseaux professionnels, les Chefs de service, cadres de Santé et les services de recherche de l'établissement. L'autorisation des Directeurs d'établissements a été recueillie au préalable.

Les entretiens ont duré entre 30 et 45 minutes, en visioconférence. L'ensemble des urgentistes et infirmiers d'accueil ayant participé à l'étude ont été sélectionnés au même nombre pour chaque Centre Hospitalier, afin d'éviter tout biais de sélection. Tous les entretiens ont été enregistrés par dictaphone avec une autorisation préalable des participants. Une retranscription fidèle des enregistrements a été rédigée sur Word. Le matériel audio est stocké uniquement dans l'enregistreur, qui reste en possession du chercheur. Une fois les entretiens retranscrits, anonymisés et stockés dans un ordinateur sécurisé, les enregistrements audios sont immédiatement détruits.

Cette méthode permet d'assurer la confidentialité des informations recueillies lors des entretiens. L'enregistrement vocal sert uniquement à faciliter la transcription, sans que les données soient conservées ou partagées avec des tiers.

L'ensemble des verbatims a été réuni dans un document commun, disponible à partir d'un QR code. (Annexe VII)

Pour cet objectif, la méthode de la suffisance des données a été utilisée. Celle-ci correspond au moment où tout nouvel entretien, n'apporte plus d'informations supplémentaires. Ici, la suffisance des données a été atteinte après 12 entretiens.

L'ensemble des professionnels ayant participé à cette étude ont été sélectionnés en fonction de leurs disponibilités. Des contraintes environnementales sont apparues avec les professionnels du Centre Hospitalier de la Réunion. En effet l'étude a coïncidé avec le passage de l'ouragan Garance, qui a fortement perturbé l'activité des urgences de l'île ainsi que l'épidémie Chikungunya.

2.6 Analyse de données

Pour l'objectif principal, les données ont été retranscrites sous forme d'histogramme pour permettre l'analyse statistique.

Pour l'objectif secondaire, l'analyse des données adopte une approche thématique, qui est basée sur l'exploration des données et des expériences pratiques des personnes interviewées. Les entretiens ont été analysés selon une approche de triangulation. Cette méthodologie comprenait une relecture des entretiens par deux de mes collègues infirmiers afin d'obtenir des perspectives variées. Les entretiens ont été retranscrits de manière anonyme dans un document Google Doc partagé via un Google Drive uniquement accessible aux 3 personnes en charge de la triangulation.

2.7 Qualité de l'étude

La méthodologie respecte les critères de scientificité de la grille *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)* (Annexe VIII)

2.8 Aspects éthiques et réglementaires

Conformément à la loi Jardé, cette étude qualitative avec un recueil d'informations sur les patients et professionnels de santé n'a pas nécessité un accord de comité éthique.

Les données recueillies n'ont pas nécessité de déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)

Toutefois, une demande au Délégué de Protection des données (DPO) à l'Université de Lille a été réalisée pour appuyer la nécessité de ces autorisations. (Annexe V)

3 Résultats et Analyse

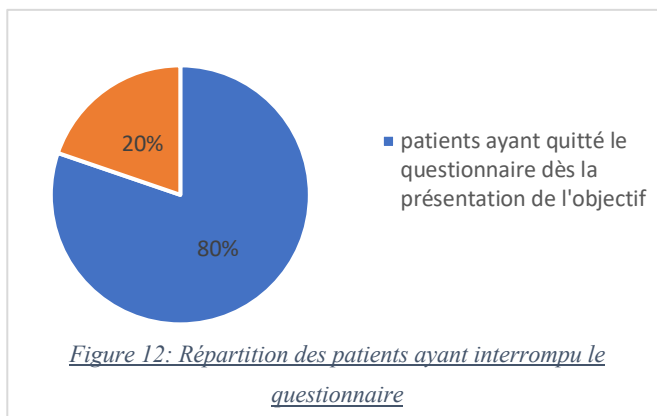
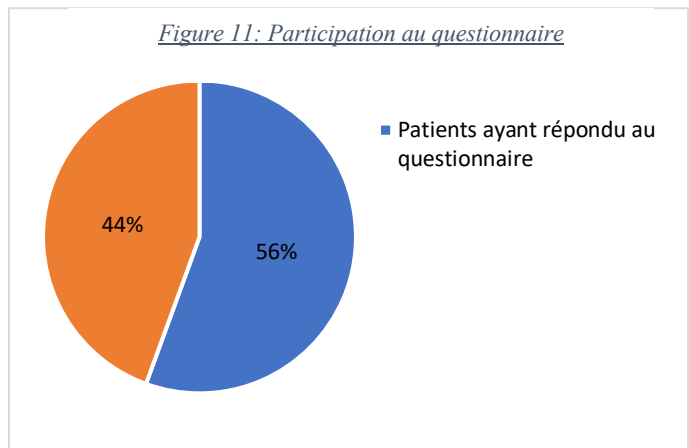
3.1 Résultats des données quantitatives sur le retour d'expérience des patients réorientés

3.1.1 Nombre de participants ayant répondu au questionnaire de satisfaction

Le nombre de patients ayant répondu au questionnaire, a été extrait à partir du logiciel Lime Survey.

36 patients, ont flashé le QR code accédant au questionnaire, parmi eux, 20 ont répondu intégralement.(Figure 11).

Ainsi on dénombre 56% de taux de participation.



44% des patients n'ayant pas répondu intégralement au questionnaire (figure 12) :

- 80% l'ont quitté dès la présentation de l'objectif de l'étude.
- 20% l'ont quitté dès la première question de l'étude.

Pour l'objectif principal, le questionnaire destiné aux patients faisait émerger 8 variables :

3.1.2 L'accueil aux urgences

Sur 33 répondants sur la satisfaction de l'accueil (Figure 13) :

- 13 personnes n'ont pas complété les réponses soit 40%.
- 12 personnes, soit 36% des participants ont jugé l'accueil aux urgences mauvais ou faible.

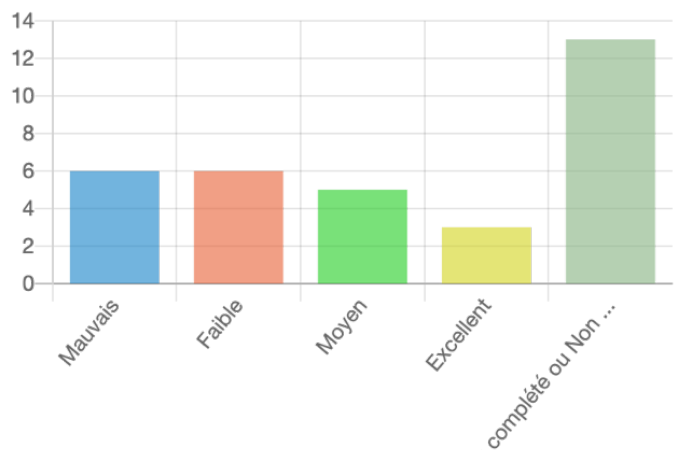


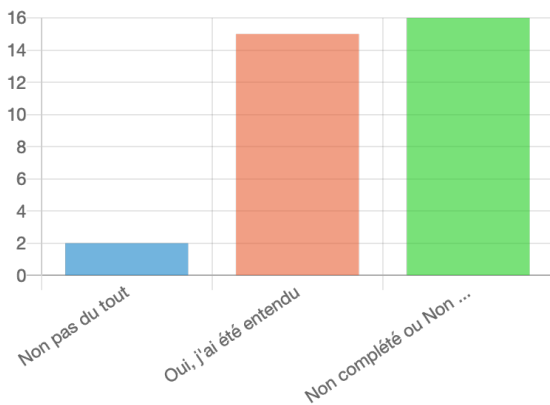
Figure 13: Source Lime Survey: Satisfaction des patients de l'accueil des SAU

- 5 personnes soit 15% jugent l'accueil moyen.
- 3 personnes soit 9% estiment l'accueil des services d'urgences excellente.

Les commentaires laissés en fin de questions, ont permis de faire émerger certaines problématiques, comme «les soignants sont excédés de recevoir des patients mal orientés », ou encore « ils sont débordés.»

3.1.3 Communication, clarté des informations

Figure 14: Ressenti des patients sur l'écoute des professionnels



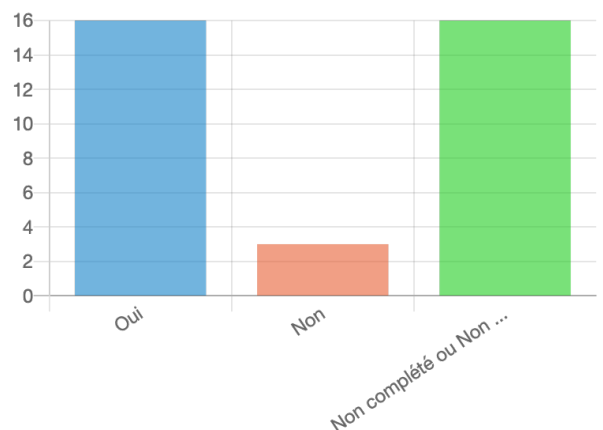
- Sur 33 répondants sur **l'écoute des professionnels** (Figure 14) :

- 16 participants n'ont pas répondu à la question soit 48,5%.

- 15 participants jugent avoir été entendu par les professionnels soit 45,5%.

- 2 participants jugent ne pas avoir été entendu soit 6% .

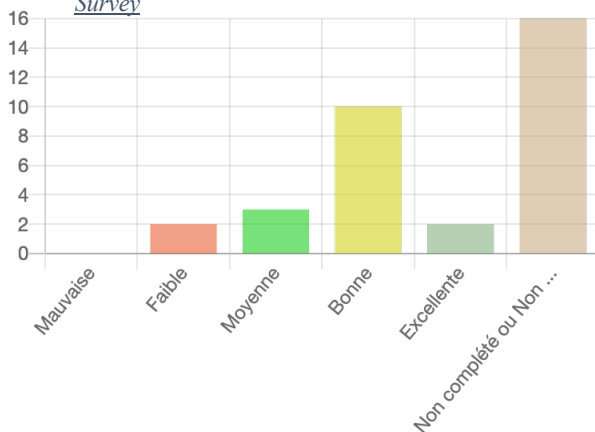
Figure 15: Ressenti des patients sur le temps d'écoute des soignants pour répondre aux questions



Sur 35 répondants sur le Ressenti patients (figure15):

- 16 participants n'ont pas complété soit 45%.
- 16 participants estiment que les professionnels ont répondu à leurs questions soit 45%.
- 3 participants soit 10% jugent ne pas avoir été écouté.

Figure 16: Clarté des informations reçues, Source: Lime Survey



- Sur 33 répondants sur la clarté des informations reçues (Figure 16) :

- 16 participants n'ont pas répondu à la question soit 48%.

- 12 participants estiment avoir eu des réponses claires de façon excellente ou bonnes soit 36%.

- 3 participants considèrent la clarté des informations moyenne soit, 10%.

- 2 participants estiment faible, la clarté des informations soit 6%.

Les commentaires des participants ont souligné la bienveillance de l'équipe soignante : 3 patients ont commenté : « équipe bienveillante ».

3 patients ont estimé que les informations étaient claires et adaptées : « informations claires adaptées », « informations adaptées, l'infirmière a bien sur reformulé le dialecte médical » « je suis content j'ai été entendu. »

2 patients regrettent toutefois un manque d'informations en amont, notamment sur l'attente prolongée « dommage qu'on n'a pas eu d'informations, avant, ça nous aurait évité d'attendre 5h », « le temps d'attente est beaucoup trop long, nous avons aucunes informations. »

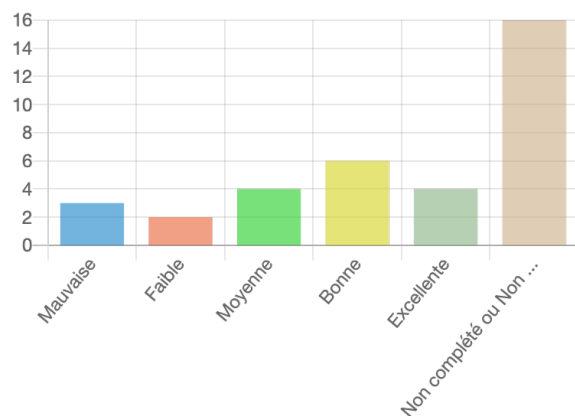
Un besoin d'un support écrit post réorientation pour les informations données a été exprimé par 2 patients : « un écrit m'aurait rassuré », « dommage, je n'ai eu que des informations orales, en sortant j'avais oublié. »

3.1.4 Information sur la sortie

Sur 35 répondants sur l'organisation de la sortie (Figure 17) :

- 16 participants n'ont pas complété soit 46%.
- 10 participants ont trouvé excellente ou bonne la façon dont la sortie a été organisée soit 28,5%.
- 4 participants jugent l'organisation moyenne soit 11,5%.
- 5 participants estiment l'organisation faible ou mauvaise soit 14%.

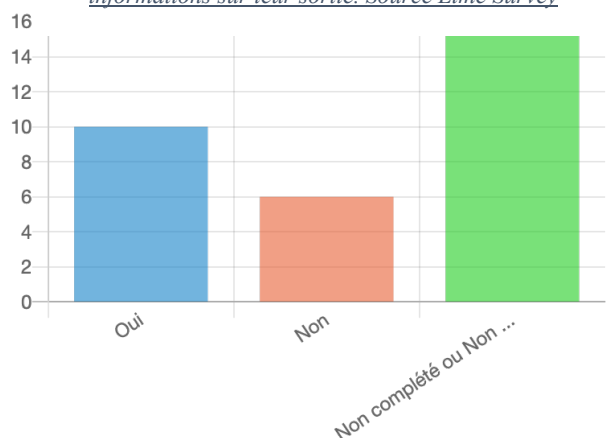
Figure 17: Ressenti des patients sur la façon dont la sortie a été organisée. Source Lime Survey



Sur 32 répondants sur les informations reçues (Figure 18) :

- 16 patients n'ont pas complété soit 50%.
- 10 participants estiment qu'ils ont eu des informations sur leur suivi soit 30%.
- 6 participants n'estiment pas avoir eu les informations soit 20%.

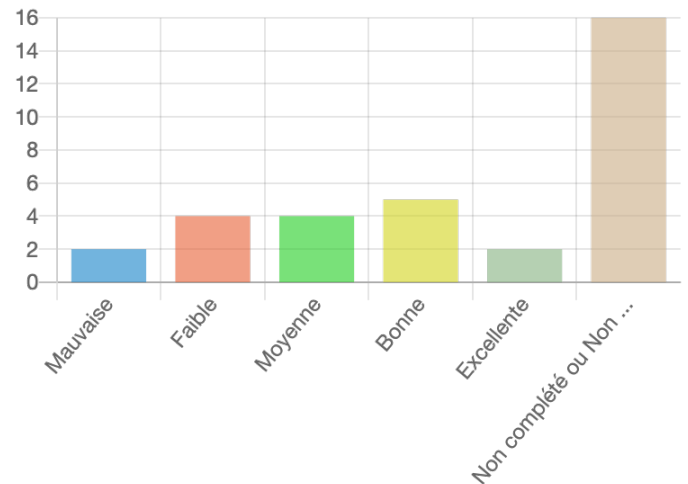
Figure 18: Répartition des patients ayant reçu des informations sur leur sortie. Source Lime Survey



Sur 33 répondants sur le **ressenti des informations reçues** (Figure 19) :

- 16 participants n'ont pas répondu soit 48,5%.
- 7 participants ont trouvé que les informations transmises étaient excellentes ou bonnes soit 21,5%.
- 4 participants ont trouvé que les informations transmises étaient moyennes soit 12%.
- 6 participants ont trouvé que les informations transmises étaient faibles soit 18%.

Figure 19: Ressenti des patients sur les informations reçues sur le suivi après la sortie. Source Lime Survey



Au niveau des commentaires laissés par les participants, 1 participant a répondu « je suis content, j'ai eu un suivi, j'ai eu mes rendez-vous par sms ».

Aussi, une autre personne « je suis content, j'ai été informé et on m'a commandé un taxi ».

Cependant 3 personnes soulignent le manque d'informations : « une sortie trop rapide, pas d'explications données ».

Au niveau du suivi de sortie, 2 personnes mentionnent « on n'a aucune information, pas de conduite à tenir écrite », « le personnel est débordé pour expliquer ».

- Proposition de suivi a J7 par entretien semi-directif :

Dans le cadre de l'étude, nous avons proposé de suivre les patients à J7, en proposant un entretien semi-directif afin de comprendre les leviers et difficulté du parcours patient :

Sur 35 répondants, sur la **proposition de suivi a J7** (Figure 20) :

- 16 personnes n'ont pas répondu soit 48%.
- 18 personnes ont refusé soit 51%.
- 1 personne a accepté mais n'a pas laissé ses coordonnées.

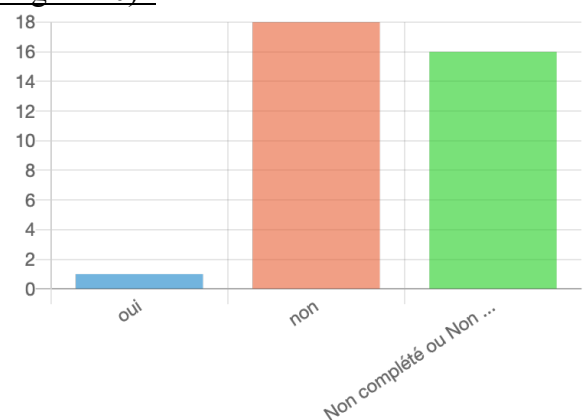


Figure 20: Proposition d'entretien semi-directif a J7. Source Lime Survey

3.1.5 Appréciation globale de la réorientation

Sur 33 répondants sur **l'appréciation globale** (Figure 21) :

- 5 personnes n'ont pas apprécié l'expérience de la réorientation soit 15%.
- 2 personnes estiment l'expérience moyenne soit 6%.
- 10 personnes estiment l'expérience de la réorientation bonne ou excellente soit 30%.
- 16 personnes n'ont pas répondu soit 49%.

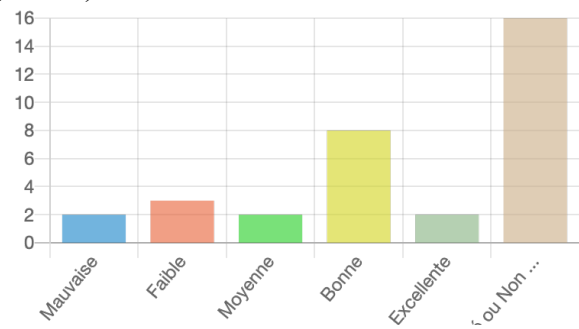


Figure 21: Appréciation globale de la réorientation.
Source Lime Survey

Au niveau des commentaires laissés, 5 personnes ont commenté « Bonne prise en charge ! » « j'ai bien été orienté, malheureusement les explications avant mon attente semblent importantes »

8 personnes soulignent le manque d'effectifs « sous effectifs, ils sont débordés et fatigués »

3.2 Analyse croisée des retours patients et point de vue des professionnels

3.2.1 Limites de l'étude quantitative : Faible participation des patients réorientés

Les données montrent un faible taux de participation (20 questionnaires sur les 3 sites), mettant en évidence la limite majeure de l'étude. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène. Tout d'abord le contexte de l'urgence, ou le patient se présente dans un état de stress, d'anxiété, de douleur, ce qui peut réduire sa disponibilité mentale à répondre à un questionnaire, même court.

Ensuite, le moment où le questionnaire est proposé n'est pas forcément adapté. En effet un patient se présentant aux urgences, est finalement redirigé vers une autre structure, peut refuser de répondre au questionnaire. En général, le patient veut quitter rapidement les lieux.

La clarté ou la longueur perçue du questionnaire peut être également un frein. Le questionnaire E-satis, même réduit, présente 11 questions, cela peut freiner l'engagement ainsi que la formulation de l'objectif perçue peut être trop longue ou complexe.

Enfin le manque de communication, par l'investigateur absent, peut provoquer une incompréhension de l'intérêt de la participation du patient, même s'il est expliqué que leur avis peut améliorer la qualité des soins.

Ainsi cette limite méthodologique justifie d'agrandir l'échantillonnage et de proposer aux professionnels de santé, de participer également à l'étude. Leurs retours d'expérience,

notamment sur la réorientation, l'organisation de celle-ci, comprendre les freins et les leviers, seraient indispensables pour croiser les points de vue et coconstruire des pistes d'améliorations réalistes.

Nous proposons ainsi d'analyser de croiser les résultats du questionnaire destiné aux patients avec les entretiens menés avec les professionnels.

3.2.2 Population de l'étude qualitative

12 professionnels de santé, médecins urgentistes et infirmiers d'accueil des urgences ont été inclus dans cette étude. 9 hommes et 3 femmes exerçant aux Urgences depuis au moins + de 5ans, et ayant participé à l'expérimentation FRU.

Tableau 1: Échantillonnage de l'étude

Sexe	Age	Poste	Expérience aux Urgences	Établissement	Filière de réorientation actuelle
H	38ans	Médecin	15ans	A	Oui
H	55ans	Médecin	28 ans	A	Oui
H	32ans	Infirmier	7ans	B	Oui
H	36ans	Infirmier	13ans	B	Oui
H	27ans	Infirmier	6ans	A	Oui
H	36ans	Médecin	8ans	C	Oui
F	37ans	Infirmière	15ans	A	Oui
F	48ans	Médecin	20ans	B	Oui
H	42ans	Infirmier	20ans	C	Oui
H	41ans	Infirmier	15ans	C	Oui
H	53ans	Médecin, Chef de service	25ans	B	Oui
F	39ans	Infirmière	17ans	C	Oui

3.2.4 Analyse thématique

Pour répondre à l'objectif principal ainsi qu'à l'objectif secondaire de l'étude, les résultats issus des questionnaires et entretiens ont été organisés selon une analyse thématique. Cette démarche a permis de grouper les données en grands thèmes, facilitant ainsi l'identification des points de convergence et de divergence entre les perceptions des patients et celles des professionnels.

Ainsi 8 thèmes principaux émergent de cette analyse croisée :

1. Organisation interne de la réorientation.
2. L'accueil : élément clé de la réorientation.
3. Écoute et communication, au cœur de la réussite de la réorientation.
4. Temps d'attente en salle d'attente des SAU.
5. Charge du travail trop conséquente selon les patients, absence de filières spécifiques pour les soignants.
6. L'implantation de l'IPA : Une solution discutée.
7. Organisation de la sortie : Bonne intention, mais besoin d'amélioration.
8. Coordination ville-hôpital : Communication à grande échelle.

1. Organisation en interne du dispositif d'orientation

➤ La présence du MAO, comme levier majeur

Communs aux 3 centres, des protocoles de réorientation sont définis avec des critères d'inclusion et d'exclusion précis. Les équipes disposent d'une trame commune pour décider si un patient est éligible à la réorientation. Ce modèle standardisé permet une prise de décision plus rapide et sécurisée.

S'ajoute à cela, un élément clé de réussite notamment à Avignon et l'île de la Réunion, **des médecins d'accueil et d'orientation (MAO) sont présents dès l'accueil pour fluidifier et sécuriser la réorientation**. En effet ils jouent un rôle décisif dans l'évaluation initiale du patient et permettent une décision médicale immédiate pour réorienter si besoin.

Cela sécurise la pratique et soulage les infirmiers qui peuvent hésiter seuls à engager une réorientation. : « le médecin au triage, c'est la clé, à Avignon, ça change tout, l'infirmier n'est pas seul face à la décision » (infirmier Avignon).

Bien qu'un protocole commun soit appliqué dans l'ensemble des hôpitaux, qui participent à la réorientation, l'organisation peut varier d'un centre hospitalier à un autre.

Ces différences se manifestent notamment dans les partenariats organisés en ville, dans le maillage territorial, et les ressources disponibles localement.

➤ Le maillage territorial comme nécessité

L'analyse des entretiens montre que l'efficacité de la réorientation repose en grande partie sur l'organisation interne des services d'urgences, et plus largement sur **le maillage territorial**.

Si les contraintes générales (sous-effectif, surcharge pression des flux) sont partagées par tous, certains territoires se distinguent par des structures plus avancées et efficaces, notamment à Avignon et à la Réunion, contrairement à Roubaix, encore en phase de déploiement: « sur Avignon, on en a au moins cinq structures dans un rayon de 10 km de l'hôpital, il y a la maison médicale à coté ouverte 7J/7. » (Médecin d'Avignon)

A Roubaix, le maillage territorial est encore en construction. Les liens avec les CPTS sont récents, les structures disponibles sont moins nombreuses. De plus, Roubaix doit faire face à une problématique majeure qu'est la situation socio- économique de la ville. Ce frein apparait clairement dans les témoignages des professionnels qui soulignent à plusieurs reprises les barrières sociales économiques et culturelles rencontrées au quotidien : « certains patients nous disent je ne peux pas être réorienté, je n'ai pas de mutuelle. » (Médecin Roubaix), « on travaille avec une population polypathologique et parfois peu alphabétisée, certains ne comprennent pas la logique de parcours de soins. » (Médecin Roubaix)

Face à ce défi, depuis peu l'hôpital de Roubaix, a conclu un partenariat avec le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) afin de pouvoir répondre aux besoins complexes de la population : « nous, on travaille beaucoup avec la DAC, pour les usagers fréquents des urgences, précaires, on essaie de les accompagner. » (Médecin Roubaix).

2. L'accueil, élément clef pour l'adhésion des patients

➤ Accueil jugé mauvais par les patients

36% des patients ont jugé l'accueil comme mauvais ou faible, ce qui constitue un signal d'alerte important. L'accueil est souvent le 1^{er} contact avec le service hospitalier, une mauvaise impression peut affecter l'ensemble de l'expérience de soin et nuire à l'adhésion initiale du patient dans son parcours.

Les commentaires des patients suggèrent une usure professionnelle chez les soignants qui peut altérer la qualité de l'accueil même de façon involontaire. Le manque de disponibilité ou la surcharge de travail pourraient être l'une des causes de ces résultats.

➤ Contraintes professionnelles de la réorientation

Du coté des professionnels interrogés, ils décrivent des **contraintes professionnelles liées à la réorientation** : En effet ils décrivent une forte pression à l'accueil. La réorientation bien que jugée nécessaire pour l'ensemble des professionnels interrogés, est vécue comme une tâche

lourde chronophage s'ajoutant à un sous-effectif déjà chronique. Comme l'évoque un infirmier interrogé: «je passe plus de temps à réorienter qu'à admettre un patient en box».

Le temps nécessaire pour réorienter un patient est jugé beaucoup plus long pour l'ensemble des professionnels interrogés.

La réorientation, bien que présente depuis plusieurs années dans certains centres hospitaliers n'est pas systématiquement encadrée. Les soignants expriment un besoin de formation dédiée, tant sur les aspects cliniques que médico-légaux.

La dimension de responsabilité et d'incertitude freine certaines décisions, notamment en nuits profondes :«J'ai toujours la crainte que le patient se dégrade après la réorientation, on y pense forcément » (Médecin).

3. Écoute et communication, au cœur de la réussite de la réorientation

➤ Patients sentis écouté

L'étude révèle, que les patients, pour la plupart **se sentent écoutés et bien informés oralement**. Cela témoigne d'une volonté de la part des soignants de remettre le patient dans le bon parcours. Ce point, représente un levier important en termes de relation patient-soignant, et qui permet d'assurer une expérience de réorientation bien perçue.

➤ Difficulté pour les soignants à faire accepter la réorientation

Plusieurs professionnels, quant à eux, décrivent la procédure de réorientation, comme une difficulté parfois à faire accepter aux patients. Ces derniers vivent cela comme un rejet ou désengagement de l'hôpital, surtout si la communication n'est pas adaptée.

L'adhésion du patient dépend surtout de la qualité de l'écoute, de la posture du soignant et la manière dont le message est formulé : « on a parfois des échecs de réorientation avec des IOA qui malheureusement n'ont pas forcément la sensibilité adaptée aux patients qui sont en face, avec une réorientation qui proposée de façon un peu brusque et finalement sans écoute, et c'est souvent celle-là qui foire en réalité » (Médecin).

Les professionnels insistent sur le rôle central de la **communication et la relation soignant-soigné** dans la réussite de la réorientation. Ils observent que lorsque le discours est clair, rassurant et bienveillant, les patients acceptent plus volontiers la réorientation, même dans un contexte initial de stress : « « la plupart du temps quand on explique aux gens ils l'entendent tout à fait. », (Médecin), « 80% de la réorientation, c'est de la communication. » (Infirmier), « on prend le temps d'expliquer, d'écouter, et de leur proposer une véritable réponse » (Médecin). Ces témoignages mettent en lumière l'importance de plusieurs concepts d'éducation thérapeutique comme l'écoute active, la reformulation, l'empathie. Elle souligne aussi que la dimension relationnelle est aussi décisive que la décision médicale en elle-même.

De plus, les professionnels évoquent également l'importance de la posture du soignant dans l'adhésion du patient à la réorientation. Ils montrent que l'identité professionnelle, ici le médecin influence la perception du message. Certains patients acceptent plus la réorientation quand elle émane du médecin. « on a parfois des échecs de réorientation par l'IOA, et l'infirmier nous dit que si nous avons réussi, à les réorienter, c'est parce qu'on est médecins. » (médecin).

➤ Manque de discours unifié

Cependant, les professionnels soulignent le manque de cohérence dans les discours détenus aux patients et le manque d'homogénéité: «c'est très professionnel-dépendant la réorientation, j'ai des collègues qui sont plus enclin à orienter, et d'autres non. » (Infirmier), « il y a autant de réponses que de médecins d'urgences, c'est compliqué de dessiner une règle qui sera la même pour tous.» (Médecin). Ainsi l'enjeu serait de mettre en place un protocole unique, standardisé et suffisamment fluide pour être appliqué de manière cohérente pour l'ensemble des professionnels, quel que soit leur profil.

➤ Culture de service et adhésion des professionnels

De plus, les professionnels relatent que la réussite de la réorientation ne repose pas uniquement sur des protocoles ou des moyens humains, elle dépend également de **la culture de service et de l'adhésion des professionnels à la réorientation.**

En effet à Avignon, il y a une culture historique de la réorientation. Avant que l'expérimentation se met en place, le service des urgences d'Avignon, réorientait déjà : « A Avignon, on réoriente très activement, historiquement on le faisait, on est très pro-actifs la dedans ! » (Médecin).

Dans ces services, où la réorientation est bien intégrée, les équipes s'approprient collectivement cette pratique non comme une charge mais comme un outil de fluidification et de qualité de soins : « ce temps-là qu'on prend à l'accueil, ça nous libère après en aval, ça fluidifie notre travail. » (Infirmier de l'île de la Réunion) « la réorientation je ne la vis pas comme une contrainte ! » (Infirmier d'Avignon).

De plus, 3 médecins insistent sur le fait que les IOA ne sont pas suffisamment formés à la procédure de réorientation, et que leur décision repose sur une initiative personnelle plutôt que d'une culture collective de réorientation : « Nous avons, une procédure fiable de réorientation avec la CPTS de Roubaix, avec des critères validés, l'IOA pourrait ainsi s'affranchir de l'avis médical, mais dans les faits, ils le font peu, car ils ne maîtrisent pas la procédure ». (Médecin Roubaix).

Enfin les professionnels insistent sur l'importance de la traçabilité dans le processus de la réorientation. Ils révèlent que les décisions de réorientation qu'elles soient acceptées ou

refusées par le patient, sont rarement inscrites dans le dossier médical. Cette absence pose selon les professionnels, des problèmes de responsabilité médico-légales et financières : « Ce patient, il était apte à la réorientation, il a refusé, mais ça n'apparaît pas dans le dossier. » (Médecin), « Pendant la phase d'expérimentation, on avait un bon, qui permettait de tracer nos réorientations, aujourd'hui on ne le fait plus. » (Infirmier).

4. Temps d'attente en salle d'attente des SAU

➤ Jugé trop long par les patients, et manque d'informations

Certains commentaires de patients révèlent un **manque d'informations anticipées**, notamment avec une **attente prolongée**. Ils soulignent un manque d'anticipation de la part des professionnels pour les informer, mais également leur temps d'attente pour se faire soigner.

Face à ce constat les professionnels relatent dans leurs entretiens, des tentatives d'améliorations de qualité d'accueil dans leur salle d'attente par l'installation de panneaux numériques permettant notamment d'avoir les informations nécessaires sur le temps de prise en soin.

Cela constitue un véritable levier pour les soignants dans le processus de la réorientation.

➤ Volonté de réponse immédiate décrite par les professionnels

Les professionnels décrivent une évolution du rapport au soins et l'urgence dans les patients accueillis aux urgences. Beaucoup évoquent une forme de « **consommation de soins** » marquée par une attente de réponse immédiate. Le patient se présente souvent sans passer par son médecin traitant, avec la conviction que l'hôpital est l'unique lieu de réponse médicale rapide et efficace : « les patients veulent tout et tout de suite, ils pensent qu'en venant ici, ils auront un scanner dans l'heure. » (Infirmier).

Cette attente d'accès direct au plateau technique complique la réorientation et renforce la tension sur les services hospitaliers: «ceux qui viennent et qui ont besoin d'une réponse immédiate, je donne l'exemple de l'angine qui est ORL, ou la douleur de genou qui dure depuis 2mois. »(médecin) ou encore, « ils viennent aux urgences, mais on voit que c'est parce qu'ils veulent être surs de faire les examens, pas parce qu'ils sont inquiets. » (Médecin).

Ces témoignages illustrent une transformation de la relation de soin, dans laquelle le patient adopte une posture de consommateur. Il attend une réponse rapide, et technique, ce qui rend le processus de la réorientation difficile voire conflictuelle.

Enfin, Le nomadisme médical complique pour l'ensemble des professionnels interrogés la réorientation, car il ne permet pas d'assurer la continuité des soins. Les professionnels se retrouvent dans une impasse : « il y a des patients qui viennent aux urgences pour un deuxième avis, ils ont passé 3 IRM dédié et insistent pour un avoir un autre avis » (Médecin).

5. Charge du travail trop conséquente selon les patients, absence de filières spécifiques pour les soignants

➤ Manque d'effectifs, selon les patients

Une majorité de patients ayant répondu au questionnaire soulignent, le manque de temps des professionnels et la pénurie de ces derniers. Ce ressenti des patients, influencent leur expérience de réorientation, même lorsqu'ils reconnaissent que les soignants font de leur mieux.

Ce constat met en lumière une pression structurelle pesant sur les équipes d'urgences, déjà fragilisés par une charge de travail conséquente, un flux non régulé de patients en amont, et une pénurie de ressources humaines. A long terme, la qualité des soins peut se détériorer et contribuer à une fatigue professionnelle, ce qui peut compromettre la pertinence de la réorientation comme solution d'allègement des urgences.

➤ Absence ou insuffisance de filières identifiées

Les professionnels interrogés soulignent plutôt l'absence ou l'insuffisance de **filières identifiées** pour certains types de patients. Certains soignants dénoncent, le manque de filières pour les pathologies chroniques comme le diabète, qui freine la réorientation et contraint les urgences à gérer des patients qui relèveraient d'une prise en soin programmée ou coordonnée : « une décompensation de diabète sans signe de gravité, à mon sens, sa place n'est pas dans un service d'urgence, mais cette filière n'existe pas ou peu exploité et du coup nous rallonge le temps de prise en charge. » (Infirmier).

Enfin d'autres soignants évoquent l'existence de filières spécifiques au sein des SAU (ex : douleur thoracique, colique nephretique...) mais déplorent une absence de cohérence globale, ainsi qu'un risque de fragmentation du système si trop de filières émergent sans articulation entre elles : « il y a des services d'urgences, ou il y a la filière douleur thoracique, filière ORL, j'ai peur qu'on se noie dans plein de trucs, et qu'on rend encore plus difficile l'accès. » (Infirmier).

➤ Concept de refamiliarisation préféré que le concept de réorientation par les soignants

Les professionnels interrogés soulignent l'absence ou l'insuffisance de parcours de soins clairs et opérationnels pour les patients réorientés. Si certaines structures expérimentent des procédures ou des partenariats avec des CPTS ou des maisons de santé ces dispositifs restent peu formalisés mal connus ou faiblement utilisés. Le concept de **refamiliarisation** revient dans plusieurs entretiens et préféré par rapport au terme **réorientation**, désignant l'idée de replacer le patient dans le bon parcours de soins: « moi je veux que les patients soient soignés au bon endroit, ils sont là uniquement par erreur d'orientation. En remettant chacun dans la bonne filière, je permets à l'urgentiste d'être déchargé et de faire de la vraie urgence. » (Médecin).

6. L'implantation de l'IPA : Une solution discutée

➤ Plus-value reconnue dans la prise en soin des pathologies chroniques et réorientation

L'emploi d'un infirmier en pratique avancée est défendu par plusieurs soignants notamment dans la prise en soin de la décompensation de pathologies chroniques aux urgences : « je vois le projet de l'IPAU, qui viendrait seconder le médecin dans différents secteurs, notamment dans la prise en soin des décompensations de pathologies chroniques » (Médecin).

D'autres professionnels proposent une création de filière courte avec la prise en soin de traumatologie, sutures, mais également dans la filière d'accueil et de réorientation: « Sur le rôle de l'IPAU au niveau accueil et réorientation, j'en suis certaine, je pense que ça lèverait sûrement le frein à beaucoup d'IOA » (Médecin 3). Ce dispositif permettrait aux IPA de jouer un rôle complémentaire dans l'accompagnement des patients, en leur fournissant des explications claires sur le processus de la réorientation et les étapes à suivre.

Cette idée relatée par plusieurs médecins, fait écho aux retours recueillis des patients via le questionnaire, qui révèlent un manque d'informations sur la conduite à tenir après la réorientation. Plusieurs patients indiquent ne pas avoir reçu de consignes claires ni de documents écrits.

➤ Valorisation de l'IOA plutôt que le déploiement de l'IPA

D'autres soignants, ne sont pas pour le déploiement de cette pratique, qui vient encore « strater le statut de l'IOA » ou encore « les infirmières de réorientation, elles ont une formation spécifique, elles sont rémunérées pour ça. Alors qu'elles s'appellent IPA, IOA, et machin, peu importe mais en fait, la définition du poste existe déjà. » (Médecin)

7. Organisation de la sortie : Bonne intention, mais besoin d'amélioration

➤ Organisation de la sortie jugée satisfaisante selon les patients

28,5% des patients estiment que leur sortie a été bien organisée. La reformulation du langage médical par l'IDE a été perçue positivement indiquant une bonne adaptation du discours par les soignants favorisant la compréhension. Cependant ils mettent en évidence des axes d'amélioration en matière de clarté, d'anticipation des besoins d'informations et supports écrits.

➤ Objectif des soignants : remettre le patient dans la bonne filière de soins en lien avec La ville et la disponibilité des médecins généralistes

Du côté des professionnels, l'objectif de la réorientation n'est non pas de désengorger mais de remettre le patient dans la **bonne filière de soins**, en priorité via son médecin traitant. Mais cette orientation est souvent conditionnée à l'accessibilité réelle à un médecin généraliste, qui varie fortement selon les territoires.

A la Réunion, les professionnels s'accordent à dire: « nous, on n'a pas de problème pour réorienter vers le médecin de ville, puisque on n'a pas de pénurie, ici, t'appelle le matin, l'après-midi t'as un rendez-vous avec ton médecin traitant. » (Infirmier de la Réunion)

De plus, la mise en place d'un MAO, notamment à Avignon, permet les échanges plus faciles entre médecins urgentistes et médecins de ville : « en général, ça fonctionne très bien avec les médecins traitants, il y a des appels entre nous pour expliquer la réorientation. » (Médecin d'accueil et d'orientation d'Avignon)

Cependant le manque de créneaux, l'indisponibilité des cabinets libéraux en dehors des heures ouvrables, constituent un enjeu complexe voire impossible dans certains lieux.

Ce constat est particulièrement aigu en soirée, la nuit, les Week ends ou lorsque les patients ne disposent pas de médecin traitant. Les professionnels expriment un sentiment d'impuissance à proposer une solution concrète sécurisée et immédiates : « le problème c'est qu'on n'a pas de solution simple à proposer aux patients à 18H, la ville est fermée à ces heures-là. » (Infirmier d'Avignon), « même si on veut réorienter, on ne sait pas vers quoi, les créneaux sont pleins, ou la CPTS n'a rien à proposer dans l'immédiat (Infirmier d'Avignon) ou encore, « parfois le patient n'a même pas de médecin traitant, on ne peut pas le jeter dehors sans alternative. » (Médecin Roubaix).

Le manque de solutions alternatives rapides et accessibles en ville renforce le rôle inadapté des urgences dans la prise en charge des soins dit « non urgents » . Cela accentue la surcharge hospitalière, et affaiblit la logique de parcours.

A Roubaix, l'accès à un médecin traitant, est souvent complexe voire inexistant pour certains patients. Selon le témoignage d'un médecin exerçant à Roubaix, le problème ne viendrait pas « uniquement de la désertification médicale, car on a une densité de médecins généralistes tout à fait correcte par rapport aux moyennes françaises. », mais plutôt d'un ensemble de facteurs plus profonds comme les freins sociaux et culturels, des comportements d'usages mal adaptés, une valorisation insuffisante de la médecine de ville : « Ils ont le sentiment que leur médecin traitant ne peut pas leur offrir un bilan complet, alors qu'en réalité, il le peut. » (Médecin).

8. Coordination ville-hôpital

➤ Points de vue des patients

Les patients soulignent que les soignants sont excédés ou débordés en raison de patients mal orientés. Cela souligne un manque de régulation ou de tri en amont, ou de communication avec les professionnels de ville qui sur-sollicite le service des urgences. Cette sur sollicitation traduit un manque de dispositifs de tri structurés, ou **une insuffisance de communication entre médecine de ville et hôpital.**

En effet la réussite d'une réorientation, ne dépend pas uniquement de décision prise à l'hôpital, mais bien d'un parcours en dehors de ces murs, et d'assurer une continuité de soins. Elle suppose donc que le relai en ville soit activé, disponible, informé et capable d'assurer la continuité des soins, reposant ainsi sur une coordination fluide. Pour autant pour l'ensemble des professionnels interrogés, elle représente un point de faiblesse majeur.

➤ Adressage jugé inapproprié des médecins traitants, selon les soignants des urgences

En effet, de nombreux professionnels interrogés soulignent que l'orientation des patients vers les urgences par les médecins traitants est souvent inappropriée. Ce phénomène est interprété comme une conséquence d'un manque de temps en ville, d'outils, et de prise de responsabilité. L'adressage trop systématique contribue à la surcharge des urgences : « On voit plein de patients envoyés aux urgences avec un courrier, mais qui n'ont pas besoin de venir. C'est plus simple pour le médecin traitant de faire une lettre et de l'envoyer ici. » (Infirmier).

Plusieurs soignants dénoncent **un adressage « de précaution »**. Cette tendance fragilise la notion de parcours et renforce le recours inapproprié aux services d'urgences. : « Il y a un vrai problème de responsabilisation du médecin traitant. Ils devraient filtrer, et pas déléguer systématiquement aux urgences. » (Médecin Roubaix et d'Avignon).

L'adressage inadapté par le médecin traitant est donc perçu ici comme un facteur aggravant de la désorganisation du système. Il met en lumière la nécessité de revaloriser le rôle du médecin généraliste comme le pivot du parcours-patient : « je pense qu'on a tellement dévalorisé la médecine de ville, qu'ils ont perdu leur rôle de pivot dans le parcours » (Médecin).

➤ Outils peu utilisés

Puis, l'existence d'outils, mais encore peu utilisés: plusieurs professionnels rappellent que des dispositifs de coordination sont en place : Hotlines, entrées directes sans passer par les urgences... mais sont souvent peu utilisés par leurs confrères de ville: « on a des hotlines dans toutes les spécialités à Roubaix, très facilement joignables, mais certains médecins de ville préfèrent envoyer aux urgences plutôt que de prendre le téléphone. » (Médecin), « on leur propose une vraie solution avec la CPTS, mais on n'a aucun retour à Roubaix. » (Médecin).

En lien avec l'existence d'outils sous-utilisés, on peut parler également **de manque d'interopérabilité des outils** : Les professionnels interrogés dénoncent l'absence d'outils partagés et interopérables permettant une véritable coordination et suivi des patients réorientés. Une fois le patient réorienté, les urgences ne reçoivent généralement aucun retour d'information ce qui peut, selon certains professionnels fragiliser la traçabilité.

Ils soulignent que cette rupture d'informations fait émerger la notion de « perdu de vue » pour certains patients : « je suis persuadée que le suivi, est une nécessité, mais il n'y aucun outil qui

le permet aujourd'hui. » (Médecin) , « les données du SAS, actuellement quand vous arrivez aux urgences, vous ne les avez pas ça sera le prochain Workshop de l'ANAP.» (Médecin) . Les professionnels dénoncent ainsi le cloisonnement des outils sans communication entre eux. Cette fragmentation, entrave, selon certains professionnels, le suivi du patient et la fluidité de son parcours de soins: « entre l'absence de dossier médical partagé, le nomadisme des patients, il n'y a aucun outil qui permet de gagner du temps. » (Médecin).

Ce manque de fluidité limite la coordination, l'efficacité du parcours du patient. Une évolution des outils vers une interopérabilité est jugée indispensable par les soignants.

3.2.5 Tableau synthétique de l'analyse croisée

Afin de faciliter la lecture et de mettre en évidence les convergences et divergences entre les perceptions des patients et celles des professionnels, un tableau synthétique a été réalisé :

Il reprend les huit grands thèmes identifiés lors de l'analyse croisée et met en parallèle les points de vue recueillis au travers des entretiens et du questionnaire

Tableau 2: Tableau synthétique de l'analyse croisée

Thème	Point de vue : Patients	Points de vue : Professionnels
Organisation interne de la réorientation	A la recherche d' une orientation fluide	Présence du <u>MAO</u> essentielle Protocole défini= <u>modèle standardisé</u> Efficacité dépend du <u>maillage territorial</u> et de la situation socio-économique du territoire.
Accueil : élément clef de l'adhésion du patient à la réorientation	<u>Accueil mauvais pour 36%</u> 1 ^{er} contact décisif pour l'adhésion <u>Usure professionnelle</u> altère la qualité de l'accueil	Pression ressentie à l'entrée <u>Contraintes liées à la réorientation</u> : charge lourde chronophage <u>Besoin de formation dédiée</u>
	<u>Écoutés</u> mais parfois mal informés Importance du lien humain Informations uniquement orales	<u>Difficulté à faire accepter la réorientation</u> mais reste faible <u>Communication essentielle</u> mais non harmonisée Rôle clef de la <u>posture</u> et l'écoute

<p><i>Écoute et communication au cœur de la réussite de la réorientation</i></p>		<p><u>Manque de discours unifié :Besoin d'un protocole standardisé</u></p> <p><u>Adhésion professionnelle</u> dépend de la culture de service</p> <p><u>Manque de traçabilité</u></p> <p><u>Manque de formation</u></p>
<p><i>Temps d'attente en salle d'attente</i></p>	<p>Temps trop long avec manque d'informations</p>	<p>Souhaitent répondre rapidement : Affichage panneaux numériques</p> <p>Volonté de <u>réponse rapide décrite</u></p> <p>Patient <u>consommateur de soins</u></p> <p><u>Nomadisme médical</u></p>
<p><i>Charge de travail/Absence de filières spécifiques</i></p>	<p>Manque d'effectif signalé</p> <p>Influence sur la perception des soins</p>	<p>Surcharge de travail</p> <p>Manque de <u>filières identifiées</u> pour Pathologies chroniques</p> <p><u>Fragmentation du système</u></p> <p>Absence de cohésion</p> <p><u>Objectif de la réorientation</u> : re-filiation plutôt que désengorgement</p>
<p><i>L'implantation IPA : une solution discutée</i></p>	<p>Non évoqué spécifiquement</p>	<p>Reconnaissent l'utilité de <u>l'IPA dans les pathologies chroniques et accueil</u></p> <p>Sujet débattu, <u>Valorisation IOA</u></p>
<p><i>Organisation de la sortie</i></p>	<p>28.5% : Sortie perçue comme satisfaisante si bien expliquée</p> <p>Besoin de supports écrits</p>	<p>Volonté de réorienter vers <u>le bon parcours, en lien avec la médecine de ville</u></p> <p><u>Variabilité en fonction des territoires</u> (Accès rapide à un médecin à la Réunion)</p> <p><u>Manque de créneaux disponibles</u> en fin de soirée nuit et Week end.</p>

<i>Coordination ville-hôpital</i>	<p><u>Professionnels excédés</u> par les patients mal orientés</p> <p>Subissent les conséquences du <u>manque de coordination</u></p>	<p>Déplorent des adressages inadaptés par les médecins de ville : <u>Adressage de précaution</u></p> <p>Nécessité revaloriser le médecin de famille comme pivot</p> <p>Outils limités et peu utilisés : hotlines, entrées directes...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque d'interopérabilité
--	---	---

3.2.6 SWOT sur la réorientation

L'analyse des données recueillies à travers ces 12 entretiens, et par le retour d'expérience des patients via un questionnaire permettent de mettre en lumière les facteurs multiples qui influencent la pratique de la réorientation aux urgences.

Nous avons choisi d'utiliser l'outil SWOT, pour permettre l'analyse des forces, faiblesses opportunités et menaces de l'enquête.

Une analyse des causes a également été amorcée selon un raisonnement Ishikawa, mais le SWOT a été retenu pour sa clarté synthétique.

Parmi **les forces identifiées** on observe d'abord une réelle volonté des professionnels de santé d'améliorer la réorientation, non seulement pour fluidifier le flux mais aussi pour remettre le patient dans sa bonne filière de soins. A Roubaix, bien que le dispositif soit en cours de déploiement avec la mise en place des outils numériques, les différents partenariats avec DAC et CPTS, le service montre l'envie certaine de pérenniser la procédure.

L'intégration appréciée de prochains diplômés comme la Pratique Avancée témoigne d'une base solide pour l'évolution des pratiques.

Les faiblesses étaient quasiment unanimement décrites : l'absence de filières pour les pathologies chroniques constituent une véritable fracture de parcours. La coordination avec la médecine de ville reste fragile, souvent par le manque d'outils interopérables et de cloisonnement des services.

Cela s'ajoute une communication parfois mal calibrée, autant pour les soignants que les patients qui peut susciter incompréhension, rejet notamment autour du message de « désengorgement » des urgences. Aucun retour à j+7 n'a pu être recueilli dans l'étude.

En interne, le message de la réorientation n'est pas forcément portée collectivement : certaines équipes expriment une adhésion inégale, et des écarts de pratiques entre collègues révèlent l'absence d'une culture commune autour de ce dispositif.

Malgré ces limites, **plusieurs opportunités** se dessinent pour renforcer et stabiliser la pratique. L'une des plus prometteuses est le développement des IPA, qui pourraient être positionnés sur des filières spécifiques. De plus le déploiement des CPTS sur le territoire offre également un cadre pour organiser le suivi en ville.

La réorientation est perçue par les professionnels comme une opportunité de remettre le médecin traitant au cœur du parcours-patient. Cela permet selon certains professionnels, de réduire les passages inappropriés aux urgences mais aussi de renforcer le lien ville-hôpital.

Pour cela, les professionnels évoquent le besoin d'éducation populationnelle auprès des patients mais aussi au niveau des professionnels du terrain, sur les rôles respectifs de chacun et complémentaires dans le système de soins. Cette refamiliarisation suppose une collaboration étroite avec la médecine de ville, et une reconnaissance de leur rôle de coordinateur : « moi je crois vraiment au vrai métier du médecin-traitant, coordinateur des soins, je n'ai pas envie que les urgences ne se substituent à ça, ni les urgentistes ni les IPA. » (Médecin), « je ne sais pas faire de suivi, je suis urgentiste, par définition je traite l'urgence, revoir un traitement hypertenseur, je ne sais pas faire. » (Médecin).

Enfin une campagne de sensibilisation plus ciblée, auprès des professionnels de santé libéraux et hospitaliers mais aussi auprès du public pourrait faciliter l'adhésion à ce dispositif encore méconnu.

En revanche, **plusieurs menaces** pèsent la mise en œuvre durable de la réorientation. Les inégalités sociales et la précarité présentes dans certains territoires, comme Roubaix, compliquent l'accès aux soins. La fracture numérique, l'analphabétisme ou la méfiance vis-à-vis du système de santé freinent la réorientation et alimentent le recours systématique aux urgences.

Le manque de coordination entre les professionnels, le cloisonnement des pratiques entre ville et hôpital compromettent la fluidité des parcours.

Les professionnels dénoncent unanimement le manque de valorisation financière de la réorientation . Ils rappellent que cet acte bien qu'efficace et utile du système n'est actuellement pas renuméré ni reconnu à sa juste valeur.

Selon eux, la réorientation demande du temps avec le patient. Ce travail complexe chronophage n'est ni facturable ni comptabilisé dans les indicateurs d'activité, ce qui limite la motivation des

soignants et la diffusion de la pratique : « même le travail de la réorientation n'est pas valorisé comme il devrait l'être. » (Médecin).

Enfin les professionnels émettent un avis mitigé sur **le rôle de l'Infirmier en Pratiques Avancées**. Certains y voient une opportunité à renforcer la fluidité du parcours en apportant un regard clinique plus poussé dès l'accueil en soutien de l'IOA. D'autres ne sont pas pour le déploiement de cette pratique « moi l'IPA je ne suis pas pour, je pense que ce n'est pas leur place aux urgences, on va se retrouver avec des gens qui veulent faire de la médecine mais qui ne sont pas formés pour. » (Médecin).

Ces propos illustrent que l'implantation de l'IPA reste encore contrastée dans le paysage médical et paramédical. Leurs missions devront être définies en cohérence avec les compétences avancées, tout en répondant aux attentes de l'équipe médicale et aux besoins du service.

4 Discussion

4.1 Résultat principal

4.1.1 Absence de participation patients

L'étude visait à évaluer la satisfaction des patients réorientés. Cependant l'absence de participation des patients soulève plusieurs pistes de réflexion, notamment sur le format et le moment de la proposition, ce qui constitue une des limites de l'étude. En effet en comparant avec la littérature étrangère, certains auteurs ont démontré que des variables telles que la douleur et l'anxiété causées par le stress émotionnel de l'urgence pouvaient également jouer un rôle majeur dans la manière dont les patients répondaient au questionnaire(20).

De plus, un suivi à J7 avait été envisagé pour eux, afin d'évaluer de manière plus approfondie l'expérience-patient après leur réorientation notamment connaître les éventuelles difficultés rencontrées dans leurs parcours de soins. Aucun patient n'a accepté de transmettre ces informations dans le cadre du questionnaire. Cela peut refléter un désengagement après la réorientation du patient qui considère peut être sa prise en soin comme terminée et ne se sent plus concerné par un suivi. Le refus total des patients à participer au suivi à J+7 met en lumière, les limites actuelles de la coordination entre l'hôpital et la ville. Ce cloisonnement peut engendrer un sentiment de **rupture de parcours**, aussi bien du côté des patients que des professionnels.

Du point de vue des patients, l'hôpital reste souvent perçu comme un lieu central, voire ultime de prise en soin. Une fois réorientés, ils peuvent ressentir une perte de repères, sur la suite du parcours. Sans relai clair, ni de continuité visible, leur adhésion à un suivi est compromise.

D'un point de vue des soignants, cette absence de retour d'informations, sur ce qu'il advient des patients après réorientation fragilise la légitimité même de l'acte de réorienter.

4.1.2 Relation soignant-soigné au cœur des Urgences

La satisfaction des patients concernant le processus de la réorientation repose sur plusieurs facteurs. En effet les données recueillies révèlent que la majorité des patients se déclarent satisfaits de la réorientation au moment de leur sortie des Urgences. Les deux volets de l'étude, les questionnaires adressés aux patients d'une part, et les entretiens menés avec les professionnels de santé convergent sur un point central: **la qualité de la relation soignant-soigné**. Elle joue un rôle déterminant dans le bon déroulement de la réorientation et sur le vécu du patient.

Du côté des patients, la majorité exprime une satisfaction globale vis-à-vis de la réorientation soulignant qu'ils se sentent écoutés et pris en compte. Ce sentiment d'avoir été entendus contribue à une adhésion possible de la réorientation, en comprenant la pertinence de se réorienter vers la bonne offre de soins.

Les professionnels partagent également ce constat. Ils insistent sur l'importance de la posture du soignant bienveillante et claire fondée sur l'écoute l'explication et la reformulation. Lorsque cette posture est adoptée, la réorientation est mieux comprise et mieux vécue, tant par les patients que par les équipes soignantes.

Si cette démarche ne relève pas de l'éducation thérapeutique au sens strict, elle s'inscrit néanmoins dans une logique d'éducation en santé. En effet selon une étude menée en Italie en 2005 sur les facteurs influençant la satisfaction des patients aux urgences, il est indiqué que la satisfaction des patients soignés aux urgences était bonne sur plusieurs points comme l'attention

des infirmier(es), la clarté de la communication et l'empathie. (20) En Suisse le *Swiss Medical Weekly* a publié une étude de cohorte monocentrique le 20 décembre 2024, sur l'expérience patient après le triage. L'objectif principal était le taux de retour inattendu, et en

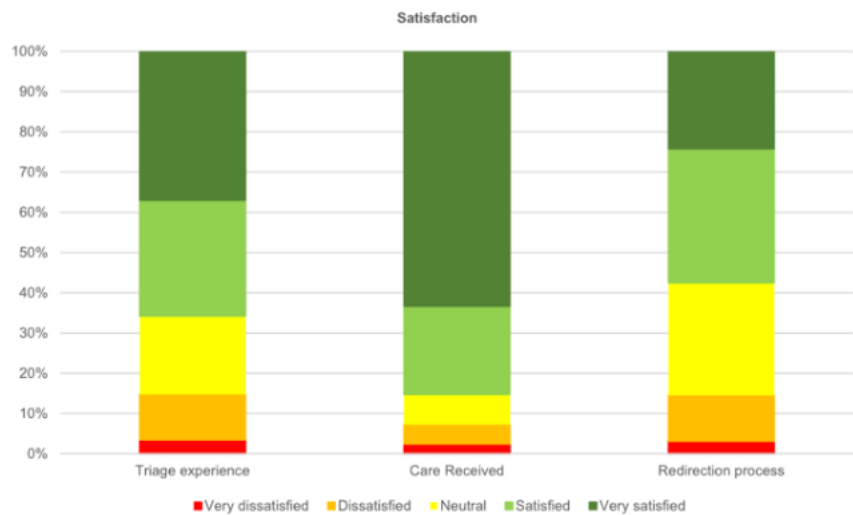


Figure 22 Satisfaction des patients Etude Cohorte SMW 2024

secondaire la satisfaction des patients. Il en révèle, selon l'article, que le score moyen de satisfaction était de 3,9/5 pour l'expérience de triage, 4,4/5 pour les soins reçus dans les soins de ville partenaires et enfin de 3.7/5 pour le processus de réorientation, correspondant à 66%, corrélant avec nos résultats. (19)(figure 22)

Selon l'étude plusieurs facteurs influencent la satisfaction des patients aux urgences, tels que la qualité de l'information reçue, les délais d'attente et l'empathie du personnel. La satisfaction des patients a été évalué selon trois aspects (l'expérience de triage, les soins reçus dans les cliniques partenaires et le processus général de réorientation). La plupart des patients étaient satisfaits (« très satisfaits » et « satisfaits ») des soins reçus dans les cliniques. Cela encourage les patients à être réorientés vers d'autres établissements de santé, même éloignés. En revanche, les patients étaient moins satisfaits du processus de triage. Les patients insatisfaits ont cité les longs délais d'attente avant la réorientation et un manque de communication.

Ces études corrélerent avec nos résultats, notamment sur l'importance de la relation soignant-soigné.

Concernant l'attente du patient, l'étude réalisée en Italie sur les facteurs affectant la satisfaction des patients issus des urgences, montre que la satisfaction des patients à l'accueil des urgences, diminuait proportionnellement au temps d'attente augmenté, ce qui concorde avec nos résultats de questionnaire(20). L'accompagnement par les professionnels associé à des supports de communication comme les panneaux numériques à l'entrée des urgences, semble être un outil pertinent pour clarifier le parcours de soins proposé, de réduire l'anxiété liée à la réorientation, et de favoriser l'adhésion du patient.

Cela correspond à nos résultats obtenus notamment dans les entretiens avec les professionnels de santé. En effet des améliorations ont été évoquées dans les établissements interrogés, en

menant des campagnes d'information du public sur le rôle des services d'urgence et en évoquant la possibilité d'une réorientation avant le processus de triage. Cependant, la littérature sur ces points n'est pas encore suffisante pour permettre des comparaisons.

4.1.3 Attitude consumériste du patient et pénurie de médecin traitant

Les professionnels de santé soulignent **l'immédiateté attendue de la part des patients**, qui veulent des réponses rapides à leur besoin en santé, ce qui les pousse à multiplier les consultations et points d'entrée dans le système : Urgences, maisons de garde, téléconsultations... Les urgences sont devenues une porte d'entrée par défaut, parfois utilisée en l'absence de solution rapide en ville, mais également par la perte de confiance en la qualité du médecin généraliste. Autrefois pivot du parcours de soins, le médecin traitant peut être contourné. Ce phénomène préoccupant est expliqué par l'augmentation du nombre de patients sans médecins traitant en France qui impacte directement la relation de confiance entre patients et professionnels de santé. Selon le rapport de *la Cour des Comptes publié en mai 2024*, la proportion de patients sans médecin traitant est passée de 9,3% fin 2015 à 12.2% en septembre 2022 ce qui accroît le délai moyen pour obtenir un rendez-vous chez le médecin. (21). Une étude menée par la DREES en 2023, explique cette tendance par la saturation de l'offre médicale. En 2022, 65% des médecins généralistes déclaraient être amenés à refuser de nouveaux patients, comme médecin traitant, contre 53% en 2019. Cette situation contribue à la désorganisation du parcours de soins et peut inciter certains patients à adopter des comportements de patients nomades, en consultant plusieurs praticiens sans coordination à la recherche d'une réponse rapide à leurs besoins de santé. (22)

Face à l'augmentation du nombre de patients sans médecin traitant, et à la montée du nomadisme médical, la mise en place de filières de soins identifiées apparaît comme une solution incontournable pour restaurer un parcours de soins efficient.

4.1.4 Coordination ville-hôpital : La mise en place des CPTS comme nécessité

Notre enquête met en évidence que la satisfaction des patients repose sur la mise en place d'un suivi en aval. Autrement dit, la réorientation est bien acceptée lorsqu'elle ne se traduit pas par une simple sortie, mais par une continuité de soins à l'extérieur via un rendez-vous programmé. Ce constat souligne l'importance cruciale de l'organisation de suivi post-urgence, sans laquelle la réorientation peut être perçue comme incomplète insécurisante. Ainsi les CPTS, MSP, représentent des exemples concrets de filières structurées.

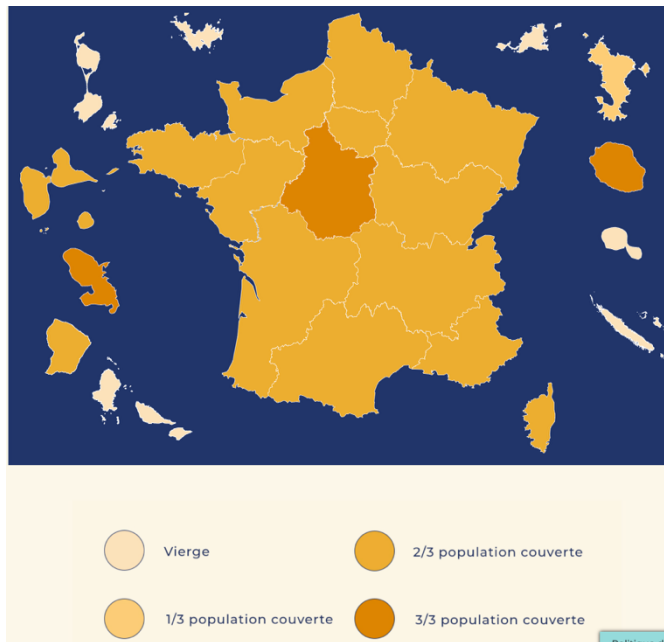


Figure 23 Répartition des CPTS en France et Dom-Tom. Données 2024-Fédération Nationale des CPTS

Elles sont des alternatives claires au recours systématique aux urgences en réinstaurant le parcours du patient et permettent d'améliorer la qualité perçue du système de santé en donnant de la lisibilité et de la réactivité de l'offre de soins. En 2023, le Président de la République avait déclaré vouloir atteindre 100% des territoires couverts par les CPTS d'ici la fin de l'année. Selon le rapport « Tour de France des CPTS » 444 CPTS avaient signé l'ACI en juin 2023, couvrant ainsi 55% de la population. Cependant, cette couverture varie significativement d'une région à une autre. (23)

Ainsi 835 CPTS sont comptées sur le territoire national, à un stade d'avancement différent. Dans les Hauts de France (Roubaix), on compte 64 CPTS, 95 CPTS pour la Nouvelle Aquitaine (Avignon), recouvrant 2/3 de la population.(figure 23)

Pour l'île de la Réunion, 6 CPTS recouvrant la totalité de la population.

Ces données viennent renforcer nos résultats et expliquent le contraste entre les résultats de taux de réorientation entre l'île de la Réunion Avignon et Roubaix. (3)

4.1.5 Outils interopérables comme indispensables

Si la mise en place des CPTS vise à structurer l'offre de soins autour du patient, leur efficacité repose sur un prérequis essentiel : la capacité des professionnels à partager l'information en temps réel. Or, cette coordination ne peut être pleinement opérationnelle sans outils numériques interopérables. Le Dossier Médical Partagé (DMP) permet par exemple d'assurer une

transmission rapide des informations médicales garantissant la continuité des soins avoir un langage commun et ainsi sécuriser la réorientation. Madame Diane BÉDÉ AUBAIN, dans son article *les référentiels sémantiques dans l'interopérabilité des systèmes d'information de santé (2016)*, met en lumière le rôle essentiel des référentiels sémantiques dans ce processus. Elle explique que ces référentiels permettent aux différents professionnels de santé d'utiliser un langage commun, condition indispensable pour que les logiciels de santé puissent échanger des informations de manière fiable (24).

4.1.6 Revalorisation du médecin traitant comme pivot de parcours de soins

Dans La réussite de la réorientation, la médecine de ville joue ainsi un rôle central. Pour que la réorientation soit efficace, il ne suffit pas de renvoyer un patient vers la ville, mais de créer des **filières de soins structurées accessibles et identifiées**. Aujourd'hui l'absence de parcours, relaté dans les entretiens, le manque de communication et de coordination entre les professionnels, freinent drastiquement la continuité des soins.

En effet, le médecin traitant est censé être le **pivot du parcours de soins** garant de la bonne orientation des patients et de la pertinence des recours à l'hôpital. Cependant, dans la pratique, plusieurs témoignages recueillis soulignent que certains médecins de ville adressent leurs patients directement aux urgences par précaution. Ce comportement peut s'expliquer par plusieurs facteurs comme la peur médico-légale, le manque d'outils et de temps et l'absence de filières clairement identifiées à l'échelle locale, qui rend la solution hospitalière plus simple plus sécurisante.

Il paraît donc essentiel de créer et **fluidifier des filières spécifiques**, notamment pour certains profils de patients vulnérables, afin de permettre une prise en soin rapide adaptée et dirigée vers les bons interlocuteurs. Cela suppose une meilleure articulation entre l'hôpital et les acteurs de la ville.

Ainsi, pour que la structuration des filières soit efficace, il est indispensable d'accompagner les professionnels dans l'évolution de leurs pratiques, en les impliquant activement dans une culture commune au recours aux soins d'urgence.

4.1.7 Culture commune des parcours

Les résultats de notre enquête révèlent la désarticulation entre médecine de ville et l'hôpital ne relève pas uniquement de l'absence de structures ou d'outils partagés, mais aussi d'un manque de culture commune et de collaboration interdisciplinaire.

Pour répondre à cette fragmentation, il est essentiel de renforcer la formation et la communication de la médecine de ville et des professionnels hospitaliers, afin de créer un

langage commun et des réflexes partagés autour de la gradation des soins de l'urgence, et la connaissance des filières.

Cela passe notamment par la **diffusion de protocoles standardisés** de prise en soins coconstruit entre acteurs de ville et d'hôpital afin d'uniformiser les décisions cliniques et les modalités d'orientation. En ce sens, un **protocole national de réorientation** des patients, a été rédigé et validé, en mai 2024 par le Ministère du Travail De la Santé et des Solidarités. Ce protocole précise que la réorientation d'un patient à l'entrée des urgences par un IOA doit être encadrée par un protocole médical validé par le médecin responsable du service. Il souligne également l'importance de la formation des IOA et la nécessité d'une traçabilité rigoureuse des décisions de réorientation. (4)

4.1.8 De la médecine en silos, à une médecine coordonnée

Passer d'une médecine en silos à une médecine coordonnée, c'est enfin redonner du sens à la pratique clinique, en plaçant le patient au centre de sa prise en soin. C'est ce que souligne le rapport d'information n°668 de Monsieur Jean-Marie Vanlerenberghe, sur *la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales*, en 2017. Le fonctionnement en silos du système de soins génère des redondances d'actes et une non-pertinence des soins. Il met en avant la nécessité **de décroiser les acteurs de la ville et de l'hôpital** pour améliorer la transmission et le partage des informations. (25)

Ainsi le gouvernement propose un cadre attractif pour les professionnels voulant travailler en « exercice coordonné ». En effet des aides de l'assurance maladie sont versés pour l'installation de ces professionnels.(26)

4.2 Comparaison des résultats de l'étude avec l'enquête FRU

Les résultats de ce mémoire recourent en grande partie les constats issus de l'expérimentation Forfait de Réorientation des Urgences (2021-2023), notamment en ce qui concerne le rôle de l'IOA, les freins au conventionnement avec les structures de ville, et l'absence de systèmes interopérables.

Ces points récurrents confirment l'intérêt d'une réflexion nationale sur l'intégration de dispositifs de liaison et de suivi post-réorientation.

4.3 Implantation IPA Urgences (IPAU)

Une étude récente publiée dans le *Journal of Clinical Nursing* en 2024 (27) a mis en évidence une corrélation significative entre la satisfaction des patients et le niveau de compétences des infirmiers en charge du triage aux urgences. Ainsi cette étude souligne que la compétence et

l'expérience des infirmiers sont des facteurs déterminants de satisfaction de patients. Ils mettent en lumière l'importance de la formation continue et du développement professionnel des infirmiers pour améliorer la qualité des soins et l'expérience patient aux urgences. Dans ce contexte l'intégration d'une IPA à l'accueil des urgences pourrait constituer une réponse pertinente.

En effet le concept de leadership et de coordination, est relaté souvent dans la littérature notamment par certaines théoriciennes en sciences infirmières. Comme par exemple, Patricia Benner, théoricienne, tiré de son ouvrage « *From Novice to expert : Excellence and Power in Clinical Nursing Practise* »(28). En effet elle relate, comment avec l'expérience et la formation continue une infirmière développe une forme de leadership clinique capable de prendre des décisions rapidement, coordonner efficacement des actions et guider les collègues. Transposé au rôle de l'IPA ,ce principe prend tout son sens.

En effet, l'expérimentation FRU s'est déroulée dans un contexte où les IPA mention urgences n'étaient pas encore déployés. Or, l'IPA pourrait jouer un rôle charnière dans la coordination ville-hôpital l'éducation thérapeutique et la sécurisation de la réorientation.

Son positionnement auprès de l'IOA et sa connaissance des réseaux pourraient constituer un levier majeur dans l'optimisation du parcours de soins des patients ne relevant pas de l'urgence hospitalière.

En effet grâce à leur formation clinique approfondie, leur autonomie décisionnelle et leur rôle dans la coordination, les IPAU sont particulièrement bien positionnés pour assurer ce type de mission.

L'IPAU pourrait intervenir dès l'évaluation du patient en zone d'accueil des urgences, en complément de l'IOA, identifier les situations ne relevant pas de l'urgence, proposer une orientation adaptée et s'assurer de la mise en place effective du suivi en ville.

Ainsi, elle apporte le besoin d'appui clinique, que les entretiens révèlent et exercer son leadership grâce aux compétences cliniques approfondies. Son rôle de coordination de parcours, pourrait également être exploité ici, et améliorer le vécu du patient réorienté. Intégrée aux organisations existantes (CPTS, DAC, Maisons Médicales.), L'IPA permettrait de fluidifier les parcours, sécuriser la sortie des patients et renforcer le lien ville-hôpital. Cela répondait à la fois aux besoins des professionnels en tension dans les services d'urgences et aux attentes des patients en matière de lisibilité et continuité de leur prise en soin.

Cette proposition s'inscrit pleinement dans le modèle conceptuel d'Ann Hamric , qui définit l'exercice de l'Infirmier en Pratique Avancée à travers sept compétences essentielles, toutes

mobilisables dans le cadre d'une filière de réorientation des patients.(29) Parmi elles, trois dimensions apparaissent pertinentes dans ce contexte :

1. L'expertise clinique avancée

Elle permet à l'IPA d'évaluer rapidement et de manière autonome la situation du patient, de repérer les signes de gravité, mais aussi de reconnaître les motifs de recours non appropriés.

2. Collaboration interprofessionnelle

L'IPA intervient au carrefour de plusieurs acteurs, et joue un rôle de coordination pour assurer la continuité des soins. Cela correspond à la nécessité de fluidifier, les liens entre l'hôpital et les dispositifs de ville, tels que CPTS, DAC...

3. Leadership organisationnel

En contribuant à la création et au déploiement de filières spécifiques, l'IPA participe activement à la transformation des pratiques et l'amélioration des parcours de soins. L'IPA apporte une réponse innovante à la surcharge des urgences, en structurant un dispositif de réorientation fiable, sécurisé et reconnu.

Ainsi, selon le modèle d'Hamric, l'IPA n'est pas simplement un soignant doté de compétences techniques supplémentaires mais il s'agit **d'un acteur de transformation du système de santé, capable de répondre à des enjeux complexes à la croisée du soin, de la coordination et de la régulation.**

4.4 Forces, limites et biais de l'étude

4.4.1 les forces de l'étude

L'utilisation combinée de questionnaires (quantitatif) et d'entretiens(qualitatif) permet une compréhension à la fois large et approfondie du phénomène de réorientation.

La complémentarité des deux approches enrichit l'analyse et renforce la validité des résultats. De plus, la réorientation aux urgences est un enjeu d'actualité dans le contexte de la surcharge hospitalière, l'étude peut alimenter la réflexion sur l'organisation des soins non programmées et la coordination ville-hôpital.

L'enquête multicentrique repose sur des données recueillies sur le terrain, ce qui confère avec la réalité des pratiques et permet une comparaison avec trois centres hospitaliers. Cette diversité territoriale permet de comparer les pratiques et les enjeux de la réorientation dans des environnements socio-sanitaires différents.

La triangulation des données en recherche qualitative a été faite, ce qui contribue à une meilleure compréhension et validité des résultats obtenus.

4.4.2 les limites de l'étude

Le nombre de réponses aux questionnaires destinés aux patients constitue la principale limite de l'étude. L'échantillon pourrait ne pas être représentatif de la population cible.

Afin de pallier la faible puissance statistique des données recueillies, un appui a été sollicité auprès de la cellule de recherche du CH d'Avignon, permettant un croisement exploratoire avec des données d'études comparables.

Une étude mixte demande beaucoup de temps pour la collecte des données et l'analyse des données, ce qui peut avoir limité la profondeur de certaines analyses.

Le manque d'expérience de l'investigateur, il s'agit de la première étude scientifique. Des erreurs méthodologiques sont apparues, notamment dans le choix du questionnaire.

A la Réunion, la passation des questionnaires et des entretiens s'est déroulée durant une période de crise sanitaire et environnementale : le passage de la tornade Garance et l'épidémie de Chikungunya.

Ces événements ont fortement perturbé l'activité des urgences, réduit la fréquentation, et limité la disponibilité des professionnels pour participer à l'étude.

De plus, le décalage horaire entre la métropole et la Réunion a nécessité une adaptation constante pour l'organisation des entretiens.

4.4.3 Biais de l'étude

Le biais de sélection induit par la recherche qualitative. Il se peut que la saturation des données soit en atteinte en recherche qualitative mais que le nombre de sujets inclus dans l'étude ne soit pas représentatif de la population cible.

Le biais de désirabilité sociale : les soignants peuvent avoir tendance à donner des réponses perçues comme « socialement acceptables », ainsi ils peuvent aussi minimiser certaines pratiques pour protéger leur image ou celle de leur service.

Le biais d'observation : la subjectivité de l'analyse peut entraîner une surinterprétation ou une sélection inconsciente des thèmes en fonction des attentes du chercheur.

4.4.4 Perspectives

Cette étude s'inscrit dans un contexte de santé particulièrement actuel et sensible : celui de la surcharge des services d'urgences, de la nécessité de la mise en place d'un dispositif de réorientation, et plus largement de la fluidification du parcours de soins.

Au-delà des résultats obtenus, l'enquête met en lumière des enjeux cruciaux : la nécessité de renforcer la coordination entre la ville et l'hôpital, de favoriser le décloisonnement des structures de soins, et de mieux structurer l'offre de soins non programmés tant sur le plan

logistique que sur le plan humain. L'étude montre que la réorientation ne peut être pensée uniquement dans l'enceinte des urgences, mais doit s'inscrire dans une logique de parcours de soins, où chaque acteur a un rôle à jouer.

Dans cette optique, il serait particulièrement pertinent de poursuivre l'étude en élargissant le champ des personnes interrogés, notamment du côté de la médecine de ville. Interroger les professionnels de santé exerçant dans les CPTS, CSNP ou encore les médecins généralistes, permettrait d'obtenir une vision plus complète du parcours du patient réorienté.

Par ailleurs dans une perspective d'amélioration des pratiques, il serait pertinent de repenser la formation des IOA, d'actualiser les protocoles existants, d'optimiser les outils de traçabilité, et d'envisager l'expérimentation de l'intégration de l'IPA au triage, ainsi qu'à la mise en place de parcours coordonnés en lien avec les CPTS.

Conclusion

Ce mémoire a mis en évidence les tensions croissantes autour de la réorientation des patients issus des urgences., reflet d'un système fragmenté, parfois peu lisible pour les professionnels pour comme pour les patients.

Les résultats de notre enquête et l'analyse des pratiques révèlent un système sous tension, où les attentes croissantes des patients, la perte de repère dans le parcours de soins, et enfin les difficultés d'accès à un médecin en ville, convergent vers un recours parfois inadapté aux urgences.

Dans ce contexte, la nécessité de structurer des filières de soins identifiées et coordonnées apparaît comme une réponse essentielle. Cependant la simple existence de ces filières ne suffit pas : leur efficacité repose sur une articulation forte entre la médecine de ville et l'hôpital avec un langage commun et l'engagement de tous les acteurs dans la logique de parcours.

C'est dans cette perspective qu'émerge un levier innovant et structurant : l'intégration des Infirmiers en Pratiques avancées. Par leur expertise clinique, leur rôle de coordination et leur posture de leadership, les IPA peuvent intervenir en amont et en aval de l'accueil aux urgences pour proposer des alternatives adaptées, sécuriser les décisions d'orientation et fluidifier les parcours de soins. Leur intégration dans une filière de réorientation territoriale en lien avec les CPTS, maisons médicales, DAC, pourrait constituer une réponse pragmatique, efficace et humaine aux dysfonctionnements identifiés.

Réorienter un patient, ce n'est pas le repousser, c'est lui proposer un chemin de soins plus juste, plus pertinent, et mieux adapté à sa situation. C'est aussi repenser collectivement notre système autour de la confiance, lisibilité et de la responsabilité partagée.

Parce que c'est là que tout commence : « le bon patient, au bon moment et au bon endroit »

Bibliographie

1. Enquête Urgences 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 6 avr 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-urgences-2023>
2. Arrêté du 26 avril 2023 modifiant l'arrêté du 23 février 2021 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence et fixant la liste des établissements de santé expérimentateurs - Légifrance [Internet]. [cité 6 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047525236>
3. rapport_d_evaluation_forfait_reorientation_urgence_compress.pdf [Internet]. [cité 6 avr 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_d_evaluation_forfait_reorientation_urgence_compress.pdf
4. 20240715_guide_sur_la_reorientation_a_l_entree_des_urgences.pdf [Internet]. [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/20240715_guide_sur_la_reorientation_a_l_entree_des_urgences.pdf
5. fiche_pedagogique_urgences_samu_smur.pdf [Internet]. [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_urgences_samu_smur.pdf
6. Mesnier R de T. Assurer le premier accès aux soins.
7. Medicalcul - Classification CCMU ~ Médecine d'Urgence [Internet]. [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: <http://medicalcul.free.fr/ccmu.html>
8. FEDORU_CC2024_V3.pdf [Internet]. [cité 23 avr 2025]. Disponible sur: https://fedoru.fr/wp-content/uploads/2025/03/FEDORU_CC2024_V3.pdf
9. S. Gentile, J. Bouvenot, E. Amadei, J. Haro, R. Sambuc, C. Giraud, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé Publique* 2004. 2004;16(n°1):PP 63-74.
10. ER 1334 Urgences_EMB.pdf [Internet]. [cité 23 avr 2025]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-03/ER%201334%20Urgences_EMB.pdf
11. Roussel M, Teissandier D, Yordanov Y, Balen F, Noizet M, Tazarourte K, et al. Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients. *JAMA Intern Med.* 1 déc 2023;183(12):1378-85.
12. Santé : un accès aux soins de plus en plus difficile en France | Ipsos [Internet]. [cité 8 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/sante-un-acces-aux-soins-de-plus-en-plus-difficile-en-france>
13. Bentz JA, Brundisini F, MacDougall D. Perspectives and Experiences Regarding the Impacts of Emergency Department Overcrowding: A Rapid Qualitative Review. *Can J*

- Health Technol [Internet]. 29 sept 2023 [cité 6 avr 2025];3(9). Disponible sur: <http://canjhealthtechnol.ca/index.php/cjht/article/view/HC0067>
14. Parcours de santé, de soins et de vie - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles [Internet]. [cité 6 avr 2025]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
 15. Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2023/15 du 16 août 2023.
 16. Dehaut H. IPA Mention urgences. Sup Foucher. P12 p.
 17. Buzyn A. Pacte de refondation des urgences [Internet]. sept 9, 2019. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf
 18. Référentiels SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 19 mai 2025]. Disponible sur: https://www.sfm.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm/referentiel-grille-french-2018-de-triage-ioa-version-1-1/ref_id/39
 19. Déglise A, Guechi Y, Terrier CL, Ribordy V, Feral-Pierssens AL, Schmutz T. SAFETY assessment of a REDirection process after TRIage (SAFE RETRI) by a triage nurse in an emergency department: a monocentric cohort study. Swiss Med Wkly. 20 déc 2024;154(12):4030-4030.
 20. Messina G, Vencia F, Mecheroni S, Dionisi S, Baragatti L, Nante N. Factors Affecting Patient Satisfaction With Emergency Department Care: An Italian Rural Hospital. Glob J Health Sci. 17 déc 2014;7(4):p30.
 21. 20240513-Organisation_territoriale-soins-premier-recours.pdf [Internet]. [cité 26 mai 2025]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-05/20240513-Organisation_territoriale-soins-premier-recours.pdf
 22. Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 26 mai 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/les-deux-tiers-des-generalistes-declarent-0>
 23. Cartographie des CPTS en région [Internet]. FCPTS. [cité 26 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.fcpts.org/la-cartographie/cartographie-des-cpts-en-region/>
 24. Aubain DB. Les référentiels sémantiques dans l'interopérabilité des systèmes d'information de santé.
 25. Sénat [Internet]. 2023 [cité 26 mai 2025]. Améliorer la pertinence des soins : un enjeu majeur pour notre système de santé. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-668/r16-668.html>
 26. DGOS. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 26 mai 2025]. L'exercice coordonné. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>

27. López Hernández M, Puig-Llobet M, Higon Fernández S, Franco Freirut M, Moreno Mateos Y, Galimany Masclans J. Patient Satisfaction With the Level of Competence of the Triage Nurse in Hospital Emergency Departments. *J Clin Nurs*. 31 déc 2024;
28. Dr. Patricia Benner - Nursing the Future [Internet]. [cité 19 mai 2025]. Disponible sur: https://nursingthefuture.ca/skills_fr/dr-patricia-benner/
29. Rôle de l'infirmière de pratique avancée [Internet]. [cité 27 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/180509-dossier-special-infirmiere-de-pratique-avancee-quelle-fonction-dans-l-equipe-de-soins-hospitaliere/role-de-l-infirmiere-de-pratique-avancee.html>

Table des matières :

Remerciements	1
Glossaire	3
Sommaire	3
Introduction générale	1
1 Introduction et cadre théorique	3
1.1 État des lieux	3
1.1.1 Les urgences hospitalières	3
1.1.2 Typologie des patients : urgences vitales et urgences ressenties	3
1.1.3 Augmentation du temps passé aux urgences	6
1.1.4 Difficultés d'accès aux soins	7
1.2 Conséquences de la Saturation des urgences	8
1.2.1 Épuisement des professionnels	8
1.2.2 Fermeture des services d'urgences	8
1.2.3 Rupture de parcours pour les patients plus fragiles	9
1.3 Initiatives de désengorgement, solutions apportées	11
1.3.1 Restructuration de l'offre de soins de la médecine de ville	11
1.3.2 Entrées directes dans les services d'hospitalisation.....	12
1.3.3 Le parcours du patient réorienté	13
1.3.4 Expérimentation Nationale : Forfait Réorientation des Urgences	15
Justification de l'étude	18
2 Matériel et méthode	19
2.1 Type d'étude	19
2.2 Populations étudiées	19
2.3 Critère d'exclusion de l'étude	19
2.4 Objectifs de l'étude	20
2.4.1 Objectif Principal	20
2.4.2 Objectifs secondaires.....	20
2.5 Recueil de données	20
2.5.1 Recueil de données de l'objectif principal.....	20
2.5.2 Recueil de données des objectifs secondaires.....	21
2.6 Analyse de données	22
2.7 Qualité de l'étude	22
2.8 Aspects éthiques et réglementaires	22
3 Résultats et Analyse	23
3.1 Résultats des données quantitatives sur le retour d'expérience des patients réorientés	23
3.1.1 Nombre de participants ayant répondu au questionnaire de satisfaction	23
3.1.2 L'accueil aux urgences	23
3.1.3 Communication, clarté des informations	24

3.1.4	Information sur la sortie	25
3.1.5	Appréciation globale de la réorientation.....	27
3.2	Analyse croisée des retours patients et point de vue des professionnels	27
3.2.1	Limites de l'étude quantitative : Faible participation des patients réorientés	27
3.2.2	Population de l'étude qualitative	28
3.2.4	Analyse thématique.....	29
3.2.5	Tableau synthétique de l'analyse croisée	38
3.2.6	SWOT sur la réorientation	40
4	Discussion	42
4.1	Résultat principal	42
4.1.1	Absence de participation patients.....	42
4.1.2	Relation soignant-soigné au cœur des Urgences.....	43
4.1.3	Attitude consumériste du patient et pénurie de médecin traitant.....	45
4.1.4	Coordination ville-hôpital : La mise en place des CPTS comme nécessité	46
4.1.5	Outils interopérables comme indispensables	46
4.1.6	Revalorisation du médecin traitant comme pivot de parcours de soins	47
4.1.7	Culture commune des parcours.....	47
4.1.8	De la médecine en silos, à une médecine coordonnée	48
4.2	Comparaison des résultats de l'étude avec l'enquête FRU	48
4.3	Implantation IPA Urgences (IPAU).....	48
4.4	Forces, limites et biais de l'étude.....	50
4.4.1	les forces de l'étude	50
4.4.2	les limites de l'étude	51
4.4.3	Biais de l'étude	51
4.4.4	Perspectives	51
	Conclusion.....	53
	Bibliographie	
	Liste des Figures	
	Listes des tableaux	
	Annexes :.....	
	Annexe I : Grille FRENCH	
	Annexe II : Modèle national de protocole médical de réorientation de l'adulte	
	Annexe III : Affiche mis à disposition des patients dans les salles d'attente :	
	Annexe IV : Attestation DPO	
	Annexe V : Lettre d'information à destination des patients :.....	
	Annexe VI : Guide d'entretien Professionnels SU	
	Annexe VII : QR Code verbatims.....	
	Annexe VIII : Grille COREQ	

Liste des Figures

FIGURE 1: ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PASSAGES ANNUELS AUX URGENCES DEPUIS 1996	3
FIGURE 2: FEDORU CHIFFRES CLES DES PASSAGES AUX URGENCES EN 2024.....	4
FIGURE 3: FEDORU: CHIFFRES CLES DES PATIENTS RELEVANT POTENTIELLEMENT DE LA VILLE. PANORAMA DES ORU 2023	5
FIGURE 4: POURCENTAGE DE PASSAGES PRPV EN FRANCE	5
FIGURE 5: TEMPS D'ATTENTE POUR OBTENIR UN RENDEZ-VOUS MEDICAL EN FRANCE IPSOS.....	7
FIGURE 6: ILLUSTRATION DE LA FERMETURE DES SAU POUR L'ETE 2023, SAMU URGENCES DE FRANCE.....	9
FIGURE 7: PARCOURS PATIENT AUX URGENCES	10
FIGURE 8: AFFICHE MISE EN SALLE D'ATTENTE DU SAU DU CH AVIGNON EN AVRIL 2022, PRESENTANT L'ETUDE ET LE PARCOURS DU PATIENT REORIENTE	15
FIGURE 9: EXEMPLE DE BULLETIN DE REORIENTATION DONNE A UN PATIENT REORIENTE A LA SORTIE DES URGENCES: EXEMPLE AU CH D'AVIGNON	16
FIGURE 10: TAUX DE REORIENTATION POUR LES PATIENTS DONT LE PASSAGE EN SU N'EST PAS SUIVI D'UNE HOSPITALISATION	17
FIGURE 11: PARTICIPATION AU QUESTIONNAIRE	23
FIGURE 12: REPARTITION DES PATIENTS AYANT INTERROMPU LE QUESTIONNAIRE	23
FIGURE 13: SOURCE LIME SURVEY: SATISFACTION DES PATIENTS DE L'ACCUEIL DES SAU	23
FIGURE 14: RESENTI DES PATIENTS SUR L'ECOUTE DES PROFESSIONNELS	24
FIGURE 15: RESENTI DES PATIENTS SUR LE TEMPS D'ECOUTE DES SOIGNANTS POUR REpondre AUX QUESTIONS DES PATIENTS.....	24
FIGURE 16: CLARTE DES INFORMATIONS REÇUES, SOURCE: LIME SURVEY	24
FIGURE 17: RESENTI DES PATIENTS SUR LA FAÇON DONT LA SORTIE A ETE ORGANISEE. SOURCE LIME SURVEY.....	25
FIGURE 18: REPARTITION DES PATIENTS AYANT REÇU DES INFORMATIONS SUR LEUR SORTIE. SOURCE LIME SURVEY	25
FIGURE 19: RESENTI DES PATIENTS SUR LES INFORMATIONS REÇUES SUR LE SUIVI APRES LA SORTIE. SOURCE LIME SURVEY	26
FIGURE 20: PROPOSITION D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF A J7. SOURCE LIME SURVEY	26
FIGURE 21: APPRECIATION GLOBALE DE LA REORIENTATION. SOURCE LIME SURVEY	27
FIGURE 22 SATISFACTION DES PATIENTS ETUDE COHORTE SMW 2024	44
FIGURE 23 REPARTITION DES CPTS EN FRANCE ET DOM-TOM. DONNEES 2024-FEDERATION NATIONALE DES CPTS	46

Listes des tableaux

TABLEAU 1: ÉCHANTILLONNAGE DE L'ETUDE	28
TABLEAU 2: TABLEAU SYNTHETIQUE DE L'ANALYSE CROISEE.....	38

Annexes

Annexe I : Grille FRENCH

Annexe II : Modèle national de protocole médical de réorientation de l'adulte

Annexe III : Affiche mise à disposition en salle d'attente des SAU, MMG et CPTS

Annexe IV : Attestation DPO

Annexe V : Lettre d'information à destination des patients

Annexe VI : Guide d'entretien entretiens semi-directifs avec professionnels de santé

Annexe VII : Retranscription sous forme de QR code des verbatims.

Annexe VIII : COREQ

Annexe I : Grille FRENCH

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/triage/orthopnée ou FR 30-40 /min ou SpO2 86-90%					
Dysfonction stimulateur/débrillateur cardiaque	3B		Choc(s) électrique(s) ressent(i)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...)

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

1/10

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
ABDOMINAL								
Vomissement de sang/hématémèse	2		hématurie abondante			vomissement(s) strié(s) de sang		
Mélanéa/rectorragies	2		rectorragie abondante			selles souillées de sang		
Douleur abdominale	3B		douleur sévère et/ou mauvaise tolérance					douleur régressive / indolore
Ictère	3B							
Problème technique (stomie, cicatrices post op...)	3B					avis référent (MAO, MCO)		
Hernie, masse ou distension abdominale	4		douleur sévère et/ou symptômes d'occlusion					
Corps étranger dans œsophage/estomac/intestins	4		aphagie ou hypersialorrhée et/ou autres SF associés			tranchant, pointu		
Corps étranger dans le rectum	4		douleur sévère et/ou rectorragie					
Constipation	5		symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)			douleur abdominale		
Vomissements	5		symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)	enfant ≤ 2 ans		douleur abdominale ou vomissements abondants		
Diarrhée	5			enfant ≤ 2 ans		abondantes et/ou mauvaise tolérance		
Douleur anale	5					suspicion abcès/fissure		
Hoquet	5					hoquet incessant (≥ 12 h)		
GENITO-URINAIRE								
Douleur de la fosse lombaire/du flanc	3B		douleur intense					douleur régressive/ indolore
Rétention d'urine/anurie	3B		douleur intense/agitation					
Douleur de bourse/orchite*/torsion testicule*	3B		douleur intense ou suspicion de torsion			avis référent (MAO, MCO)		
Dysfonction de sonde urinaire/sonde JJ/ stomie	3B		douleur intense, fièvre ou mauvaise tolérance			avis référent (MAO, MCO)		
Hématurie	3B		saignement abondant actif					
Dysurie/brûlure mictionnelle / infection ?	5					fièvre	enfant	
Écoulement ou lésion cutanéomuqueuse génitale	5					fièvre		

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

2/10

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
GYNECO-OBSTETRIQUE								
Accouchement imminent ou réalisé	1							
Problème de grossesse 1er et 2ème trimestre	3A			métrorragies, douleur				
Problèmes de grossesse 3ème trimestre	3A			métrorragies/douleur/HTA/ perte de liquide amniotique				
Méno-métrorragie	3B			grossesse connue/suspectée ou saignement abondant				
Problème de post partum (allaitement...)	4				allaitement et fièvre			
Anomalie du sein	5					mastite ou abcès		
Anomalie vulvo-vaginale / corps étranger	5							
INTOXICATION								
Intoxication médicamenteuse	3B			mauvaise tolérance/intention suicidaire/toxiques cardiotoxiques ou lésionnels	enfant	avis référent (MAO, MCO)		pas de mauvaise tolérance et vu tard (ex ≥ 24 h)
Intoxication non médicamenteuse	3B			mauvaise tolérance/toxiques / lésionnels	enfant	avis référent (MAO, MCO)		pas de mauvaise tolérance et vu tard (ex ≥ 24 h)
Demande de sevrage / toxicomanie	4			agitation/violence / état de manque	enfant			demande d'ordonnance pour substitution
Comportement ébrioux / ivresse	4	GCS ≤ 8		agitation/violence/GCS 9-13	enfant	demande des forces de l'ordre		
NEUROLOGIE								
Altération de la conscience/coma	2	GCS ≤ 8		GCS 9-13, avis référent (MAO, MCO)				
Déficit moteur, sensitif, sensoriel ou du langage/AVC	2	délai ≤ 4h 30				délai ≥ 24 h et avis MAO, MCO		
Convulsions	3B			crises multiples ou en cours confusion, TC, déficit ou fièvre		récupération complète post critique		
Confusion/désorientation temporo spatiale	3B			fièvre				
Céphalée	3B			inhabituelle (premier épisode, brutale, intense... ou fièvre)		habituelle/migraine		
Vertiges/trouble de l'équilibre	3B			signes neurologiques associés, céphalée brutale				troubles anciens et stables

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

3/10

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
OPHTHALMOLOGIE								
Corps étranger / brûlure oculaire	3B			douleur intense, brûlure chimique		avis référent (MAO, MCO)		
Trouble visuel / œil douloureux / cécité	3B			début brutal		avis référent (MAO, MCO)		
Démangeaison / œil rouge	5							
ORL / STOMATOLOGIE								
Epistaxis	3B			saignement abondant actif		saignement abondant résolutif		saignement peu abondant résolutif
Trouble de l'audition/accouphènes	4			surdité brutale				
Tuméfaction ORL ou cervicale	4					fièvre ou signes locaux importants		
Corps étranger ORL	4			dyspnée inspiratoire				
Pathologie de l'oreille / otite	5							
Douleur de gorge / angine / stomatite	5					mauvaise Intolérance ou aphasie		
Obstruction nasale / rhinite / sinusite	5					sinusite fébrile		
Problème de dent ou de gencive	5					signes locaux importants, douleur résistante aux antalgiques		
PEAU								
Ecchymose / hématome spontané(e)	3B							
Abcès ou infection localisée de la peau	4					fièvre ou abcès volumineux		
Erythème étendu et autres éruptions / oedème spontané	5			anaphylaxie		fièvre ou mauvaise tolérance	étendu	localisé
Morsure, piqûre, prurit, parasitose	5			morsure de serpent/scorpion ...		fièvre ou signes locaux importants	étendu	localisé
Corps étranger sous la peau	5					corps étrangers multiples, complexes		

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
PEDIATRIE ≤ 2 ans (pathologie spécifique)								
Dyspnée avec sifflement respiratoire	2				sifflement sans dyspnée			
Fièvre ≤ 3 mois	2							
Convulsion hyperthermique	3B			récidive ou durée ≥ 10 min, ou hypotonie	récupération complète			
Diarrhée / vomissements du nourrisson (≤ 24 mois)	3B			perte de poids ≥ 10% ou hypotonie	≤ 6 mois			
Troubles alimentaires du nourrisson (≤ 6 mois)	4			perte de poids ≥ 10% ou hypotonie	perte de poids ≤ 10%			
Bradycardie	4			avant 1 an : FC ≤ 80/min après 1 an : FC ≤ 60/min				
Ictère néonatal	4			perte de poids ≤ 10% ou selles décolorées				
Tachycardie	4			avant 1 an : FC ≥ 180/min après 1 an : FC ≥ 160/min				
Hypotension	4			1-10 ans : PAS ≤ 70 mmHg (+ âge en année x 2)				
Pleurs incoercibles	4				pleurs dans le box de l'IOA			
PSYCHIATRIE								
Idée / comportement suicidaire	2							
Troubles du comportement / psychiatrie	3B			agitation, violence, délire, hallucinations	enfant			
Anxiété / dépression / consultation psychiatrique	4			anxiété majeure / attaque de panique	enfant			

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
RESPIRATOIRE								
Dyspnée / insuffisance respiratoire	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%					
Asthme ou aggravation BPCO	3B	détresse respiratoire	DEP ≤ 200 ou dyspnée à la parole/tirage/orthopnée				DEP ≥ 300 l/min et asthme	
Hémoptysie	3B	détresse respiratoire	hémoptysie répétée ou abondante					
Douleur thoracique / embolie / pneumopathie / pneumothorax	3B	détresse respiratoire	dyspnée à la parole/tirage/orthopnée					
Corps étranger voies aériennes	3B	détresse respiratoire	dyspnée à la parole, tirage, orthopnée	enfant		pas de dyspnée		
Toux / bronchite	5					fièvre, ou signes respiratoires associés		
RHUMATOLOGIE								
Douleur articulaire/arthrose/arthritis	4					fièvre ou signes locaux importants		
Douleur rachidienne (cervicale, dorsale ou lombaire)	5		déficit sensitif ou moteur associé			fièvre ou paresthésies		
Douleur de membre/sciatique	5					fièvre ou impotence du membre		

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
TRAUMATOLOGIE							
Traumatisme avec amputation	1						
Traumatisme abdomen/thorax/cervical	2	pénétrant	haute vélocité		faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Agression sexuelle et sévices	2						
Brûlure	3B		brûlure étendue ou main/visage	≤ 24 mois et brûlure peu étendue	avis référent (MAO, MCO)		brûlure peu étendue..., consultation tardive
Traumatisme de bassin/hanche/fémur/rachis	3B		haute vélocité		faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Traumatisme oculaire	3B		haute vélocité		faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Traumatisme maxillo-facial/oreille	3B		haute vélocité		faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Plaie	4		plaie délabrante, saignement actif		plaie(s) large, complexe, main	plaie(s) superficielle(s) hormis main	excoriation(s)
Traumatisme d'épaule ou distal de membre	4		haute vélocité, grande déformation/ischémie		impotence totale, déformation	impotence modérée ou petite déformation	ni impotence, ni déformation
Electrisation	4		perte de connaissance, brûlure, foudre		haute tension, temps de contact long	courant domestique	
Traumatisme crânien	5	coma (GCS ≤ 8)	GCS 9-13, déficit neurologique, convulsion, otorragie, AOD/AVK, vomissements répétés		perte de connaissance avant ou après	plaie/hématome	

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
DIVERS							
Pathologie rare et grave en sous-sée (ex. drépanocytose...)	2				avis référent (MAO, MCO)		
Hypothermie	2	T° ≤ 32° C	32° C ≤ T° ≤ 35,2° C				
Hyperglycémie	3B		cétose élevée, trouble de conscience		glycémie ≥ 20 mmol/l ou cétose positive	glycémie ≤ 20 mmol/l et cétose négative	
Hypoglycémie	3B	coma (GCS ≤ 8)	mauvaise tolérance/GCS 9-13				
Anomalie de résultat biologique	3B		symptomatique		avis référent (MAO, MCO)		
NEG / Asthénie	3B				signes objectifs d'altération de l'état général		ni comorbidités ni signes objectifs
Coup de chaleur / insolation	3B	coma (GCS ≤ 8)	T° ≥ 40° C/GCS 9-13				
Gelure / Lésions liées au froid	3B		signes de nécrose, déficit sensitif ou moteur				
Allergie	4		dyspnée/risque d'obstruction/mauvaise tolérance				
Problème suite de soins (pansements...)	5						
Renouvellement ordonnance	5						
Examen à des fins administratives / certificat / équisation	5				demande des forces de l'ordre		
Demande d'hébergement pour raison sociale	5						

Annexe II : Modèle national de protocole médical de réorientation de l'adulte

Modèle national de protocole médical de réorientation de l'adulte



La réorientation à l'entrée des urgences par un infirmier organisateur de l'accueil (IOA) ne peut se faire que sur protocole médical. Ce protocole médical n'est pas un protocole de coopération mais un protocole de service validée par le médecin urgentiste chef de service.

Le présent guide propose un modèle de protocole médical qui pourra être repris et adapté au niveau local. Ce protocole a été rédigé par la Société française de médecine d'urgence (SFMU) et par SAMU Urgences de France (SUDF) en lien avec le collège de la médecine générale (CMG) et le Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques (GFRUP).

1^{ère} étape : inscription administrative puis vérification des **critères médico-sociaux** de non-réorientation par l'IOA :

- ✓ Patient adressé par un médecin aux urgences (médecin traitant ou médecin régulateur)
- ✓ Patient ayant des difficultés de compréhension
- ✓ Patient ayant un problème de santé mentale aigu
- ✓ Patient dont le motif de recours est en lien avec des antécédents de maladie chronique sévère
- ✓ Patient dans l'impossibilité de recourir à une alternative sanitaire

2^{ème} étape : vérification du **motif de recours** du patient par l'IOA :

→ Voir la liste des motifs de recours sur les pages suivantes

3^{ème} étape : **évaluation clinique** du patient par l'IOA, mesure des paramètres vitaux et vérification des critères cliniques de la réorientation (présence de signes cliniques suggérant un état clinique instable ou de paramètres vitaux hors des valeurs habituelles) :

- × Fréquence cardiaque < 50/min ou > 110/min
 - × Fréquence respiratoire \geq 22/min
 - × Pression artérielle systolique < 90 mm Hg ou > 180 mm Hg
 - × Température < 36°C ou > 38°C avec atteinte de l'état général (valider selon la tolérance générale du patient)
 - × SpO2 < 93%
 - × Altération de l'état de conscience
 - × Glycémie capillaire < 3 mmol/L ou > 20 mmol/l ou cétose positive
- Toute situation clinique jugée potentiellement à risque par l'IOA ou le MAO

4^{ème} étape : **information** du patient et réorientation :

- Information du patient claire, compréhensible et adaptée à sa situation
- Réorientation du patient vers la ressource sanitaire jugée la plus adaptée, avec ou sans prise de RDV médical

VOTRE EXPERIENCE AUX URGENCES COMPTE: AIDEZ NOUS À AMELIORER VOTRE PARCOURS!

PARTICIPEZ À L'ÉTUDE ET PARTAGEZ AVEC NOUS VOTRE VECU DE PATIENT

QUI PEUT PARTICIPER ?

- tous les patients se présentant aux urgences et réorientés à leur arrivée vers une autre structure de soins

COMMENT Y PARTICIPER ?

- Répondez à ce questionnaire anonyme en flashant le QR code (durée -3 min)

e-Satis : LA SATISFACTION ET L'EXPERIENCE DES PATIENTS

[HTTPS://ENQUETES.UNIV-LILLE.FR/INDEX.PHP/127668?LANG=FR](https://enquetes.univ-lille.fr/index.php/127668?lang=fr)

Annexe IV : Attestation DPO



L'impact de la réorientation sur le parcours patient consultant aux urgences adultes: étude multicentrique exploratoire: ROUBAIX AVIGON ET LILE DE LA REUNION

Entité : ULille Travaux étudiants
Domaine : Formation initiale et continue tout au long de la vie

Description générale			
Nom du traitement	Référence	Envisagé	Archivé
l'impact de la réorientation sur le parcours patient consultant aux urgences adultes: étude multicentrique exploratoire: ROUBAIX AVIGON ET LILE DE LA REUNION	2025-050	Non	Non
Date de création	Date de modification	Date de revue	
14/01/2025	14/01/2025	14/01/2025	
Description			
étude réalisée en Infirmière pratiques avancées mention Urgences;			
Objectif principal: recueillir le vécu expérience du patient réorienté, après la venue aux urgences à J0 en salle d'attente et à J7 par un questionnaire (questionnaire E-satis validé par l'HAS) et un entretien téléphonique. Objectif secondaire: Quantifier le nombre de passages aux urgences adultes avant et après la mise en place du protocole de réorientation.			
Structure opérationnelle	Volumétrie		
Faculté Médecine	10		
Origine de la collecte des données	Description de la source		
Collecte directe	Le recueil de données de l'objectif principal a été réalisé auprès de professionnels de santé, par des entretiens semi-directifs individuels, en présentiel et avec un dictaphone numérique, dans la salle d'attente du service, après leur consultation avec l'IAO ou MAO. Le guide d'entretien établi dans cette étude commençait par une question ouverte et large pour permettre à la personne interrogée de s'exprimer librement : « Racontez-moi, qu'est-ce qui vous a amené à consulter aux urgences ? » Cette question avait pour but de recueillir l'urgence ressentie par le patient et connaître son parcours entrepris jusqu'aux Urgences. Puis, il y aura un questionnaire (à destination des patients) qui mènera sur un second entretien téléphone (7 jours après) pour évaluer à J7 si oui/non ils ont pu se rendre à leur rdv de réorientation, si non, en connaître les causes. Le questionnaire sera disponible via un QR code en salle d'attente, pour les patients réorientés depuis le service des urgences à j0 et à j7 potentiellement un entretien téléphonique (les patients laisseront leur coordonnées téléphoniques) Le logiciel Veracrypt sera utilisé pour la sécurisation des données		

Supports	
Référence	Support
Dictaphone	Dictaphone numérique
DDEXT	Disque dur externe chiffré
FPAP	Formulaires papier
ORDI PERSO	Ordinateur portable personnel
VERACRYPT	VERACRYPT
MESSAGERIE	ZIMBRA

Annexe V : Lettre d'information à destination des patients

LETTRÉ D'INFORMATION À DESTINATION DES PATIENTS :

Bonjour, je m'appelle Aubérie VANDESTOCKE, infirmière étudiante en pratiques avancées mention Urgences.

Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite recueillir l'avis des patients réorientés depuis les urgences adultes à travers un questionnaire de satisfaction.

Si vous le souhaitez, vous pouvez y participer en répondant à ce questionnaire, qui dure moins de 5 minutes et vise à mieux comprendre votre retour d'expérience.

A la fin, vous aurez également la possibilité de laisser vos coordonnées si vous acceptez d'être, contacté(e) dans les 7 jours suivant votre sortie des urgences. Cela me permettra d'échanger avec vous sur les réussites ou éventuelles difficultés rencontrées dans votre parcours de soins.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire/thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr.

Merci à vous !

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse

auberie.vandestocke.etu@univ-lille.fr

Merci beaucoup pour votre participation !

Aubérie Vandestocke Étudiante IPA mention Urgences Faculté de médecine de Lille

Annexe VI : Guide d'entretien Professionnels SU

1. Comment la réorientation des patients est-elle mise en œuvre dans votre service ?

.....
.....
.....

2. Quels sont, selon vous les principaux objectifs de la réorientation ?

.....
.....
.....

3. Racontez-moi, les structures ou professionnels vers lesquels vous réorientez le plus souvent les patients ?

.....
.....
.....

4. Décrivez- moi , les avantages de la réorientation dans votre établissement, et dans notre système de santé ?

.....
.....
.....

5. Racontez-moi, les difficultés rencontrées lors de la mise en place de la réorientation :

.....
.....
.....

6. Expliquez-moi, si pour vous, la réorientation a-t-elle un impact sur votre charge de travail ou celle de l'équipe ?

.....
.....
.....

7. Racontez-moi, si vous avez déjà rencontré des difficultés ou refus de réorientation de la part des patients ?

.....
.....
.....

8. Parlez-moi des structures de villes, avec qui vous collaborez dans la réorientation :

.....
.....
.....

9. Expliquez-moi, si selon vous, la réorientation contribue t'elle réellement à désengorger les urgences ?

.....
.....
.....

Annexe VII : QR Code verbatims



Annexe VIII : Grille COREQ

Traduction française de la grille COREQ (Gedda, 2014)

N-	Item	Guide questions/description	Réponse
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
1	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	VANDESTOCKE Aubérie
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD	Étudiante IPA
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Infirmière
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	15 ans de soins infirmiers en structure et ville
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche	Aucunes informations n'a été transmises
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	Aucunes informations n'a été transmises
Domaine 2 : Conception de l'étude			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse de discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu	Étude mixte
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige	Pour les patients: volontaires ayant eu accès au QR code. Pour les soignants: uniquement les soignants exerçant aux urgences de 3 sites hospitaliers
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	les participants ont été contactés par mail
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	12 entretiens et 30 questionnaires
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	10 questionnaires n'ont pas été remplis entièrement
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail	Domicile
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date	professionnels exerçant sur 3 sites,
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	oui, validé par la directrice de mémoire
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	oui
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	oui
Domaine 3 : Analyse et résultats			
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	40 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	oui
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	non
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	3
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	oui
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	déterminés à partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	aucun logiciel
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	oui

AUTEURE : Nom : VANDESTOCKE

Prénom : Aubérie

Date de soutenance : Le Mercredi 02 Juillet 2025

Titre du mémoire : LA RÉORIENTATION DES PATIENTS AUX URGENCES :

Regards croisés sur les pratiques et enjeux

Étude mixte multicentrique exploratoire menée au Centre Hospitalier d'Avignon, de Roubaix et de l'île de la Réunion.

Title : THE REORIENTATION OF PATIENTS IN EMERGENCY DEPARTMENTS :

Cross perspectives on practices and issues.

An exploratory multicenter mixed-method study conducted at the hospitals of Avignon Roubaix and Réunion Island.

Mots-clés : Réorientation-Urgences-Filière-Parcours- Protocole de réorientation- Infirmier en Pratique Avancée

Keywords : Reorientation-Emergency-Care pathway-reorientation protocol-Advanced Practice Nurse.

Résumé : Le constat selon lequel 43% des consultations aux urgences pourraient être prises en charge en ambulatoire met en lumière la surcharge des services d'urgence français. Face à ce défi, en 2021, une expérimentation nationale a été lancée (Article 51) instaurant un forfait de réorientation. Arrivé à son terme en 2023, elle révèle des résultats contrastés : les Centres Hospitaliers d'Avignon et de l'Ouest de la Réunion dépassent 10% de réorientation contre 2,8% à Roubaix. Cette disparité justifie une analyse comparative. En raison de l'absence d'accord de la CNIL lors de l'expérimentation, l'expérience-patient n'a pu être analysée. Cette étude vient ainsi la compléter en explorant, à travers les regards croisés des patients réorientés et des professionnels, les perceptions et les enjeux concrets du dispositif.

Méthode : Étude mixte multicentrique exploratoire. Les données recueillies ont été analysées selon une méthode d'analyse thématique, illustrant les regards croisés des patients et professionnels.

Résultats : L'enquête met en évidence les tensions croissantes autour de la réorientation des patients issus des urgences, reflet d'un système fragmenté, parfois peu lisible pour les professionnels comme pour les patients. Les résultats de notre enquête révèlent un système sous tension, où les attentes croissantes des patients, la perte de repère dans le parcours de soins, et enfin les difficultés d'accès à un médecin en ville, convergent vers un recours parfois inadapté aux urgences.

Conclusion : Cette étude met en évidence la nécessité de structurer des filières de soins identifiées coordonnées et accessibles. Toutefois, leur simple existence ne suffit pas, c'est une articulation forte entre médecine de ville et hôpital qui doit être consolidée reposant sur un langage commun, objectifs partagés, et l'engagement de tous les acteurs dans une logique de parcours. Dans cette perspective, l'intégration de l'Infirmier en Pratiques Avancées (IPA) constitue une réponse pragmatique, humaine et efficace aux dysfonctionnements identifiés tout au long de cette étude.

Background : The finding that 43% of emergency room visits could be better managed through outpatient care highlights the overload in French emergency services. Facing this challenge a national experiment was launched in 2021 (Article 51) establishing a reorientation package. Completed in 2023 it reveals mixed results : hospital in Avignon and Western Réunion reported more than 10% reorientation rates compared to 2,8% in Roubaix. This disparity justifies a comparative analysis. Due to the CNIL's lack of agreement on the experimentation the patient experience could be not analyzed. This study aims to complement existing data by exploring through cross-views of reoriented patients and professionals their perceptions and the practical issues of the system.

Method : Exploratory multicenter mixed-method study. Collected data were analyzed using thematic analysis crossing the perspectives of both patients and professionals.

Results : The survey highlights increasing tensions around the reorientation of patients from emergency departments reflecting a fragmented system that is less visible to professionals and patients. The results show a system under strain where rising patient expectations especially for access to GP's finally reflect the difficulty in accessing primary care leading to inappropriate emergency rooms visits.

Conclusion : This study highlights the need to structure care pathways through identified coordinated and accessible services. However their simple existence is not enough strong coordination between GP's and hospitals must be strengthened based on shared language goals and the commitment of all stakeholders. In this context the integration of Advanced Practice Nurse (APN) offers a pragmatic humane and effective response to the dysfunctions identified throughout this study.

Direction de mémoire : Madame Hélène DEHAUT.