

RAPPORT FINAL

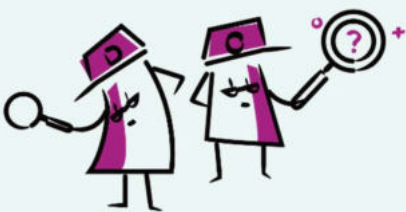
Forfait de réorientation des patients des
structures des urgences - FRU

Réalisé par le Cabinet Ernst & Young



15/03/2022

Sous le pilotage de la cellule d'évaluation Article 51



Nom des auteurs

Bouchet Aurélien
Fouchard Arnaud
Hulcourt--Gillo Clotilde
Zanouda Maxine

SYNTHESE

Les passages aux urgences ont doublé en l'espace de 20 ans (20 millions en 2019¹). Ces services sont trop sollicités et cette surcharge de travail ne permet pas au personnel d'exercer leur profession dans de bonnes conditions tout en suscitant le mécontentement des usagers. Faisant suite au rapport Véran², un « forfait de réorientation » des patients est expérimenté 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. 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 ».

Cette expérimentation d'une durée de 2 ans arrive à son terme. L'évaluation a été réalisée en deux parties : la faisabilité de la mise en œuvre et l'efficacité ont été appréciées à mi-parcours tandis que l'appréciation du modèle économique et la reproductibilité du dispositif ont été analysées sur les derniers mois.

L'expérimentation Forfait de réorientation des urgences (FRU) a été déployée à compter de mai 2021 au sein des 36 services expérimentateurs. Au 31 décembre 2022³ un tiers des sites (12 SU, 33%) n'avaient enregistré aucune réorientation de patients, un peu plus d'un quart des sites (10 SU, 28%) avaient déployé le dispositif mais dans des proportions très faibles (entre 14 et 415 réorientations).

Près de 40% des sites ont donc contribué activement à la démarche de réorientation FRU, dont 6 SU modérément (entre 582 et 2 641 réorientations), et 8 SU très significativement en enregistrant entre 3 203 et 17 884 réorientations. Un site, le Centre Hospitalier d'Avignon, totalise à lui seul plus d'un quart des réorientations (26%, soient 17 884 depuis mai 2021) – cf Figure 17.

Seuls 2 sur 18 des SU visités respectent strictement le cahier des charges. Les 16 autres SU ont mis en œuvre l'expérimentation en s'affranchissant de certains critères du cahier des charges liés au circuit de prise en charge, la prise de rendez-vous de réorientation, l'édition et la remise au patient du bulletin de réorientation.

► Les trois principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du FRU

- 1) La compréhension imparfaite de ce que recouvre la notion de réorientation « FRU »

Les expérimentateurs ont une acception large de la notion de réorientation et adhèrent au principe. Ils sont d'ailleurs nombreux à disposer de pratiques préexistantes et proches de la réorientation (sur une base orale informelle ou plus formalisée à travers le renvoi vers une MMG dans les murs des urgences). Mais ces cas de figures ne peuvent pas répondre au cahier des charges de l'expérimentation, ou même au cadre réglementaire de cette réorientation. En effet, l'arrêté du 23 février 2021 prévoit que *« les établissements retenus dans le cadre de cette expérimentation sont tenus de*

¹ [Fiche 25 - La médecine d'urgence.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

² Rapport d'étape « Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé », 2015

³ Au regard des remontées de données de l'ATIH quant au nombre de RU1 reversés aux expérimentateurs (période de mai 2021 au 31 décembre 2022).

respecter les conditions ci-après : - la mise en place d'un accès non-régulé à la structure accueillant la réorientation (...), il est impératif que les patients puissent avoir librement accès à cette structure pour des soins non programmés sans passer par la structure des urgences (...); - l'absence de facturation d'un forfait de réorientation pour une réorientation au sein même de la structure des urgences (...) ». Parce que c'est utile sur le terrain pour les professionnels et les patients, un grand nombre de SU rencontrés réorientent vers la MMG située dans les murs des urgences, mais seules les réorientations vers une MMG située en dehors de la structure des urgences [y compris dans l'enceinte de l'hôpital] peuvent intégrer l'expérimentation et donner lieu à un financement.

2) Le difficile conventionnement des SU avec la médecine de ville

Le cahier des charges requérait que les SU expérimentateurs formalisent leur fonctionnement avec les médecins libéraux à travers des conventions. La faible disponibilité des médecins libéraux, la volonté marquée de limiter les tâches administratives, les négociations entourant le conventionnement y compris la répartition du forfait FRU entre l'hôpital et la ville sont des sujets qui ont constitué de véritables difficultés à la mise en œuvre. Les expérimentateurs indiquent la quasi-impossibilité de conventionner avec des médecins libéraux exerçant de manière isolée : le recours à la CPTS s'avère alors essentiel. Ces retours sont partagés par l'ensemble des SU consultés.

3) La non-interopérabilité des systèmes d'informations entre les structures des urgences et les médecins conventionnés

Le système d'informations présente un double impact : une source de difficulté eu égard à la prise de rendez-vous, les SU n'ayant pas systématiquement de lisibilité sur les plannings des médecins conventionnés ; et une source de difficulté dans le manque de traçabilité quant au parcours du patient réorienté une fois qu'il a quitté les urgences. En d'autres termes, une perspective d'évolution est clairement identifiée par les professionnels d'urgences : l'optimisation des étapes de décision de réorientation et de prise de rendez-vous, via le déploiement d'outils SI interfacés entre les SU et les médecins conventionnés. L'interfaçage permettra aussi d'assurer la traçabilité des informations en termes de parcours patients et de facturation des RU1.

► Des facteurs-clés de succès ont été observés :

Outre ces difficultés, les expérimentateurs ont également identifié des leviers permettant le déploiement du dispositif. Ceux-ci ont trait :

- ◆ À l'emplacement de la structure de réorientation par rapport aux urgences,
- ◆ À la protocolisation et donc l'harmonisation des pratiques au sein d'un même SU,
- ◆ Au développement des liens Ville/Hôpital,
- ◆ Au rôle confié à l'IOA dans le processus de réorientation des patients : il est l'acteur principal du parcours et le nombre de réorientations effectuées est « IOA-dépendant ».

L'ensemble des acteurs – professionnels des urgences et libéraux – ainsi que les patients reconnaissent l'intérêt du dispositif de réorientation :

- ◆ Pour les professionnels de santé : la réorientation permet de recentrer les urgences sur le cœur de métier.
- ◆ Pour les patients : le dispositif permet d'être positionnés dans la bonne filière de soins et ainsi bénéficier d'un parcours de soins adapté.
- ◆ Pour les médecins de ville : la réorientation permet de renforcer les liens Ville/Hôpital et de répondre à leur implication sur les enjeux de santé publique.

► **Une évaluation médico-économique impossible à date :**

Les expérimentateurs font état de l'absence d'analyse financière globale de l'expérimentation, ou plus précisément de l'impact du forfait sur les charges induites par la réorientation FRU. Les évaluateurs soulignent la difficulté à collecter des informations financières (étude d'impact de l'expérimentation du forfait) de la part des établissements expérimentateurs. Il est donc, à ce stade, impossible de conclure sur la viabilité et la pérennité de ce modèle économique (qui inclue des déclinaisons selon que le forfait est partagé et selon les proportions de ce partage). Le seul constat réalisable réside dans le déploiement de l'expérimentation à moyens constants en termes d'effectif et avec une proportion limitée d'investissement dans le volet SI.

Il faut ajouter que la réforme du modèle de financement des urgences, concomitante de l'expérimentation, n'a pas aidé les établissements à suivre les recettes et les dépenses liées au forfait.

► **Une expérimentation qui suscite l'intérêt des professionnels des SU, mais dont l'excès de formalisme obère la mise en œuvre :**

Les professionnels ont tous souligné la nécessité de « réorienter » tant pour contribuer au désengorgement des urgences que dans une logique de pédagogie via le « repositionnement du bon patient dans la bonne filière de soins ».

Pour autant ce consensus se structure davantage autour de la « réorientation » au sens large du terme qu'au regard du cahier des charges actuel de l'expérimentation qui ne reflète pas selon les professionnels de santé la réalité de leur pratique. En d'autres termes, les professionnels comprennent la réorientation comme la sortie d'un patient - ne relevant d'une prise en charge par les urgences - du service, peu importe le cadre (par exemple vers une MMG au sein du SU).

Il est à noter que le ré-adressage vers les urgences par la structure de réorientation est extrêmement rare. De ce fait les expérimentateurs rencontrés n'ont pas eu la nécessité d'élaborer un protocole de ré-adressage.

Si le dispositif devait être poursuivi par l'ensemble des acteurs à l'issue de l'expérimentation, des ajustements et précisions seraient nécessaires, notamment quant à la notion même de réorientation. Il faudrait aussi outiller les établissements de santé et leurs partenaires de ville sur des systèmes d'information interopérables, préciser le modèle économique et notamment la répartition du forfait entre les acteurs libéraux et hospitaliers, ainsi que renforcer l'implication des ARS et des CPTS dans le déploiement pour faciliter le conventionnement et le dialogue Ville/Hôpital.

SOMMAIRE

Nom des auteurs	2
SYNTHESE	3
Glossaire	8
1. Eléments de contexte	9
1.1 Présentation du projet	9
1.2 Points clés de l'expérimentation	10
1.3 Objectifs du Cahier des Charges et inscription dans le contexte national	11
2. Méthodologie de l'évaluation	12
2.1 Présentation de l'évaluateur	12
2.2 Méthodologie et calendrier	12
2.3 Limites de l'évaluation	13
3. Evaluation de l'expérimentation Forfait Réorientation Urgences	16
3.1 Analyse de la Faisabilité et Opérationnalité	16
3.1.1 La situation de départ n'est pas la même pour tous les établissements participants	16
3.1.2 Les modalités de mises en œuvre du FRU sont variables selon les contextes locaux	19
3.1.3 Il existe des invariants rencontrés dans tous les établissements	36
3.1.4 La pandémie de COVID19 a aussi eu un rôle variable, entre frein à la mise en œuvre et catalyseur de coopérations ville-hôpital	42
3.2 Analyse de l'efficacité	45
3.2.1 L'hétérogénéité du nombre de réorientations FRU au sein des expérimentateurs	45
3.2.2 La lourdeur administrative et le caractère chronophage de la réorientation comme freins majeurs identifiés par les expérimentateurs	47
3.2.3 Des critères de réorientation relativement homogènes parmi les SU rencontrées, mais une compréhension de la réorientation par les patients plus hétérogène	50
3.2.4 Les difficultés rencontrées par les médecins conventionnés	52
3.2.5 La difficulté des établissements à remonter des indicateurs sur la réorientation	52
3.3 Analyse de l'efficience	54

3.3.1	Une organisation largement déployée à moyens constants parmi les sites du panel ⁵⁴	
3.3.2	L'absence d'analyse d'impact du forfait par rapport aux charges induites par le parcours	55
3.3.3	Le forfait comme élément incitatif clé pour les expérimentateurs hospitaliers et de ville	56
3.4	Analyse de la reproductibilité	58
3.4.1	Le consensus des expérimentateurs rencontrés sur la pertinence de l'extension ou de la généralisation de la protocolisation de la réorientation	58
3.4.2	L'identification de points de vigilance par les expérimentateurs	63
4.	Conclusion	66
5.	Annexes	68

Glossaire

ARS	Agence Régionale de Santé
ATU	Forfait Accueil et traitement des Urgences
COVID	Maladie à Coronavirus
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
FRU	Forfait de Réorientation des patients dans les structures des urgences
IOA	Infirmier(e) organisateur de l'accueil
MAO	Médecin d'accueil et d'orientation
MMG	Maison médicale de garde
MSP	Maison de santé publique
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
SU	Structure des urgences

1. Eléments de contexte

1.1 Présentation du projet

©	Forfait de réorientation des patients des services d'urgence	
Porteur(s)	Direction générale de l'Offre de soins (DGOS)	
Territoire(s) concerné(s)	France métropolitaine et outre-mer	
Nature du projet	National	
Public cible	Prises en charge des patients se présentant aux services d'urgences mais ne nécessitant pas une prise en charge par le service des urgences hospitalières et pour lesquels une consultation en ville peut être programmée dans un délai compatible avec leur état de santé	
Professionnels de santé et structures impliqués	36 services d'urgences expérimentateurs	
Objectifs principaux	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuer le recours non pertinent aux urgences • Réduire la charge de travail pour les Services d'Urgences (SU) • Améliorer la connaissance des patients en matière de recours au système de soins 	
Objectifs opérationnels (CDC)	<ul style="list-style-type: none"> • Atteindre entre 5 et 10 % (à minima 5%) de réorientation pour les patients dont le passage dans le service d'urgence n'est pas suivi d'une hospitalisation. • Atteindre à minima 70 % des consultations de réorientation honorées par les patients ; • Garantir la qualité et la sécurité des organisations mises en place pour réorienter les patients ; 	
Coût prévu de l'expérimentation	FISS	1,6 million d'euros annuel (sur la base de 108 000 patients réorientés, en sus de la facturation traditionnelle (3,2 millions € sur la durée de l'expérimentation))
	FIR	Non applicable
Dates de début	Publication de l'arrêté : 23 février 2021 (arrêté du 27 décembre 2019 abrogé)	
	Début de l'expérimentation : date de prise en charge du premier patient soit mai 2021	
Durée	24 mois à compter de la date de prise en charge du premier patient soit une fin d'expérimentation en mai 2023	

L'expérimentation Forfait de Réorientation des Urgences (ci-après « FRU »), a démarré le 1^{er} mai 2021 – date de la 1^{ère} inclusion de patients - au sein de 37 structures des urgences expérimentateurs ([critères de sélection](#)).

Le FRU tend, à travers la mise en place d'un forfait d'un montant de 60€ par patient réorienté, à inciter les acteurs hospitaliers et de ville à travailler de concert pour proposer aux patients un parcours de soins adapté à leur situation requérant une consultation non programmée mais pas des soins urgents.

Cette réorientation peut donc être réalisée vers un praticien de ville, généraliste ou spécialiste, une maison de santé, une maison médicale de garde une structure SOS Médecins, voire une communauté professionnelle territoriale de santé (ci-après « CPTS »). La réorientation ne peut avoir lieu vers un professionnel situé au sein de la structure des urgences.

1.2 Points clés de l'expérimentation

► Durée de l'expérimentation

La durée de cette expérimentation est de deux ans à compter de la première réorientation, réalisée en mai 2021, soit jusqu'en mai 2023.

► Porteur de projet

L'expérimentation FRU est portée par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).

► Cibles d'intervention

L'expérimentation FRU est conduite dans des établissements de santé qui disposent d'une structure des urgences. La réorientation cible les patients majeurs et mineurs se présentant aux urgences.

► Rémunération

Un forfait d'un montant de 60€ par patient réorienté est versé à la structure des urgences.

► Le parcours proposé dans l'expérimentation

L'arrêté du 23 février 2021 abrogeant l'arrêté du 27 décembre 2019⁴, fixe les engagements des établissements expérimentateurs :

- ◆ La décision finale de réorientation est prise par un médecin senior (sur la base d'un questionnaire établi entre les acteurs médicaux et paramédicaux hospitaliers, rempli par le patient). Cette réorientation peut prendre appui sur les protocoles mentionnés au D6124-18 du Code de la Santé Publique.
- ◆ La réorientation se traduit pour le patient par un rendez-vous (date, heure et lieu) qui est synthétisé sous la forme d'un bulletin de réorientation.
- ◆ Les patients doivent pouvoir avoir accès librement à cette structure de consultation de ville pour des soins non programmés sans passer par la structure des urgences⁵. En d'autres termes, l'accès à la structure de consultation ne doit pas être conditionné à un passage par les urgences : les patients doivent pouvoir s'y présenter spontanément.
- ◆ Il n'est pas facturé de forfait de réorientation pour une réorientation vers une filière de soins non-programmés ou vers une téléconsultation située au sein de la structure des urgences. Ces deux modalités étant déjà financées par ailleurs. Ces modalités ne

⁴ Arrêté du 23 février 2021 abrogeant l'arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les structures des urgences et fixant la liste des établissements de santé expérimentateurs - Légifrance ([legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr))

⁵ Cette définition est issue de l'arrêté du 23 février 2021 relatif à l'expérimentation. Il s'agit de la possibilité pour le patient de pouvoir se présenter dans cette structure sans passer par les urgences en cas de besoin de soin non programmé et donc dans ce cas sans facturation d'un forfait de réorientation.

répondent pas au cadre de la réorientation vers la ville définie au R 6123-19 et 20 du Code de la Santé Publique. Aucun travail supplémentaire – formalisé par la rédaction d'un protocole et d'une convention – avec la ville n'est réalisé, la responsabilité du médecin n'est pas engagée et aucun rendez-vous de réorientation n'est pris.

- ♦ Le patient peut refuser la réorientation qui lui est proposée par l'hôpital. En cas de refus, l'établissement ne perçoit pas le FRU et le patient est admis aux urgences.

1.3 Objectifs du Cahier des Charges et inscription dans le contexte national

► Objectifs opérationnels

Les objectifs opérationnels visés par le projet FRU sont de trois ordres :

- ♦ Un pourcentage estimé entre 5 et 10% (a minima 5%) de réorientation pour les patients dont le passage dans la structure des urgences n'est pas suivi d'une hospitalisation.
- ♦ Un minimum de 70% des consultations de réorientation doivent être honorées par les patients.
- ♦ La qualité et la sécurité des organisations mises en place pour réorienter les patients doivent être garanties.

► Objectifs institutionnels

L'expérimentation est d'ampleur nationale.

Les objectifs à terme de l'expérimentation sont d'améliorer la connaissance des patients en termes de recours au système de soins afin de permettre qu'ils se tournent de manière prioritaire vers la médecine de ville au lieu de se rendre aux urgences si leur besoin de santé le permet. Le recours aux urgences pouvant relever d'une prise en charge en ville devrait diminuer ainsi que la charge de travail pour les personnels des SU. Cela permettrait également de diminuer l'attente du patient au sein des SU

En outre, le travail de réorientation organisé entre la ville et l'hôpital doit permettre de renforcer les liens et de créer des modèles de coopération, organisationnels, ou de renforcer les outils de collaboration (messagerie sécurisée, agenda partagé) favorisant la mise en place d'un parcours de soins lisible et coordonné entre les structures des urgences et les praticiens libéraux de ville.

2. Méthodologie de l'évaluation

2.1 Présentation de l'évaluateur

Le cabinet de conseil EY Consulting (Ernst & Young), a été missionné par la Cellule d'Évaluation de l'article 51 pour réaliser l'évaluation de l'expérimentation article 51 « Forfait de réorientation des patients des structures des urgences - FRU », portée par la Direction Générale de l'Offre de Soins.

2.2 Méthodologie et calendrier

La méthodologie cadrant l'évaluation de l'expérimentation FRU est établie par le Protocole validé en janvier 2022. L'évaluation de l'expérimentation FRU se structure autour des axes d'analyse suivants :

- ◆ La faisabilité et l'opérationnalité du dispositif
- ◆ L'efficacité (notamment la mise en place des activités prévues et leur impact sur la coordination et la prise en charge des patients)
- ◆ L'efficience du dispositif
- ◆ La reproductibilité de la réorientation FRU

Pour permettre cette analyse, les travaux suivants ont été réalisés :

- ◆ Visites sur sites et entretiens avec 18 des SU expérimentateurs (dont 9 des 10 services recensant le plus de réorientations FRU)⁶ : à cette occasion 59 entretiens ont été conduits, selon un format individuel ou collectifs (avec une dizaine de tables rondes et staffs). Les professionnels rencontrés étaient : les chefs de structures des urgences, les chefs de pôle, les cadres de santé, les médecins seniors, les IOA, les directeurs des affaires financières, les directeurs des ressources humaines, etc. Quelques directeurs, directeurs adjoints et directeurs des services d'informations ont ponctuellement participé aux échanges. La liste des visites et entretiens figure en annexe. L'objectif de ces entretiens était de rencontrer le panel le plus possible de professionnels intervenant dans le déploiement et le pilotage de l'expérimentation ainsi que dans son fonctionnement quotidien avec les patients. Pour chacune des visites sur site, le service d'urgences a été visité et le parcours du patient réorienté a été présenté.
- ◆ La diffusion d'enquêtes en ligne sur deux périodes (mars à mai 2022 et janvier février 2023) à destination des professionnels des urgences ainsi, des chefs de services d'urgence et des médecins conventionnés
 - Mars à mai 2022 :
 - ▶ Enquête à l'attention des professionnels des structures des urgences : 43 répondants
 - ▶ Enquête à l'attention des chefs de structures des urgences : 12 répondants
 - Janvier à février 2022 :
 - ▶ Enquête à l'attention des professionnels des structures des urgences : 47 répondants

⁶ La liste des SU visites et des entretiens réalisés se situe en [annexe](#) du présent rapport.

- ▶ Enquête à l'attention des chefs de structure des urgences : 19 répondants
- ♦ La réalisation d'entretiens téléphonique avec des représentants de trois ARS (avril-mai 2022)
- ♦ L'analyse du fichier de facturation transmis par l'ATIH pour identifier le nombre de forfaits facturés par établissements

Le calendrier suivant met en avant les grandes étapes de l'expérimentation FRU :

Etapes	Dates
Publication de l'arrêté	23 février 2021 (arrêté du 27 décembre 2019 abrogé)
Durée de l'expérimentation	2 ans (à compter du 1 ^{er} mai 2021)
Date de la 1^{ère} inclusion de patients	1 ^{er} mai 2021
Travaux relatifs à l'évaluation	<p>Début de l'évaluation : janvier 2022</p> <p>Diffusion de la 1^{ère} session d'enquêtes en ligne : 25 mai au 17 juin 2022</p> <p>1^{ère} vague de visites sur sites : 30 mars au 10 mai 2022</p> <p>Diffusion de la 2^e session d'enquêtes en ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chefs de service et professionnels des urgences : 17 janvier au 19 février 2023 - Médecins conventionnés : 9 janvier au 21 février 2023 <p>Rendu du rapport d'évaluation : 15 mars 2023</p>

2.3 Limites de l'évaluation

A la date de ce rapport, l'évaluation conduite présente quatre limites :

▶ **Le point de vue des patients**

La non-réception de l'accord CNIL lors des premiers travaux de l'évaluation a été un élément limitant dans l'analyse de l'expérience patient. Il a en effet été impossible pour les évaluateurs d'analyser l'avis des patients réorientés via une enquête en ligne et il nous a également été impossible de prévoir un temps d'échange avec eux dans le cadre des visites (en dehors des rencontres « spontanées »).

La majorité des sites rencontrés lors de la seconde vague de visites réorientant sur une partie des horaires de permanence des soins ambulatoires - PDSA (notamment en soirée), les échanges possibles avec des patients réorientés ont été rares et peu de questionnaires ont pu être diffusés.

► Des données non fiabilisées

Les données transmises par l'ATIH (nombre de réorientations soumises au forfait RU1, et montants cumulés des facturations par établissement - années 2021 et 2022) font apparaître que de nombreux montants divergent entre les données remontées dans le cadre de l'expérimentation et ce que les établissements indiquent avoir déclaré. Il sera nécessaire qu'elles soient fiabilisées afin de pouvoir nourrir des constats qui ne soient pas mis à caution en raison de la qualité des données transmises. Ce point peut aussi renvoyer à la notion de réorientation et à ce qui est entendu comme relevant ou non du FRU.

La lecture de ces données est impactée par deux facteurs. D'une part les données divergent entre les transmissions de l'ATIH et les déclarations des établissements. D'autre part, les expérimentateurs n'ayant pas tous déployé l'expérimentation en même temps (certains en mai 2021, d'autres en août 2022, d'autres n'ont jamais commencé), les données obtenues sont à analyser avec précaution. Cette divergence peut être due au non-respect strict du cahier des charges qui conditionne la facturation et le versement du RU1 - par exemple une réorientation vers un médecin traitant, a fortiori sans que le SU ne procède à la prise de rendez-vous.

A titre d'exemple, au regard des dernières données transmises par l'ATIH datant du 31 Décembre 2022, 4 SU semblent avoir cessé (ou fortement diminué) l'expérimentation alors même qu'ils en réalisaient en 2021, et à contrario, 6 SU pour lesquels des RU1⁷ ont été facturés uniquement sur l'année 2022.

► Des éléments médico-économiques sur le parcours des patients

L'analyse qualitative et quantitative sont complémentaires dans le cadre de cette évaluation. Ainsi certains volets de cette analyse nécessiteraient un étayage, via des données médico-économiques sur le modèle économique du FRU et son « implication » sur les dépenses de santé, surtout en cas de généralisation.

En effet, l'ensemble des SU visités ont fait état de l'absence de réalisation d'une analyse financière globale du dispositif et d'une analyse ciblée sur l'impact du forfait sur le SU ou sur l'établissement.

► Les limites des enquêtes en ligne

Trois principales limites ont été identifiées quant à la diffusion des enquêtes en ligne, notamment celles aux chefs de structures des urgences et aux professionnels des urgences.

Il y a globalement eu peu de répondants aux enquêtes, et parmi eux, tous n'ont pas systématiquement répondu à l'ensemble du questionnaire, ce qui limite l'analyse et suppose d'être prudent quant aux tendances observées.

De plus, les contacts des médecins généralistes libéraux ayant été fournis tardivement par les pouvoirs publics, très peu de réponses au questionnaire en ligne ont pu être obtenues.

⁷Le FRU est facturé via la lettre clé « RU1 » qui a été intégrée directement dans les logiciels de facturation des établissements expérimentateurs.

Enfin, il y a parfois plusieurs réponses de professionnels du même établissement⁸. Etant donné qu'il est observé des spécificités territoriales à la mise en place de l'expérimentation FRU, cela accentue un biais de représentativité.

En ce sens, les données quantitatives présentées dans ce rapport sont à mettre en lumière des informations qualitatives relevées lors des 18 visites de sites réalisées.

Enfin, les médecins libéraux ont également peu répondu, notamment en raison de la transmission tardive de leur messagerie.

⁸ La variabilité de la représentativité du personnel varie d'un établissement à l'autre. Aussi, parmi les 36 établissements expérimentateurs, 14 n'ont pas enregistré de RU1, expliquant ainsi la variabilité du taux de retour d'un établissement à l'autre

3. Evaluation de l'expérimentation Forfait Réorientation Urgences

3.1 Analyse de la Faisabilité et Opérationnalité

Les problématiques principales guidant l'évaluation de la faisabilité et de l'opérationnalité de l'expérimentation FRU sont les suivantes :

- ◆ Comment les structures des urgences ont-elles mis en place les réorientations ?
- ◆ Des adaptations spécifiques à chaque service peuvent-elles être observées par rapport à ce qui était prévu dans le cahier des charges ?

L'objectif de cette analyse est de cerner si le projet a été mis en œuvre tel que prévu dans le cahier des charges et si des ajustements ont été réalisés par rapport à ce dernier. Elle traite notamment des modalités de pilotage et de mise en œuvre de l'expérimentation dans le but d'évaluer la pérennisation du projet et des partenariats noués.

La faisabilité et l'opérationnalité en synthèse

- ◆ Le déploiement de l'expérimentation est caractérisé par son hétérogénéité.
- ◆ Une variabilité découlant, d'une part, de situations initiales différentes au sein des SU, d'autre part, de modalités de mise en œuvre du FRU différenciées selon les SU. La sélection des structures expérimentatrices par le porteur visait la variabilité des situations de départ.
- ◆ L'identification d'éléments invariants au sein des SU : l'IOA comme pierre angulaire du processus de réorientation, la difficulté du conventionnement avec les médecins libéraux, la compréhension et l'application imparfaite du cahier des charges et l'organisation de la réorientation sur des tranches horaires spécifiques (uniquement le matin ou l'après-midi par exemple).
- ◆ La pandémie COVID a présenté un double impact dans le cadre de l'expérimentation. Elle a majoritairement constitué un frein au déploiement du parcours. De manière plus ponctuelle, elle s'est révélée être le catalyseur de la coordination Ville/Hôpital dans le cadre de la réorientation

3.1.1 La situation de départ n'est pas la même pour tous les établissements participants

3.1.1.1 Les critères de sélection des établissements par le porteur visaient la variabilité

Les SU participants à l'expérimentation FRU ont été sélectionnés à l'issue d'un appel à candidatures. Parmi les critères de sélection, ces structures des urgences devaient disposer d'une taille moyenne de 40 000 passages annuels soit 30 000 facturations de consultations d'ATU, d'actes et de consultations. Une première sélection par les ARS a été réalisée pour être ensuite remontée à la DGOS.

Le cahier des charges du projet (publié au Journal officiel le 9 janvier 2020 modifié par l'arrêté du 23 février 2021) précisait également les critères de sélection suivants :

- ◆ La répartition géographique des établissements pour s'assurer de la représentativité de différentes configurations territoriales
- ◆ Un volume de passages aux urgences suffisant

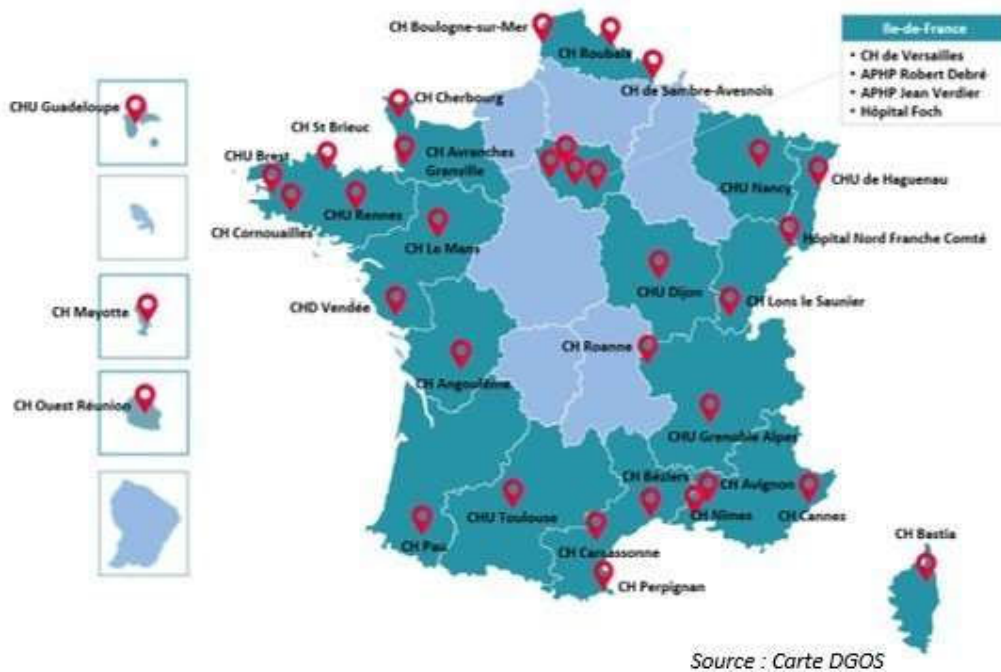
- ♦ La capacité à mener un dialogue fructueux avec la médecine de ville (communication et lien existants entre la médecine de ville et l'hôpital avant l'expérimentation)
- ♦ La capacité à transmettre par voie électronique sécurisée les données à des médecins de ville

Les 37 structures des urgences sélectionnées présentent un point commun en relevant toutes du statut public (à l'exception d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC)).

► Répartition géographique

Les établissements participants sont répartis sur 15 régions y compris les territoires ultramarins, permettant une représentativité significative du territoire national et des spécificités locales (besoins des patients, maillage territorial de la médecine de ville, niveau d'engorgement des urgences...).

Figure 1. Structures des urgences sélectionnées pour l'expérimentation



► Un volume de passages annuels au sein des structures des urgences équivalent entre les sites

Les établissements s'étant portés candidats présentent une moyenne de passages annuels de 61 950 en 2017, 65 712 en 2018 et 66 771 en 2019, soit une augmentation de 7,78% en deux ans. Il est à noter que le niveau de passages annuel par établissement le plus bas (moyennes des années 2017 à 2019) est de 33 861, impliquant que plusieurs structures ne satisfont pas les critères de volumétrie du cahier des charges. Ces situations spécifiques ont été prises en compte au vu des dynamiques locales ou des territoires.

► **La capacité préexistante à mener un dialogue fructueux avec la médecine de ville**

L'ensemble des sites participants présente dans leur dossier de candidature les liens développés avec la ville dans les 18 mois précédant l'appel à projet. L'ancienneté de ces liens varie selon les sites, allant de quelques mois avant l'appel à projet à une vingtaine d'années.

Certains sites indiquent être déjà structurés dans une logique de réorientation vers la médecine de ville : à cet effet et de manière non-exhaustive, les CHU de Grenoble Alpes, Rennes, les CH de Jura-Sud, Roubaix, Sambre-Avesnois, et le CHRU de Nancy indiquent avoir noué des relations partenariales avec la médecine de ville permettant de réorienter certains patients relevant de la médecine générale. Pour ces établissements, le lien avec la médecine de ville s'est dessiné avec des MMG (et une maison de santé pluridisciplinaire universitaire pour le CHU de Grenoble Alpes) et SOS Médecins. Il est à noter que certaines conventions prévoient spécifiquement une absence d'exclusivité du partenariat, permettant à d'autres médecins libéraux du secteur de s'associer à la démarche. Les données d'activité mises à disposition des évaluateurs reflètent cependant peu ces liens noués entre la ville et l'hôpital ces dernier(e)s mois/années.

D'autres sites expérimentateurs indiquent faire partie d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)⁹ permettant de renforcer l'interface Ville-Hôpital et de mener une réflexion commune autour du parcours patient¹⁰.

Enfin, des postes de médecins partagés Ville-Hôpital ont été créés au sein de plusieurs établissements, permettant de développer l'exercice mixte¹¹. Parmi les deux sites s'étant engagé dans cette démarche, le 1^{er} se situe dans la fourchette haute des établissements en termes de patients réorientés quand le second n'a pas encore commencé à déployer le FRU.

► **La capacité à transmettre par voie électronique sécurisée tout ou partie des données aux médecins de ville**

La transmission par voie électronique sécurisée des données aux médecins de ville constitue un prérequis nécessaire à la participation à l'expérimentation. Les données de santé des patients constituent des données dites sensibles au regard du RGPD. La sécurisation de tout ou partie de leur mode de communication est donc nécessaire.

La quasi-totalité des sites s'étant portés candidats indiquaient dans leur dossier de candidature disposer d'une messagerie sécurisée ou d'une plateforme sécurisée au sein de leur structure (MS-Santé, Lifen, Apicrypt, la plateforme régionale en ligne « LIEN »). Néanmoins 7 établissements ne satisfaisaient pas cette condition : 1 n'a pas renseigné cette information dans son dossier de candidature et 6 ont précisé ne pas disposer de messagerie sécurisée à date mais avoir pour projet de la mettre en œuvre avant le déploiement de l'expérimentation, ou ne pas disposer de cet outil sans indiquer de projet d'installation¹².

⁹ CH de Roanne, CH Jura Sud, CHRU Nancy, AP-HP Jean Verdier

¹⁰ Cf. expérimentation conduite à Boulogne sur Mer relative à la structuration de la coordination du parcours du patient entre la médecine de premier recours et les urgences du CH ; projet à Nancy en lien avec la gestion des soins urgents non programmés ; développement à Roanne de deux parcours de soins entre le CH et la ville (insuffisance cardiaque et ostéoporose fracturaire) ...

¹¹ AP-HP Jean Verdier, CHSB...

¹² Les dossiers de candidature ne mentionnent aucun outil de manière spécifique.

	Capacité à transmettre par voie électronique	Capacité préexistante à avoir un dialogue fructueux avec la ville
Nombre de SU ne respectant pas la condition	6	1
Types d'outils valides utilisés ou de dialogue instauré avec la Ville	Lifen, MSSanté, Apicrypt, SMime	Liens avec les CPTS, développement de projets (MMG, Samu, réorientation préexistante), etc

3.1.1.2 La démographie médicale disparate entre les sites expérimentateurs apporte encore de la variabilité

En sus des critères spécifiés par le cahier des charges, les structures candidates ont également renseigné la densité de médecins généralistes sur leur territoire pour 10 000 habitants, permettant ainsi d'objectiver le maillage de la médecine de ville. Une moyenne de 9,8 médecins généralistes pour 10 000 habitants ressort des données transmises avec des contrastes allant de 2 médecins généralistes pour 10 000 habitants (Mayotte) à 15,5 (AP-HP Jean Verdier). Pour rappel la densité moyenne nationale de médecins libéraux en 2020 était de 8,7 et 8,4 en 2022¹³.

3.1.2 Les modalités de mises en œuvre du FRU sont variables selon les contextes locaux
Les modalités de mises en œuvre ont été différentes selon les situations de départ des établissements. Les évaluateurs identifient six principaux éléments de variabilité parmi les 18 SU visités :

- ♦ 12 pratiquaient la réorientation avant le déploiement de l'expérimentation, soulignant ainsi l'hétérogénéité des situations de départ des expérimentateurs.
- ♦ Les structures des urgences ont conventionné principalement avec quatre types de partenaires : essentiellement avec des MMG et secondairement avec des MSP, SOS Médecins et des cabinets de médecins généralistes.
- ♦ Le cahier des charges ne s'étant pas prononcé sur l'opportunité du partage du forfait de 60 euros entre les SU et les médecins conventionnés, le choix était laissé aux expérimentateurs. Aucune tendance en faveur ou non du partage ne se dessine véritablement parmi les SU du panel, puisque 10 sur 18 ont décidé d'une répartition du forfait avec leurs partenaires.
- ♦ L'hétérogénéité du déploiement est aussi constatée sur le plan du système d'information : 8 structures des urgences sur les 18 rencontrées ont développé un outil ad hoc, tandis que les autres ont maintenu leur logiciel métier habituel.
- ♦ La validation médicale constitue également un élément de variation : pour 33% des SU le MAO valide systématiquement la réorientation du patient (la validation intervient après la proposition de réorientation faite par l'IOA).

¹³ Source : CartoSanté – Indicateurs : cartes, données et graphiques (atlasante.fr)

- ♦ Enfin, un nombre de RU1¹⁴ très disparate est recensé parmi les 18 services visités : du mois de mai au 31 décembre 2021, l'ATIH recense une moyenne de 1 094 RU1 par SU et une moyenne de 2 387 du 1^{er} janvier au 31 décembre 2022.
Etant donné la disparité des RU1 déclarés, les médianes sont dans ce cas plus parlantes : du mois de mai au 31 décembre 2021, l'ATIH recense pour ces 18 SU expérimentateurs, une médiane de 436 RU1 par SU et une médiane de 1 474 du 1^{er} janvier au 31 décembre 2022 - cf. Figure 17.

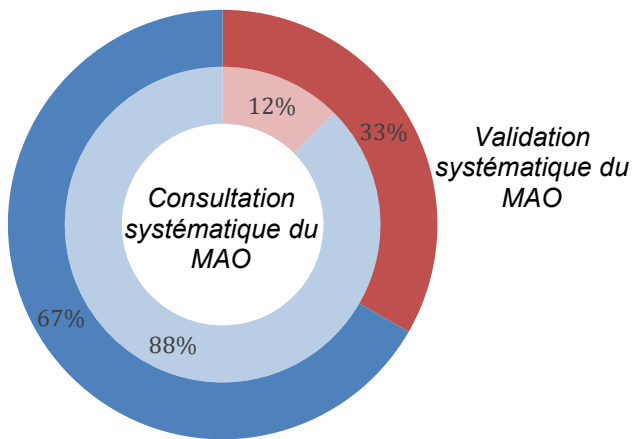
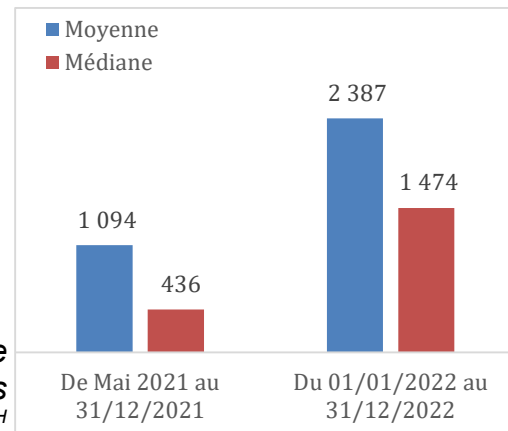
- ♦ Trois éléments principaux sont mis en avant par les remontées de données ATIH sur les facturations de RU1 (de mai 2021 au 30 septembre 2022) :
 - La montée en charge du dispositif a été longue,
 - Le dispositif sur la seconde partie de l'expérimentation semble se déployer dans des proportions plus significatives,
 - Seul 1/3 des SU ont déployé le dispositif à son terme.

¹⁴ Le FRU est facturé via la lettre clé « RU1 » qui a été intégrée directement dans les logiciels de facturation des établissements expérimentateurs.

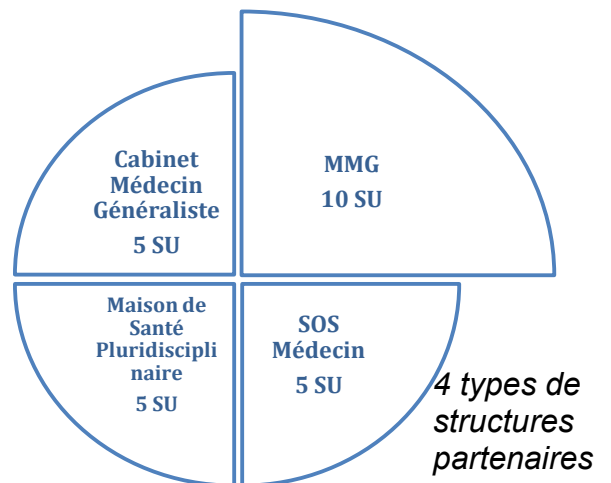
► Synthèse des critères des établissements visités :



Des SU avec des nombres de RU1 facturés disparates
Données ATIH



Légende : Pour uniquement 12% des SU, le MAO consulte systématiquement le patient avant de le réorienter. Pour 33% des SU, le MAO valide systématiquement la réorientation d'un patient.



12 sur 18 des SU pratiquaient la réorientation avant l'expérimentation



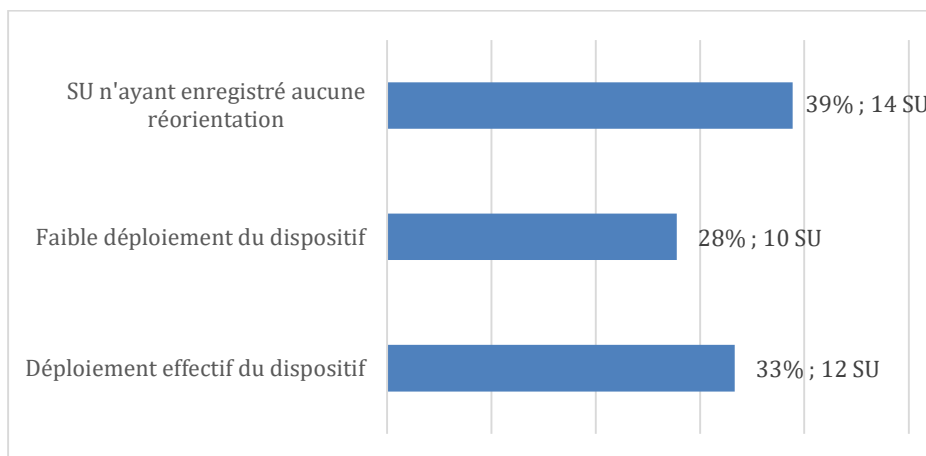
8 sur 18 des SU ont utilisé un outil ad hoc

Nota bene :

Les données présentées sont issues des entretiens qualitatifs menés auprès d'un panel de 18 SU expérimentateurs et de données transmises par l'ATIH

Outre ces situations initiales variées, des états de mise en œuvre du déploiement sont aussi identifiés selon les structures des urgences. Trois niveaux représentent le niveau de déploiement : le déploiement effectif¹⁵, le faible déploiement¹⁶ et l'absence d'enregistrement de réorientation. Au regard des données ATIH intégrant les enregistrements de RU1 jusqu'au 30 septembre 2022, les évaluateurs constatent que 14 des 36 services expérimentateurs, soit 39%, n'ont enregistré aucune réorientation. L'histogramme ci-dessous fait état de la répartition des niveaux de déploiement des SU.

Figure 2- Niveaux de déploiement du dispositif selon les SU



Source : ATIH

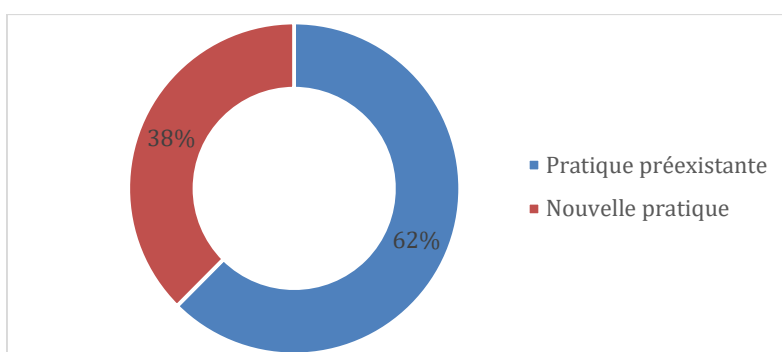
► Antériorité d'une pratique de réorientation avant l'expérimentation FRU

L'hétérogénéité caractérisant les structures expérimentatrices s'exprime dès les premiers temps du déploiement. En effet, certains SU présentaient une pratique préexistante de réorientation (non FRU et parfois non réglementaire) des patients vers la médecine de ville – bien qu'informelle - tandis que d'autres ont initié cette pratique dans le cadre du FRU : 62% des chefs de SU ayant participé aux enquêtes en ligne diffusées à mi-parcours et à la fin de l'expérimentation, et 12 des 18 sites du panel visités indiquent que leur service pratiquait la réorientation (non FRU) avant le déploiement de l'expérimentation. Aucun lien entre la préexistence d'une pratique de la réorientation et l'emplacement rural ou urbain, ou relatif à la densité populationnelle n'est identifié par les évaluateurs.

¹⁵ Compris entre 13 983 et 1 099 RU1, sur la base des données transmises par l'ATIH

¹⁶ Compris entre 423 et 14 RU1, sur la base des données transmises par l'ATIH

Figure 3- Parts de SU présentant une pratique préexistante d'orientation vers une autre structure (non FRU)



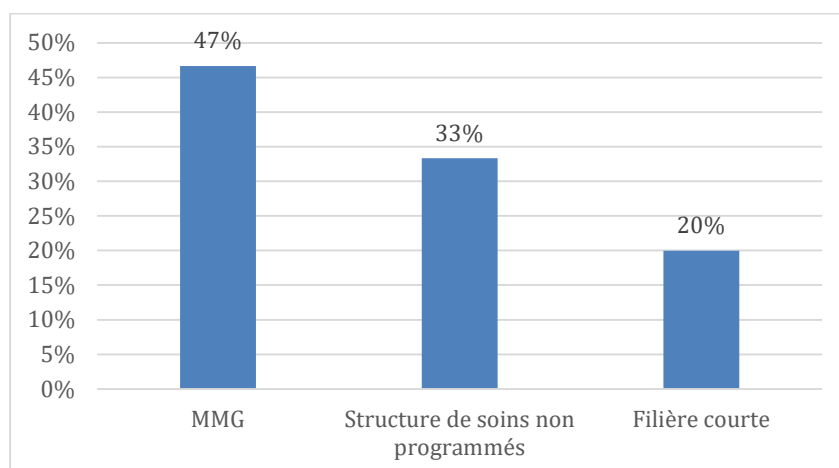
Source : enquête en ligne à l'attention des chefs de structures des urgences – 15 répondants à cette question

Focus : Le caractère informel d'une pratique préexistante de la « réorientation » et impact sur la mise en œuvre

Il convient de souligner que cette réorientation (non FRU) était informelle car réalisée uniquement par certains professionnels, à certaines périodes et sans outil spécifique. Certaines structures des urgences (à titre d'illustration : les SU d'Angoulême, du CHOR, de Robert Debré, de Roanne...) bénéficient d'une expérience de réorientation - entendue dans un sens large du terme et distincte du FRU ou de la réglementation en vigueur – pouvant aller jusqu'à une vingtaine d'années. Ainsi, ces structures avaient déjà développé une forme de coordination avec la médecine de ville, contrastant ainsi avec les SU ayant initié leur pratique de la réorientation à l'occasion de l'expérimentation FRU. Ce caractère informel est décrit par les professionnels rencontrés sur sites comme un élément facilitant la mise en œuvre de la réorientation vers la ville ou vers leur filière courte, par opposition aux critères du cahier des charges de l'expérimentation FRU.

Les réorientations étaient alors dirigées essentiellement vers des MMG (47%) et selon des proportions plus minimales vers des structures de soins non programmés (33%) et des filières courtes (20%) (cf. histogramme infra) :

Figure 4 - Structures réalisant les consultations de réorientation préexistante



Source : enquête en ligne à l'attention des chefs de structures des urgences. Données issues des deux diffusions de l'enquête (2022 et 2023) – 9 répondants à cette question

Si la réorientation vers d'autres structures était déjà pratiquée par nombre de structures d'urgence¹⁷ (12 des 18 SU visités et 63% des SU ayant répondu à l'enquête en ligne, cf Figure 3 - Parts de SU présentant une pratique préexistante d'orientation vers une autre structure), la coopération avec la médecine de ville pour les soins non programmés n'était que rarement formalisée. En effet, 88%, soit 7, des chefs de SU ayant répondu à l'enquête en ligne, indiquent que cette coopération est effective depuis l'expérimentation ou est en cours de mise en place.

L'hétérogénéité du déploiement se traduit également par une variabilité du niveau de maturité de l'expérimentation au sein des structures des urgences. En effet des dates de démarrage plus tardives sont identifiées parmi les SU du panel de visites, notamment :

- ♦ Roanne (urgences générales uniquement) : janvier 2022
- ♦ Brest : février 2022
- ♦ Carcassonne : mars 2022
- ♦ Bastia : mai 2022
- ♦ Rennes : juillet 2022

Focus : Impact de la pratique préexistante de la réorientation sur le déploiement de l'expérimentation

Les évaluateurs identifient deux éléments à cet égard :

- ♦ Les établissements qui pratiquaient la réorientation avant le déploiement de l'expérimentation, même de manière informelle, avaient déjà identifié des partenaires libéraux. Dans ce cas de figure, la complexité de l'exercice de conventionnement décrite par de nombreux SU est donc limitée. Ce constat peut cependant être nuancé : nombre de SU (rencontrées lors de la 2nde session de visites du panel) qui ne pratiquaient pas la réorientation avant l'expérimentation ont conventionné avec la MMG nouvellement située dans les murs de l'hôpital, ou avec un partenaire de ville avec lequel ils avaient déjà des liens hors réorientation.
- ♦ Certains professionnels maintiennent - à la marge - des habitudes issues de la réorientation informelle pré-expérimentation (indication orale de la présence d'une MMG à quelques mètres des urgences, orientation du patient vers son médecin traitant ...) et donc hors du cadre du cahier des charges FRU. A cet égard, un chef de service indique rappeler régulièrement le process de l'expérimentation à l'équipe pour éviter ces pratiques qui ne permettent pas l'enregistrement administratif du patient et qui ne débouchent pas sur la facturation d'un RU1.

¹⁷ Les évaluateurs soulignent la compréhension erronée de la notion de « réorientation » par les professionnels des structures des urgences. Souvent, sous ce terme, les professionnels font référence à toute orientation de patients vers une autre structure de soins (y compris leur filière courte). Néanmoins, toutes les situations qui n'entrent pas dans le cadre réglementaire pour la réorientation, au sens défini par le code de santé publique, ne peuvent donner lieu à une facturation de FRU.

► **Des modalités de triage des patients différentes**

L'hétérogénéité caractérisant le déploiement de l'expérimentation se vérifie également à l'étape du tri des patients nécessitant une prise en charge au sein du SU et des patients réorientables. En effet, des modalités de tri différentes ont été développées selon les services expérimentateurs. Parmi les principales figurent l'utilisation d'une échelle de tri à plusieurs niveaux (numérotés ou code couleurs) issu d'un référentiel¹⁸ (6 sur 18 des SU visités) - notamment la FRENCH¹⁹ -, le déploiement du logiciel Logibec (5 sur 18 des SU visités), la construction d'un protocole identifiant les symptômes « réorientables » numérique ou papier par l'équipe urgentiste (4 sur 18 des SU visités), ou encore le seul recours au « sens clinique » de l'IOA et/ou MAO (3 sur 18 des SU visités).

A l'occasion des visites sur site, l'opportunité d'un référentiel national a été évoquée par certains professionnels, dans une optique d'homogénéisation des pratiques et de réassurance des équipes impliquées dans la réorientation.

Focus : L'encadrement de la pratique préexistante de la réorientation par le FRU

Les professionnels des SU pratiquant la réorientation avant l'expérimentation - et rencontrés sur sites – soulignent l'impact positif du FRU sur leurs missions : la formalisation de critères de réorientation et d'exclusion clairs au sein d'un même service, définis entre professionnels hospitaliers et libéraux (notamment la FRENCH, ou le logiciel Logibec). Aussi, le FRU permet de sécuriser le process de réorientation. Certains expérimentateurs observent à la marge un panel plus large de patient réorientés depuis le déploiement de l'expérimentation et la structuration de ces critères.

► **Le recours à un logiciel pour soutenir le processus de réorientation**

La sphère SI occupe une place essentielle : elle constitue un levier facilitant la mise en œuvre de l'expérimentation. En d'autres termes, un exercice d'optimisation et de fluidification du process de réorientation peut cibler deux étapes : la prise de décision de réorientation et la prise de rendez-vous en ville.

Les professionnels soulignent l'impact du déploiement de ces outils – *et a minima* d'un droit de lecture et d'écriture sur un agenda partagé avec les médecins conventionnés – afin de réduire l'aspect « chronophage » mentionné par les professionnels de SU (sauf pour les établissements obligés de développer une double saisie entre Logibec et la plateforme SOS Médecins, en l'absence d'interopérabilité des outils). En d'autres termes, ces outils sont essentiels pour limiter le temps alloué à l'étape de prise de rendez-vous, notamment en palliant les échanges téléphoniques entre les SU et les médecins libéraux pour prendre un rendez-vous de réorientation. Également, ces outils constituent un référentiel harmonisant et structurant la pratique de la réorientation au sein d'un service, fluidifiant ainsi son déroulé. Ce constat s'illustre en

¹⁸ L'IOA a à sa disposition une grille recensant les signes d'alerte/ de niveau d'urgence.

¹⁹ French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage : référentiel de tri des patients des urgences structurés en 6 niveaux (1,2,3A,3B,4 et 5) et par symptomatologie (cardio-circulatoire, abdominal, intoxication...)

pratique par la forte proportion de SU ayant mis en œuvre des outils pour la prise de rendez-vous avec les médecins conventionnés. Sur ce point les évaluateurs notent une évolution entre les retours à l'enquête en ligne à destination des chefs de services fait lors de sa 1^{ère} diffusion puis lors de sa 2^{nde}. Au printemps 2022, les chefs de SU avaient indiqué à hauteur de 33% - respectivement – que ces outils étaient « en place », « en cours de mise en place » et « pas encore en place ». En février 2023, ils indiquent désormais à hauteur de 50% - respectivement – que ces outils sont « en place » ou « en cours de mise en place ».

Des outils SI ont été développés dans certaines structures afin d'optimiser l'étape d'appui à la décision de réorientation FRU et/ou la prise de rendez-vous. A cet égard, il est possible de citer notamment le logiciel Logibec et la plateforme mise à disposition par SOS Médecins.

- ♦ Logibec (Angoulême, Bastia, Rennes, Nancy et Cherbourg) : Logibec est un logiciel québécois permettant une aide à la décision de réorientation via un algorithme et la prise de rendez-vous auprès des médecins conventionnés. L'aide à la décision se structure en deux phases : d'abord une liste négative de symptômes considérés comme « jamais réorientables » (cf. critères d'âge, douleur abdominale...), puis une liste positive de symptômes triés par pathologie (pulmonaire, cervicalgie...). La prise de rendez-vous est possible par un accès aux créneaux de consultations disponibles des médecins conventionnés et par un droit d'écriture pour planifier le rendez-vous. Les démonstrations réalisées sur sites par les IOA mettent en évidence la fluidité d'utilisation de ce dispositif, en termes d'ergonomie et d'optimisation de ces étapes.

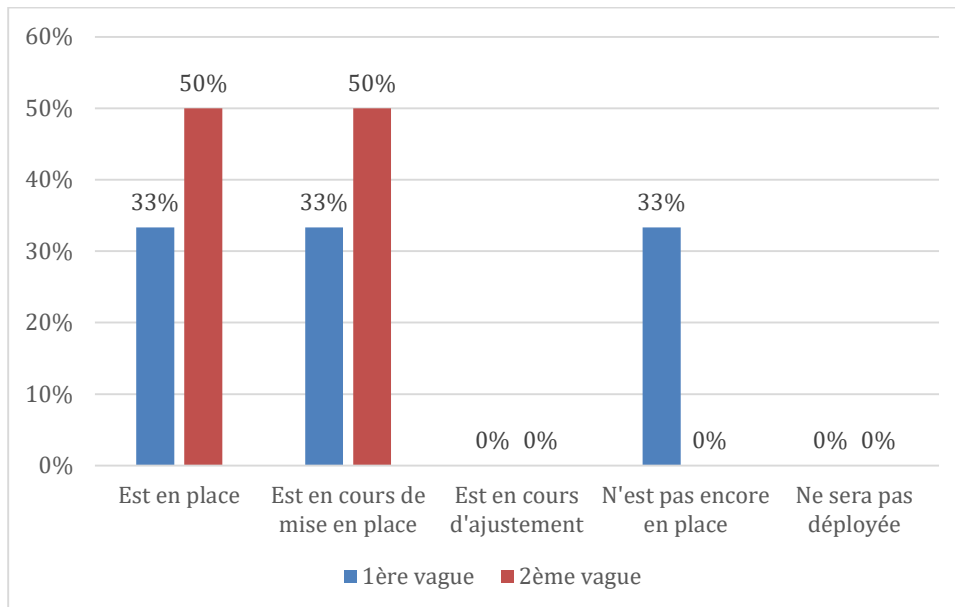
Logibec est déployé au sein du SU de Nancy de manière préalable à l'expérimentation, du SU d'Angoulême depuis juillet 2020, du CH de Cherbourg depuis janvier 2022, du CH de Bastia depuis mai 2022 et du CHU de Rennes depuis juillet 2022. Autrement dit, ce logiciel a principalement été déployé par les SU dès leur entrée dans l'expérimentation. Il constitue une source de réassurance pour les équipes face au risque médico-légal existant en cas d'erreur de réorientation et pour les patients via l'utilisation du logiciel durant l'entretien IOA qui permet de cadrer l'échange.

Il convient aussi de souligner le caractère onéreux de ce dispositif, expliquant notamment le choix de certains SU de ne pas le déployer.

- ♦ Plateforme SOS Médecins (Grenoble, Rennes, Cherbourg) : les SU conventionnés avec SOS Médecins utilisent la plateforme mise à leur disposition pour la prise de rendez-vous de réorientation. Cet outil permet de planifier en ligne des consultations auprès de SOS Médecins en indiquant trois symptômes clés. L'utilisation de cette plateforme est décrite comme aisée et fluide par les IOA, contrastant directement avec le mode de prise de rendez-vous par téléphone pratiqué par d'autres services expérimentateurs.

Les évaluateurs soulignent que 2 des 5 SU ayant déployé Logibec ne se servent de manière effective que pour l'aide à la décision car la prise de rendez-vous est réalisée sur un autre outil. Ces services ayant conventionné avec SOS Médecins, la prise de rendez-vous est réalisée sur leur plateforme internet. Les IOA rencontrés soulignent le manque d'optimisation et le caractère chronophage résultant de l'utilisation de ces deux supports et de la non-interopérabilité de ces deux outils. Ce constat est propre à la double utilisation de Logibec et de la plateforme SOS Médecin – et a fortiori de tout autre logiciel de prise de rendez-vous non interfacé avec le logiciel d'urgences ou d'appui à la prise de décision de réorientation FRU - et ne doit pas faire l'objet d'une extension au déploiement de Logibec seul ou d'autres outils seuls. Ce point sera approfondi dans les volets [d'efficacité](#) et de [reproductibilité](#).

Figure 5- Etat de mise en œuvre d'outils pour la prise de rendez-vous avec les médecins de ville

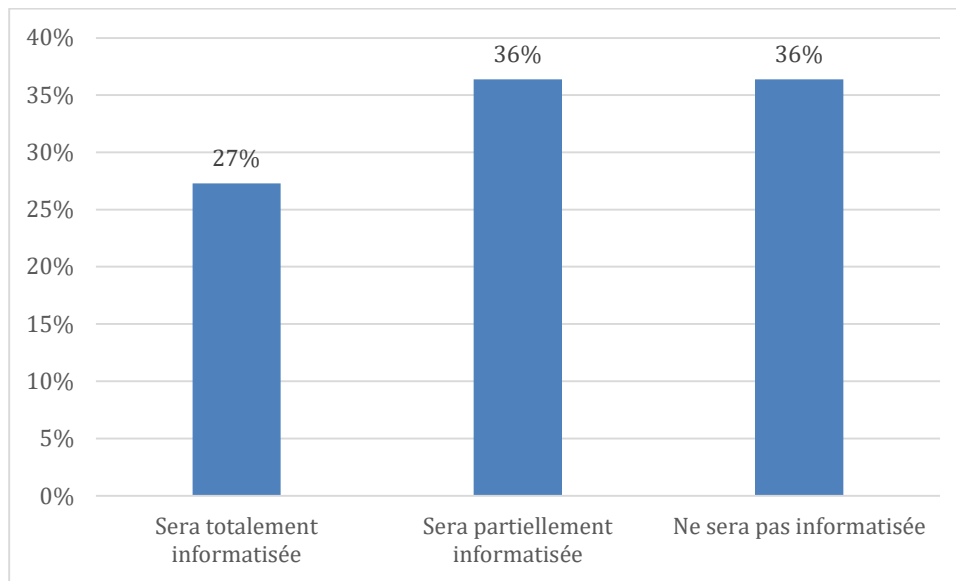


Source : enquête en ligne à l'attention des chefs de structures des d'urgences – 14 répondants à cette question

En contradiction avec les éléments apportés ci-dessus, 36% des chefs de SU interrogés dans le cadre de l'enquête précisent que la prise de rendez-vous n'a pas vocation à être informatisée d'ici la fin de l'expérimentation.

Les répondants aux différentes questions pouvant varier, les résultats analysés sont susceptibles d'être parfois contradictoires.

Figure 6- Projections d'informatisation de la prise de rendez-vous d'ici la fin de l'expérimentation



Source : enquête en ligne à l'attention des chefs de structures des urgences (données issues des deux diffusions de l'enquête) – 14 répondants à cette question

Il convient de noter le contraste entre ce retour et ceux réalisés par les professionnels de SU rencontrés sur sites ne disposant pas d'outil dédié à la prise de rendez-vous et définissant les tâches administratives²⁰ comme « lourdes et chronophages ». Ces derniers soulignent cependant l'opportunité du déploiement de ces outils.

Si l'informatisation des SU permet une aide à la réorientation du patient et à la traçabilité de son parcours, l'interopérabilité avec les SI de ville peut entraîner une surcharge administrative. En conclusion, aucun outil ou mode de fonctionnement n'est aujourd'hui totalement satisfaisant pour les professionnels des structures des urgences.

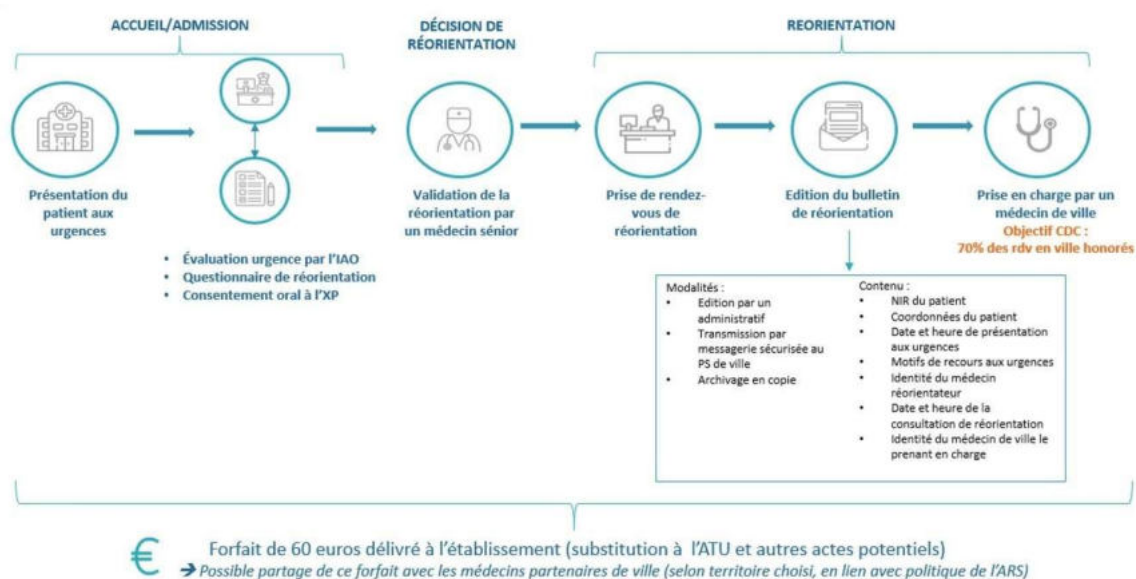
► **Un circuit de validation de la réorientation et un rôle de Médecin d'accueil et d'orientation (MAO) mis en œuvre de façon différente**

Le parcours du patient réorienté par les urgences se structure schématiquement autour de trois interlocuteurs : d'une part – et non systématiquement - l'agent administratif procédant à l'enregistrement du patient²¹, d'autre part et de manière centrale, l'IOA qui procède à une consultation permettant d'identifier l'opportunité ou non d'une réorientation vers la médecine de ville, et enfin le médecin senior qui, selon les sites rencontrés lors de la première phase de visites, soit réalise les consultations brèves qui conduisent à une décision de réorientation, soit valide une décision de réorientation prise par les IOA ; dans ce dernier cas il ne rencontre donc pas le patient. Le parcours se schématise comme suit :

²⁰ Précision de la notion « administrative » au sein du focus réalisé en page 32 du présent rapport

²¹ (recueil des documents d'identité et de la carte vitale du patient)

Figure 7- Parcours de réorientation du patient



Source : EY sur la base du cahier des charges

L'arrêté du 23 février 2021 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les structures des urgences dispose en sa 1^{ère} annexe que « la décision de réorientation est prise par un médecin sénior. Cette obligation n'induit pas que le questionnaire de réorientation soit soumis au patient par un médecin senior mais c'est bien ce dernier qui prend la décision au vu des résultats du questionnaire de proposer la réorientation au patient (...) l'utilisation des protocoles (D6124-18) devraient permettre de sécuriser l'exercice de la réorientation ». Le MAO peut être positionné en validateur ultime de la décision de réorientation. Il convient de souligner que ce process s'inscrit dans le cadre expérimental et non réglementaire.

Néanmoins, certains SU, ne sachant comment interpréter les textes, ont systématisé le rôle de consultation du MAO qui rencontre - même brièvement – chaque patient avant de valider la réorientation. L'intervention du MAO est soit formalisée dans le parcours, soit sollicitée par l'IOA pour valider une décision de réorientation. A l'inverse, l'essentiel des SU rencontrés lors de la seconde vague de visites se sont affranchis de l'étape de la validation médicale, posée par le cadre expérimental, qui n'est alors pas systématique. En pratique l'IOA valide la réorientation au nom du médecin senior sans nécessairement lui présenter le dossier. En cela, les SU concernées semblent appliquer l'article D.6124-18 du Code de la santé publique qui prévoit qu'une délégation du médecin vers l'IOA peut être protocolisée²², permettant ainsi à l'infirmier de prendre les décisions relatives au parcours du patient au sein des urgences. Les professionnels de SU rencontrés, indiquent deux raisons à l'absence de validation

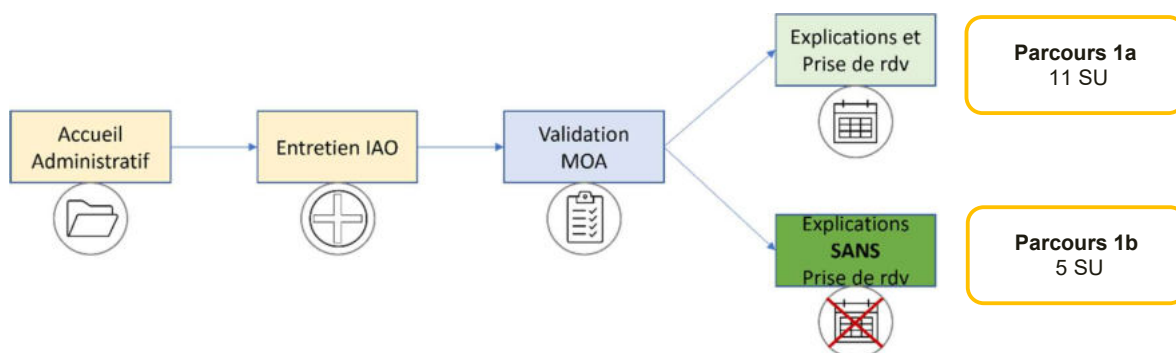
²² Cet article dispose que « Lorsque l'activité de la structure des urgences le justifie, l'équipe comprend en outre un infirmier assurant une fonction d'accueil et d'organisation de la prise en charge du patient. Cet infirmier met en œuvre, par délégation du médecin présent dans la structure, les protocoles d'orientation et coordonne la prise en charge du patient, le cas échéant jusqu'à l'hospitalisation de ce dernier. »

médicale de la réorientation. Il s'agit d'une part d'un motif pratique : un médecin senior n'est pas toujours disponible immédiatement et le joindre ou aller le chercher est consommateur de temps pour l'IOA. Il s'agit d'autre part, d'une ambition de fluidifier le process en permettant à l'IOA de trancher pour certains motifs de venue aux urgences considérés comme « systématiquement réorientables » (par exemple des symptômes ORL, dermatologiques bénins...). Ce dernier point est organisé de manière tacite, sans protocolisation systématique. En d'autres termes, si la délégation médicale vers l'IOA est autorisée par le Code de la santé publique, celle-ci suppose une protocolisation au sein du service qui n'a pas été systématiquement observée lors des visites sur site.

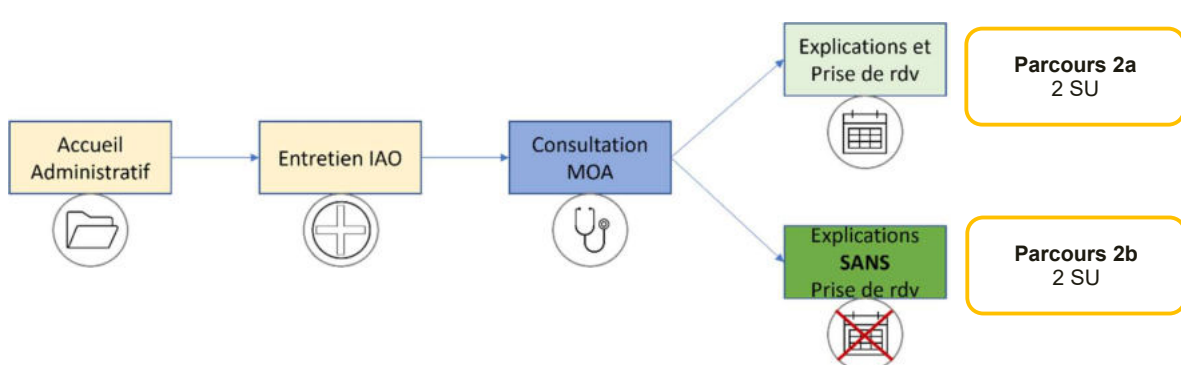
Cette variété d'interprétations a conduit à l'émergence d'au moins 3 parcours types, tels que schématisés infra.

Figure 8- Parcours de réorientation observés et variation du rôle du MAO

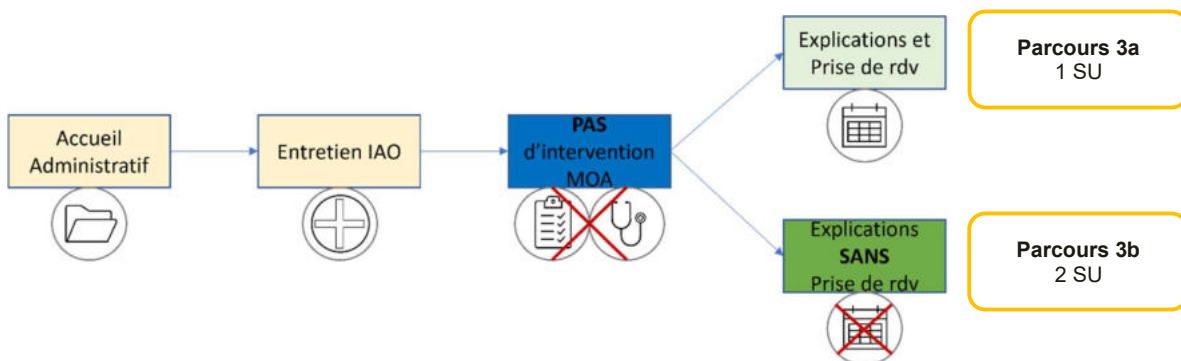
Parcours 1 : Validation MAO



Parcours 2 : Consultation MAO



Parcours 3 : Pas d'intervention MAO



Nb 1 : La structure des urgences du CHU de Nancy a arrêté l'expérimentation avant notre visite sur site, son parcours patient n'a donc pas été représenté sur cette figure.

Nb 2 : A noter que les établissements peuvent être engagés sur l'expérimentation pour leurs structures des urgences adultes et pédiatriques.

Nb 3 : Certaines SU déploient différents parcours selon le profil du patient

Source : visites sur sites

A titre d'illustration, au sein du CH de Carcassonne, à la suite de l'entretien avec l'IOA, chaque patient déterminé comme « réorientable » rencontre systématiquement le MAO dans le cadre d'une brève consultation afin de valider la réorientation. La systématisation de cette étape est justifiée par les équipes d'une part en raison de l'interprétation des textes régissant l'expérimentation FRU, et d'autre part, par le

souhait des médecins de rencontrer physiquement chaque patient pour valider la réorientation, cette dernière engageant leur responsabilité. Les IOA rencontrés sur site soulignent leur refus d'endosser la responsabilité d'une réorientation validée uniquement par le MAO sans consultation médicale. De ce fait, la lourdeur de la procédure et notamment l'ampleur du « temps médecin » alloué à la réorientation sont critiquées par les équipes.

Lors de la visite sur site, l'idée d'une évolution vers une décision de réorientation par l'IOA, avec validation finale du MAO, a été évoquée. Le chef de pôle, ouvert à cette possibilité, souligne l'importance d'une formation ainsi que de l'instauration de formations afin de cadrer et systématiser les critères de réorientation. L'opportunité d'instaurer des critères au niveau national en vue d'une homogénéisation des pratiques est évoquée.

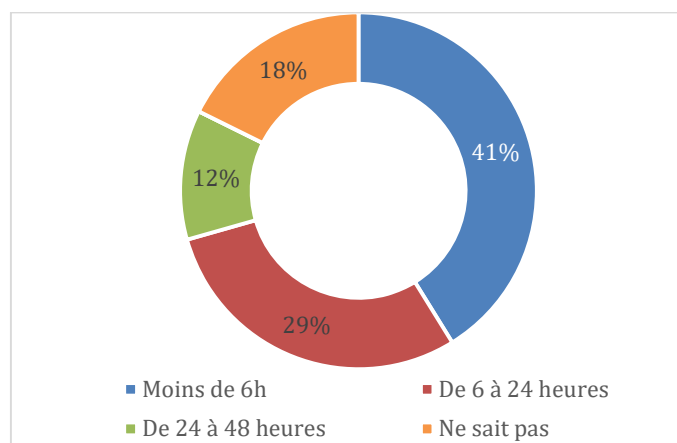
L'exemple de la SU d'Angoulême permet d'illustrer un mode de fonctionnement différent. Le MAO se fonde exclusivement sur l'appréciation de l'IOA appuyée par l'outil d'aide à la décision Logibec - pour valider la réorientation. Les équipes urgentistes rencontrées sur le terrain justifient cela au regard de l'ancrage depuis 20 ans de la culture de la réorientation vers la médecine libérale et de l'économie du temps médecin générée par cette pratique. Les équipes soulignent l'importance du logiciel Logibec déployé en juillet 2020 au sein de leur structure en mettant en lumière l'impact pédagogique de cet outil pour les IOA ainsi que son rôle de réassurance pour les IOA et les MAO au regard du risque médico-légal en cas d'erreur.

Les visites réalisées en janvier et février 2023 apportent un éclairage autre : le rôle du MAO est majoritairement réduit dans le parcours du patient réorienté au sein des SU du second panel. En effet, 10 SU sur les 18 rencontrées indiquent s'être affranchies de l'étape systématique de validation médicale essentiellement par manque de temps médical, mais aussi car ils estiment que certains symptômes peuvent être réorientés directement par l'IOA. La structure des urgences générales de Perpignan donne un exemple hybride : ce service ayant développé un référentiel de tri des patients réorientables à trois niveaux, le MAO ne valide que la réorientation des patients du niveau 3 (ce niveau recouvrant les symptômes réorientables les plus sérieux).

► **La variabilité des délais de programmation des rendez-vous en ville et le consensus sur le caractère adapté de ces délais à l'état de santé du patient réorienté**

Le délai entre la validation de la réorientation et la consultation de réorientation auprès d'un médecin conventionné (entendu comme le « délai de prise de rendez-vous » dans le présent rapport) constitue également un élément d'hétérogénéité entre les services expérimentateurs. Selon l'interprétation réalisée du cahier des charges, les structures expérimentatrices ont fixé des bornes temporelles variées, allant de moins de 6 heures après le passage au sein de la SU à 48 heures. Néanmoins, les personnels de SU ayant répondu à l'enquête en ligne soulignent que la mise en œuvre de la réorientation se fait dans 41% des cas en moins de 6 heures. Le graphique secteur ci-dessous retranscrit les retours réalisés à l'enquête en ligne et met en lumière la prépondérance de ce court délai :

Figure 9- Délais moyens avant la consultation de réorientation

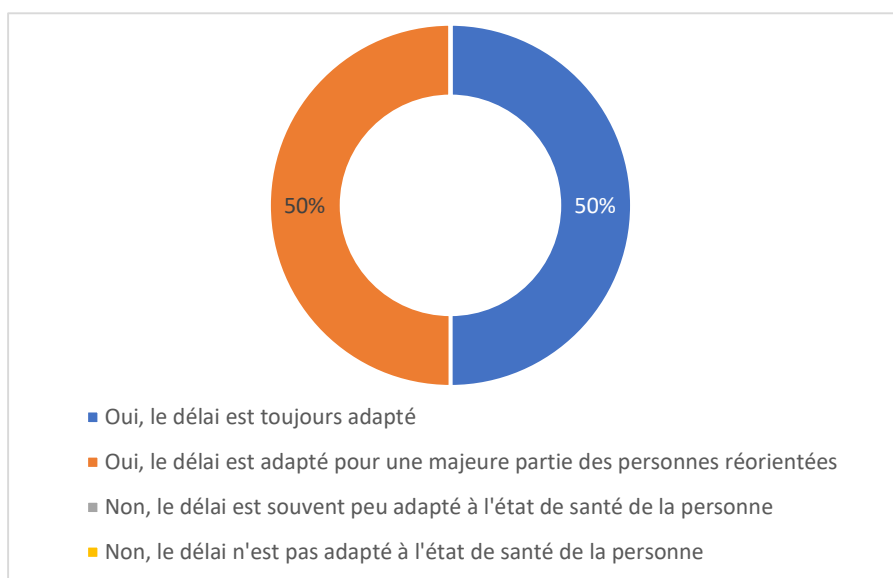


Source : enquête en ligne à l'attention des professionnels de structures des urgences (données issues des deux diffusions de l'enquête) – 24 répondants à cette question

Ces retours doivent être nuancés : l'essentiel des structures des urgences rencontrées lors de la 2^e vague de visites ne réalisent pas de prise de rendez-vous de réorientation. Ces SU réorientent vers la MMG située dans les murs de l'hôpital. Les patients sont donc principalement vus dans la journée par un médecin conventionné. Mais la traçabilité n'est pas assurée du fait de l'absence de prise de rendez-vous.

Si les délais de programmation des consultations de réorientation sont variables selon les SU expérimentatrices, un consensus émerge des professionnels ayant répondu à l'enquête en ligne : le caractère adapté de ces délais à l'état de santé des patients réorientés. L'ensemble des professionnels ayant répondu à l'enquête en ligne estiment que le délai est adapté à l'état de santé, avec une variation entre deux modalités de réponses : « toujours adapté » et principalement adapté », à parts égales (50%). Aucun répondant n'a indiqué un manque d'adaptation de ce délai.

Figure 10- Un délai moyen de rendez-vous de réorientation considéré comme adapté à l'état de santé



Source : enquête en ligne à l'attention des professionnels de structures des urgences (données issues des deux diffusions de l'enquête) – 24 répondants à cette question

Focus : La prise de rendez-vous de réorientation : un élément majeur de variabilité selon les structures des urgences expérimentatrices

Comme évoqué supra, les évaluateurs identifient plusieurs parcours de réorientation différents. Parmi eux, la prise du rendez-vous de réorientation au sein de la SU n'est pas systématique. Ce constat est accru parmi les expérimentateurs du second panel de visites du fait de la réorientation vers la MMG située dans les murs de l'hôpital qui reçoit les patients – se présentant spontanément, sur adressage du 15 ou réorientés par les urgences – sans rendez-vous. Ces patients sont essentiellement reçus par un médecin de la MMG le jour même, sinon le lendemain de la réorientation si celle-ci a eu lieu trop tardivement ou si la MMG est à flux tendu et ne peut plus recevoir de nouveaux patients.

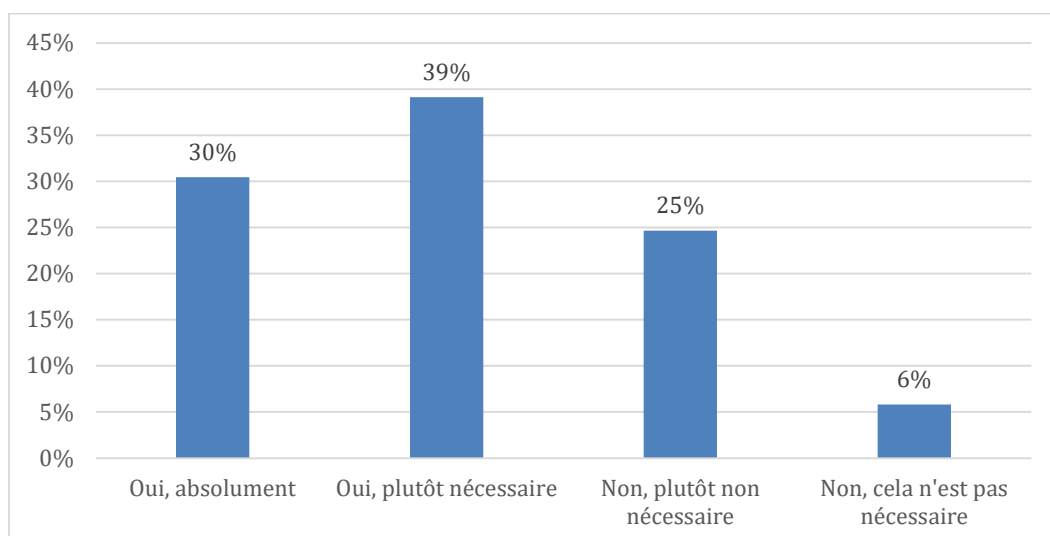
L'étape de prise du rendez-vous de réorientation – qui figure pourtant comme l'une des conditions fixées par le cahier des charges – constitue donc un nouvel élément de variabilité selon les structures des urgences expérimentatrices.

Cette prise de recul par les expérimentateurs du second panel par rapport à cette condition sera analysée dans le cadre de la [Reproductibilité](#).

► **La variabilité de l'organisation de formations et de sessions d'information malgré leur caractère jugé nécessaire par les équipes**

Certaines SU expérimentatrices - dont 50% des SU visitées - ont développé de manière informelle des formations en vue de l'utilisation des logiciels déployés ou des modalités de communication à destination des patients réorientés. A titre d'illustration, lorsqu'un logiciel ou un outil d'aide à la décision est déployé, les structures ont formé leurs personnels à leur utilisation. Un système d'infirmier « référent logiciel » formant l'ensemble de ses collègues a notamment été instauré. Les personnels de SU interrogés dans le cadre de l'enquête en ligne s'accordent sur la nécessité de dispenser des formations afin de mettre en œuvre le FRU correctement : 69% d'entre eux estiment nécessaires ces temps de formations.

Figure 11- Des temps de formation nécessaires en vue du déploiement du FRU



Source : enquête en ligne à l'attention des personnels d'urgence (données issues des deux diffusions de l'enquête) – 69 répondants à cette question

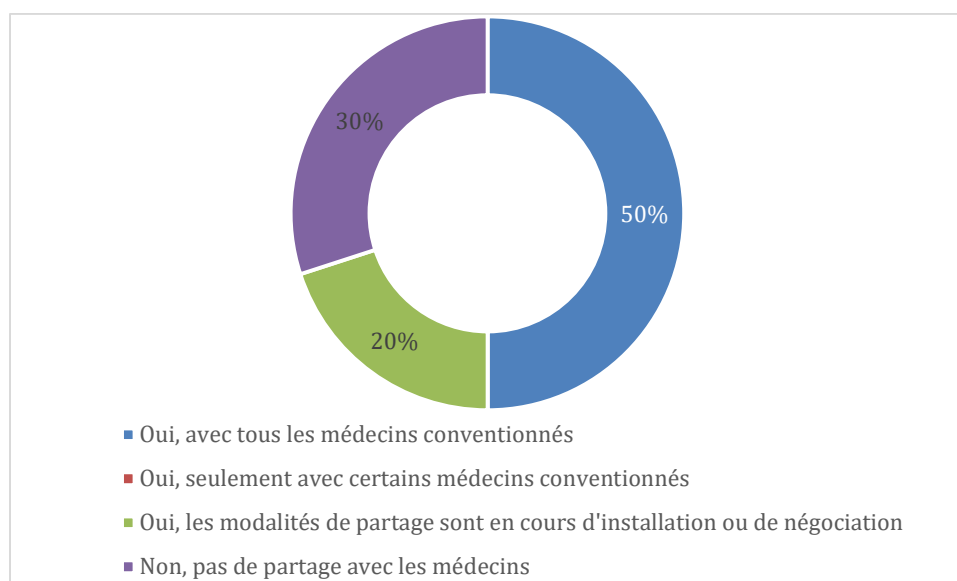
Parmi les thématiques de ces formations, les personnels suggèrent principalement l'identification des situations médicales possibles de réorientation (37% des participants à l'enquête), la formation aux outils (23% des participants à l'enquête), et à parts égales (20% des participants à l'enquête), la gestion et la communication envers le patient et la gestion administrative.

Le déploiement de l'expérimentation n'a été accompagné que de peu de réunions d'informations à l'attention des équipes. En effet, 62% des professionnels de SU ayant participé à l'enquête en ligne indiquent ne pas avoir bénéficié de réunions d'information pour la mise en place de la réorientation.

► Un partage du forfait « à la carte »

Le forfait FRU étant initialement destiné aux structures des urgences, son partage avec les médecins conventionnés n'est pas prévu ou imposé par le cahier des charges. De fait, la décision de sa répartition reste à la discrétion des parties. L'ensemble des expérimentateurs a été interrogé sur la répartition de ce forfait avec les médecins conventionnés, via une enquête en ligne à l'attention des chefs de structures des urgences diffusée au printemps 2022 et en janvier-février 2023. 50% des participants indiquent partager le forfait avec l'ensemble des médecins conventionnés, tandis que 30% indiquent ne pas effectuer de partage. Les 20% restants indiquent que les modalités de partage sont en cours d'installation ou de négociation. Une tendance au partage s'exprime de ces retours, pour autant cet aspect demeure une source d'hétérogénéité entre les expérimentateurs.

Figure 12- Modalités de partage du forfait avec les médecins conventionnés



Source : enquête en ligne à l'attention des chefs de structures des urgences – 13 répondants à cette question

Outre la décision du partage du forfait avec les médecins libéraux ou de la conservation de la totalité par la SU, la question du montant réparti en cas de partage est analysée. Les évaluateurs constatent la variabilité des modalités de répartition du forfait : aucune tendance ne peut être dégagée en la matière. En effet, certaines SU opèrent une répartition avec les médecins conventionnés à hauteur de 50% - soit 30€ pour la structure des d'urgences et 30€ pour le médecin libéral – (Carcassonne, La Réunion), d'autres partagent à hauteur de 45€ pour la SU et 15€ pour le médecin conventionnés (Brest, Cherbourg), de 56€ pour la SU et 4€ pour le médecin libéral

(Robert Debré) ou de 35€ pour la SU et 25€ pour le médecin conventionné (Perpignan). La principale justification avancée à une répartition du forfait à la faveur de la structure des urgences est fondée sur la charge de travail reposant sur le personnel urgentiste qui met en œuvre l'ensemble du processus de réorientation. Néanmoins, une répartition du forfait à la faveur du médecin conventionné est également pratiquée (exemple de Bastia) via un partage à hauteur de 15€ pour la SU et 45€ pour une MSP conventionnée.

Les évaluateurs soulignent que le versement d'un forfait est considéré comme une condition *sine qua none* de l'expérimentation selon les acteurs hospitaliers et libéraux rencontrés. Ce point sera détaillé dans le cadre de [l'analyse de l'efficience](#).

3.1.3 Il existe des invariants rencontrés dans tous les établissements

Si l'hétérogénéité caractérise le déploiement de l'expérimentation FRU, cette dernière est également marquée par des éléments invariants rencontrés dans tous les établissements.

3.1.3.1 L'IOA comme pierre angulaire du processus de réorientation : un constat accru au sein de nombreuses structures des urgences visitées

► **L'IOA comme acteur de l'ensemble des étapes structurant le parcours du patient réorienté**

Les interprétations du cahier des charges et les procédures déployées dans le cadre de l'expérimentation varient selon les structures. Néanmoins, un constat général peut être mis en lumière : le rôle central de l'IOA au sein du processus de réorientation. Il constitue la pierre angulaire du processus de réorientation : il est l'acteur de l'ensemble des étapes structurant le parcours du patient réorienté. En effet, selon les processus déployés par les expérimentateurs, c'est l'IOA qui : identifie l'opportunité ou non de réorienter, réalise le lien avec le MAO lorsque l'étape de validation médicale est suivie par le service, revêt un rôle pédagogique auprès du patient pour lui expliquer la procédure à suivre ainsi que le fondement de sa réorientation (et par la même de sa non prise en charge par la SU). Également, selon les sites expérimentateurs, l'IOA planifie la consultation de réorientation pour le patient et lui remet l'ensemble des documents nécessaires (bulletin de réorientation, compte-rendu de son entretien IOA...). Il est à noter cependant que la quasi-totalité des structures de la 2nde vague de visites ne planifient pas de rendez-vous de réorientation car ils ont conventionné avec une MMG.

Enfin, selon l'interprétation réalisée du cahier des charges à l'égard du rôle du MAO évoquée supra, l'IOA peut constituer l'unique acteur de la réorientation aux yeux du patient, mais aussi l'unique acteur du processus de réorientation dans l'absolu si le service met en œuvre un protocole de réorientation validé par le personnel paramédical de la structure. Cet élément met en exergue le caractère central du rôle de l'IOA au sein du processus de réorientation ainsi que le poids reposant sur ce professionnel.

► **L'impact de l'IOA sur le nombre de patients réorientés**

Le rôle central de l'IOA s'illustre également par l'impact existant sur le nombre de réorientations réalisées. Sur la majorité des sites visités les professionnels soulignent que selon l'IOA en poste – du fait de sa conviction en la réorientation ou son expérience – le nombre de réorientations effectuées est variable. En effet, certains IOA présenteraient davantage d'appréhension à l'idée de réorienter les patients, notamment par crainte de commettre une erreur de diagnostic - malgré la validation

finale du MAO – pouvant impliquer leur responsabilité ou impacter leur conscience professionnelle, ou encore parce que la procédure « administrative » ne leur permet pas individuellement d'optimiser leur temps de travail. D'autres IOA, à l'inverse, envisagent et proposent systématiquement la réorientation quand l'état de santé des patients ne justifie pas de prise en charge par la SU. Ce volet est personne-dépendant : au sein d'un même service, des pratiques différentes peuvent être identifiées selon les IOA. Les professionnels rencontrés identifient une cause principale à cette seconde hypothèse (proposition systématique de réorientation) : la conviction de l'impact de la réorientation sur la fluidification de l'attente aux urgences.

3.1.3.2 La difficulté du conventionnement avec les médecins libéraux

Le conventionnement d'une SU avec une structure médicale de ville constitue l'une des conditions *sine qua none* de l'expérimentation. Néanmoins, si une nette implication des médecins libéraux est à noter en amont du dépôt du dossier de candidature, d'importantes difficultés émergent de l'étape du conventionnement, empêchant ponctuellement la conclusion de partenariats entre structures des urgences et médecins libéraux.

► **L'implication des médecins libéraux en amont du dépôt du dossier de candidature**

L'implication des médecins libéraux dans la réflexion relative à la construction du parcours de réorientation a eu lieu dans une large mesure (78% des retours à l'enquête en ligne à l'attention des chefs de service²³) en amont du dépôt du dossier de candidature, soulignant la construction d'une réflexion en tandem Ville/Hôpital. Une nuance doit toutefois être apportée à ces chiffres : ces statistiques ne prennent pas en compte la distinction entre les SU ayant déjà noué des liens avec la ville dans le cadre d'une pratique préexistante de la réorientation et ceux l'ayant initié avec FRU.

► **La faible mise en œuvre de conventionnements**

Malgré cette collaboration et cette implication initiales des médecins libéraux, le processus de conventionnement constitue une difficulté majeure du déploiement de l'expérimentation. Deux scénarii ressortent des visites sur sites :

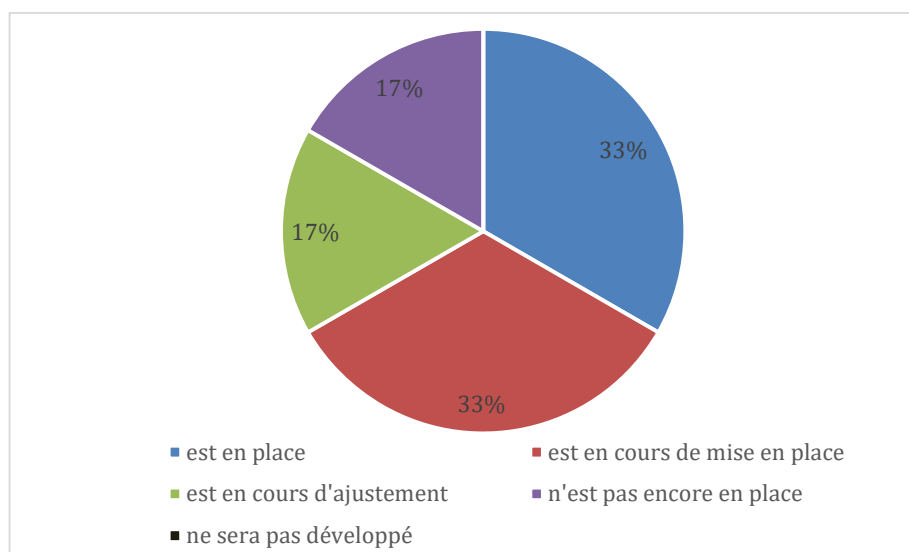
- ◆ Une nette difficulté pour les SU à conventionner avec les médecins libéraux soit parce qu'il leur est difficile d'identifier avec qui ou avec quelle structure conventionner²⁴, soit parce que cela met en jeu des aspects administratifs dans une organisation qui reposait sur de l'informel et au temps nécessaire pour mettre une organisation formelle en place (figures 14 et 15).
- ◆ Une facilité à conventionner avec la MMG située dans leurs murs ou avec un partenaire de longue date (associé à une pratique préexistante de la réorientation ou à un autre projet), mais la mise en lumière systématique de la difficulté – voire l'impossibilité – de conventionner avec des cabinets médicaux individuels. A l'égard de ce dernier point, les expérimentateurs soulignent le rôle que doivent jouer à la fois

²³ Données issues de l'enquête en ligne à destination des chefs de service, respectivement issues de sa diffusion en 2022 et 2023.

²⁴ Notons au passage qu'un conventionnement sélectif avec certains centres ou cabinets de médecine générale, pourrait s'apparenter à une distorsion de concurrence.

les CPTS et l'Ordre des médecins pour faire le lien avec la ville et cadrer les échanges.

Figure 13- Etat de mise en œuvre du conventionnement avec les médecins de ville



Source : enquêtes en ligne à l'attention des chefs de structures des urgences (données issues des deux diffusions de l'enquête) – 14 répondants à cette question

Seul 33% des chefs de services ayant répondu à l'enquête en ligne indiquent que le conventionnement est en place. Pour rappel, 88% des participants avaient indiqué que la réorientation FRU était déployée au sein de leur structure. Or, la conclusion d'un conventionnement constitue l'une des conditions *sine qua none* de l'expérimentation. Cet élément attire directement l'attention des évaluateurs sur l'existence d'une compréhension différenciée et extensive par les SU de la notion de « réorientation FRU » (par exemple en réorientant vers une MMG située au sein de la SU ou vers le médecin traitant du patient). En tout état de cause, ces éléments quantitatifs soulignent la difficulté que représente l'exercice du conventionnement et explique probablement les chiffres mitigés en termes de volumétrie de patients réorientés.

► L'identification de difficultés à la conclusion des conventionnements

Les chefs de structures des urgences ont été interrogés sur les difficultés rencontrées lors du conventionnement avec leurs partenaires, via une enquête en ligne diffusée au printemps 2022 et en janvier-février 2023. Une évolution des retours entre ces deux diffusions est notée par les évaluateurs.

Lors de la 1^{ère} diffusion, parmi les 6 possibilités de réponse, la « disponibilité des médecins » (100%) et « l'acceptabilité du dispositif » (86%) constituent les options les plus sélectionnées. Les professionnels rencontrés illustrent ces termes génériques de « disponibilité » et « d'acceptabilité », par trois freins majeurs rencontrés lors de l'exercice de conventionnement : la saturation de la médecine de ville, le faible nombre corrélatif de créneaux disponibles pour recevoir des patients réorientés, ainsi que l'aléa résidant dans la fréquence et le nombre de réorientations. A cet égard, les chefs de services indiquent plus spécifiquement avoir rencontré des difficultés à « joindre les médecins » et soulignent le « peu de disponibilités pour des consultations de soins non programmés »²⁵.

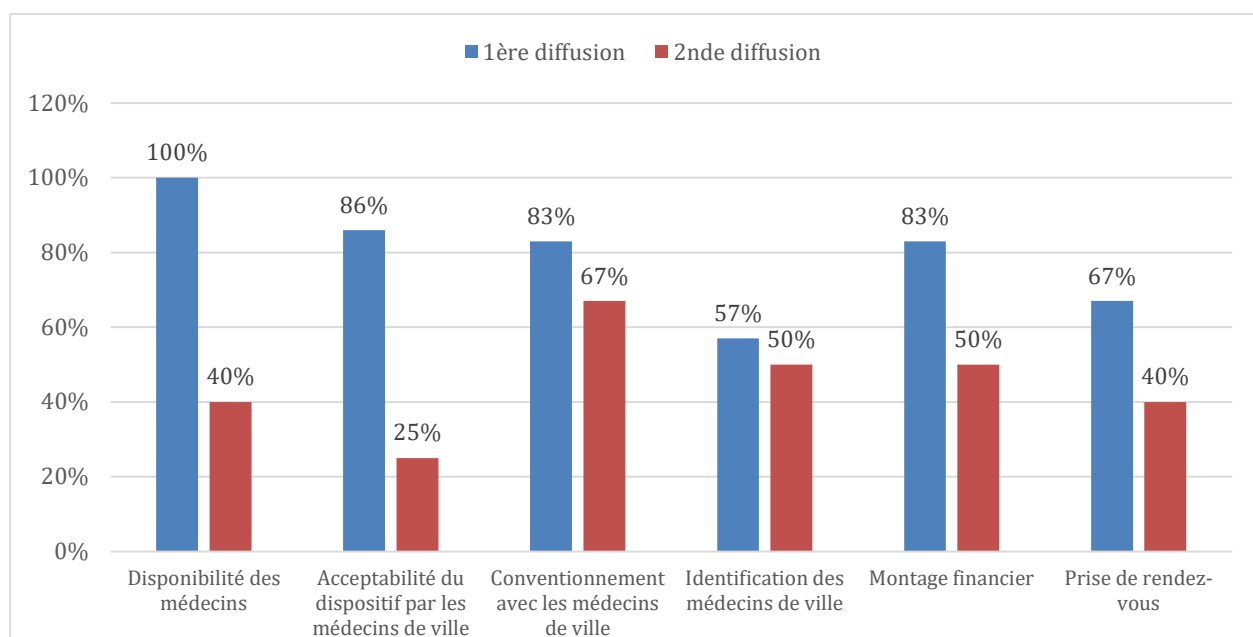
²⁵ Enquête en ligne à l'attention des chefs de structures des urgences

Lors de la 2nde diffusion, l'identification des médecins est désormais considérée comme une difficulté par 40% des chefs de service et l'acceptabilité du dispositif par 25%. Les chefs de services ayant répondu à la deuxième diffusion de l'enquête n'identifient donc plus ces éléments comme les sources principales de difficulté. En d'autres termes, ces éléments constituent une source de difficulté moins conséquente à ce stade de l'expérimentation.

En revanche, le conventionnement avec les médecins libéraux (67%), l'identification des médecins²⁶ et le montage financier (respectivement à hauteur de 50%) constituent désormais les difficultés principales rencontrées par les SU au stade du conventionnement.

L'histogramme ci-dessous indiquent les sources de difficultés lors du conventionnement identifiées par les chefs de services lors des deux phases de diffusion de l'enquête. Il est à noter que l'exercice de conventionnement est ici analysé du repérage des médecins libéraux susceptibles de se joindre au dispositif (« identification des médecins de ville » jusqu'à la conclusion de conventionnement regroupant l'ensemble des négociations et l'atteinte d'un consensus (« conventionnement avec les médecins de ville »)

Figure 14- Difficultés rencontrées lors du conventionnement avec les médecins libéraux



Source : question à choix multiples, enquête à l'attention des chefs de structures des urgences, diffusions du printemps 2022 et de janvier-février 2023 – 14 répondants à cette question (6 au printemps 2022 / 8 en janvier-février 2023)



Un MAO rencontré sur site indique : « La réorientation ne crée pas d'offre de soins. Elle déplace un sujet d'un point A à un point B ».

Un représentant d'ARS entretenu souligne : « Il est parfois plus difficile de faire entrer un médecin libéral dans le processus de réorientation que de faire sortir un patient des urgences ».

²⁶Identification au sein du territoire des médecins susceptibles de se joindre au dispositif

A. Des difficultés empêchant ponctuellement la conclusion d'un conventionnement

La nature des structures concernées est variée. Ainsi des partenariats ont été réalisés avec des MMG, des maisons de santé pluriprofessionnelles, des cabinets de médecins généralistes, des plateformes SOS Médecins. Les chefs de structures des urgences et les représentants d'ARS rencontrés soulignent que le périmètre géographique des partenariats est variable et qu'il dépend directement des opportunités du territoire et du tissu libéral local.

La prise de contact et la négociation avec les médecins libéraux ont, dans certaines régions ou pour certains sites, constitué une source de difficulté voire de tension²⁷.

Illustration – Focus sur la CH de Haguenau

A titre d'illustration, la SU de Haguenau avait entamé des échanges avec SOS Médecins avant l'expérimentation. Aucune entente n'en a alors résulté sur le modèle financier. Ces échanges ont repris ultérieurement et ont évolué vers un conventionnement, l'expérimentation FRU conférant un cadre sur le volet pécuniaire.

Des échanges ont ensuite été initiés avec l'URPS 67, sans toutefois aboutir à un conventionnement pour deux motifs : d'une part, le refus des médecins car la réorientation des patients se faisait de manière trop aléatoire et risquait de bloquer leur planning de consultation et d'autre part en raison de l'impossibilité de facturer une consultation d'urgence majorée.

3.1.3.3 Une compréhension et une application imparfaite du cahier des charges

- ▶ **La réorientation est définie par le code de la santé publique comme l'adressage d'un patient vers une structure de soins ayant passé convention avec la structure des urgences pour la prise en charge de soins non programmés.**

Sur le terrain, les urgentistes utilisent principalement le terme de « réorientation » comme suit : un patient passé par les urgences sans consultation par la SU mais qui a été renvoyé vers une autre structure ou un autre professionnel pour être pris en charge. Lors des visites, ils indiquent donc « *réorienter* » *les patients vers la maison médicale de garde, être conventionnés avec diverses structures et praticiens libéraux, mais également réorienter des patients vers leur médecin traitant ou des structures internes à l'établissement sans conventionnement...* Toutes ces formes de « partenariats » ou de « réorientations » mises sous le même vocable et n'intégrant pas toutes le cadre expérimental de la réorientation FRU, ne peuvent donc être facturées ou évaluées comme telle. En d'autres termes, la compréhension du périmètre de l'expérimentation par les expérimentateurs semble recouvrir un champ plus vaste que la définition du cahier des charges et cela complique l'évaluation.

²⁷ (Dimension organisationnelle au regard de la saturation de nombreuses structures médicales en sous-nombre, modèle financier, possibilité de réorientation limitée à des plages horaires restrictives)

► **Plus qu'une compréhension imparfaite, les évaluateurs constatent également une application imparfaite du cahier des charges.**

Le cahier des charges prévoit plusieurs étapes systématiques : la validation médicale ou la protocolisation de celle-ci, la prise de rendez-vous de réorientation et la remise du bulletin de réorientation au patient. En pratique, de nombreuses SU rencontrées se sont affranchies de toutes ou partie de ces étapes : plus précisément 7 des 9 SU de la 1^{ère} vague de visites et l'ensemble de ceux de la seconde (9 SU).

Ils justifient cela par plusieurs éléments : la disponibilité médicale au sein du service ; le caractère réorientable de manière « évidente » de certains symptômes ; du fait de la survivance ponctuelle d'habitudes issues de la pratique préexistante de la réorientation lorsque l'IOA réorientait sans validation médicale ou protocolisation de celle-ci ; par le fait que les patients sont réorientés vers la MMG qui reçoit les patients sans rendez-vous ; ou encore par volonté de limiter l'impact de la réorientation FRU sur le temps de l'IOA.

Le détachement d'une partie des expérimentateurs de ces conditions du cahier des charges est à analyser. Le cahier des charges impose :

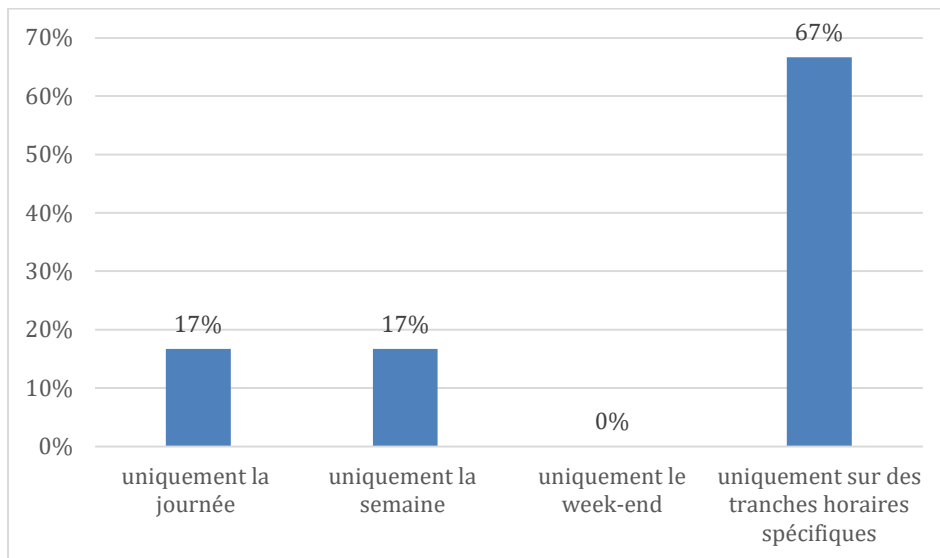
- ♦ Une prise de rendez-vous ayant vocation à favoriser l'acceptation de la réorientation par le patient : Est-ce in fine un réel critère d'acceptabilité ?
- ♦ La mise en œuvre de bulletin de réorientation visant à permettre le suivi et l'évaluation de l'expérimentation : Comment conjuguer le besoin d'évaluation d'une expérimentation sans alourdir de manière conséquente l'exercice des professionnels ?

De manière plus générale, comment faire évoluer le cahier des charges pour qu'il corresponde à la réalité des pratiques du terrain tout en garantissant la qualité et la sécurité de ces prises en charge ? Certains points devraient-ils être assouplis, simplifiés ? Les expérimentateurs rencontrés sont tous partisans d'un process aussi simple que possible.

3.1.3.4 Une pratique de la réorientation axée sur des tranches horaires spécifiques

Les chefs des structures des urgences ont été interrogés – via l'enquête en ligne - sur les modalités horaires d'organisation de la réorientation dans leur service : soit de manière partielle soit constante. Aucun n'a indiqué pratiquer la réorientation 24/24h et 7/7j. Tous ont indiqué réaliser une orientation partiellement effective sur la journée, la semaine, le week-end ou sur des tranches horaires spécifiques. Afin de préciser ce point, l'enquête en ligne à leur attention prévoyait une question sur les créneaux de mise en œuvre de cette réorientation. Ainsi, 67% des chefs de SU ayant participé à l'enquête en ligne indiquent réorienter des patients uniquement sur des tranches horaires spécifiques. Cette organisation de la réorientation constitue un élément relativement invariant selon les SU.

Figure 15- L'organisation de la réorientation essentiellement sur des tranches horaires spécifiques



Source : enquête en ligne à l'attention des chefs de structures des urgences (données issues des deux diffusions de l'enquête) – 13 répondants à cette question

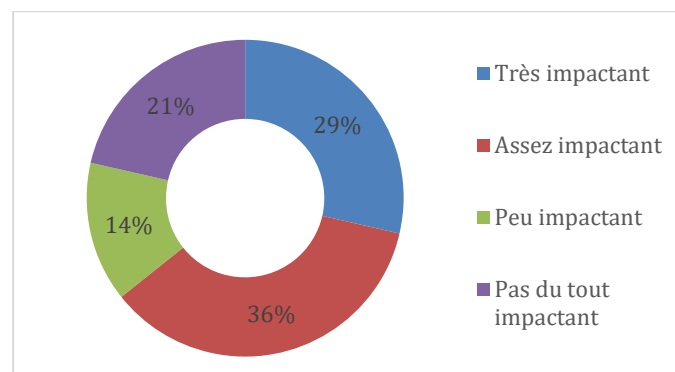
Lors des entretiens sur sites, les chefs de SU indiquent le déploiement de la réorientation sur des tranches horaires spécifiques en raison des horaires d'ouverture des structures partenaires de réorientation (notamment sur une partie des horaires de PDSA).

3.1.4 La pandémie de COVID19 a aussi eu un rôle variable, entre frein à la mise en œuvre et catalyseur de coopérations ville-hôpital

3.1.4.1 La pandémie comme frein au déploiement de l'expérimentation FRU

La pandémie constitue un élément contextuel à intégrer à l'évaluation du déploiement de l'expérimentation : 29% des chefs de SU ayant participé à l'enquête en ligne²⁸ indiquent que la mise en œuvre du FRU a été « très impactée » par la pandémie et 36% estiment qu'elle a été « assez impactée ».

Figure 16- Mesure de l'impact de la pandémie sur le déploiement du FRU



Source : Enquête en ligne à l'attention des chefs de structures des urgences (données issues des deux diffusions de l'enquête) – 14 répondants à cette question

²⁸ Enquête diffusée au printemps 2022

Les chefs de SU expliquent cet impact au regard de deux éléments.

36% des participants à l'enquête en ligne soulignent l'impossibilité de mener une réorganisation du service dans le contexte de la pandémie. En effet, le déploiement du FRU suppose – de manière non exhaustive - une réorganisation en termes de ressources humaines, de déploiement de process internes, de liens accrus avec la médecine de ville, incompatibles avec la période de crise sanitaire.

27% des participants à l'enquête indiquent que le flux trop important de patients ne permettait pas de déployer le FRU. En effet, si la fréquentation des structures des urgences a explosé durant la pandémie – notamment lors de la première vague – celle-ci a aussi eu pour effet immédiat une baisse considérable des passages aux urgences en dehors de l'activité liée au Coronavirus, pendant la période de confinement. Cette diminution concernait notamment les pathologies bénignes et petites traumatologies. Ce même constat a également pu être dressé à l'égard des cabinets médicaux. Ce phénomène découlait notamment de l'appréhension des patients de se rendre dans des lieux potentiellement contaminés.

Cette diminution du nombre de passages aux urgences, hors cas COVID, a constitué un frein au déploiement de la réorientation en ce que l'essentiel des patients potentiellement réorientables (car relevant de la médecine de ville) ne se présentaient plus aux urgences. A titre d'illustration, le CH de Cannes, malgré un démarrage efficace du déploiement a dû concentrer ses ressources humaines pour faire face aux besoins de la crise sanitaire. Également, au sein du CH d'Angoulême, la COVID a fait baisser le nombre de passages aux urgences – et donc le nombre de patients potentiellement réorientables – et la pratique de réorientation a été mise de côté au profit de conseils médicaux plus informels pour concentrer les moyens humains sur la gestion de la crise sanitaire au sein de la SU.

Focus : Pilotage du déploiement par les ARS et impact de la pandémie

Outre le déploiement de l'expérimentation sur le terrain, la pandémie a également impacté la gestion du pilotage et du suivi du projet par les ARS. Les représentants d'ARS entretenus indiquent que le Coronavirus a constitué une priorité à gérer pour les Agences en sus du contexte global du secteur (notamment avec la réforme du financement des urgences). Dès lors le pilotage et le suivi du déploiement n'ont pu être réalisés qu'à la marge par les ARS suggérant une autonomie accrue des services expérimentateurs dans le cadre de ce projet.

3.1.4.2 La pandémie, ponctuellement comme terreau de la coordination avec la médecine libérale
Nombre de SU ont initié leur pratique de la réorientation dans le cadre de l'expérimentation FRU (40%, soient 6 sur 15, des chefs de service ayant répondu à l'enquête en ligne indiquent qu'une organisation de réorientation ne préexistait pas avant l'expérimentation FRU). Néanmoins, la pandémie a pu constituer pour certains le terreau d'une coordination avec la médecine de ville pour réorienter les patients ne relevant pas du plateau technique des urgences.

A cet égard, le CH de Carcassonne constitue une illustration de ce phénomène. Les professionnels rencontrés décrivent la procédure instaurée en période de crise Covid comme « simple et fonctionnelle ». Ces derniers justifient ce constat par 2 raisons contextuelles : la disponibilité accrue des médecins libéraux (les patients redoutant les zones potentiellement exposées au virus) et la compréhension des patients de la

nécessité de libérer au plus les urgences afin de prioriser les cas Covid et les urgences avérées. Ce constat est également justifié par une raison pratique : le droit d'écriture des personnels de la SU sur les plannings Doctolib des praticiens libéraux.

3.2 Analyse de l'efficacité

La question au centre de l'analyse de l'efficacité consiste à comprendre dans quelle mesure le projet a atteint ses objectifs de mise en place au sein des 37 structures des urgences expérimentatrices.

L'efficacité en synthèse

- ♦ Une procédure décrite comme « lourde et chronophage » par les personnels de SU, notamment dans sa dimension administrative, malgré l'identification d'un délai de prise en charge des patients réorientés majoritairement inférieur à celui d'un patient pris en charge classiquement au sein du SU.
- ♦ La dimension administrative évoquée ci-dessus englobe l'ensemble des étapes du parcours de réorientation qui ne relèvent pas du soin : le remplissage du questionnaire de réorientation, l'explication de la réorientation au patient, la prise de rendez-vous, l'édition et la remise du bulletin de réorientation.
- ♦ L'instauration de critères de réorientations homogènes au sein de chaque SU.
- ♦ La compréhension des patients de leur réorientation est hétérogène et est fonction de la conviction ou non du patient de relever des urgences, de l'éloignement de la structure de réorientation par rapport aux urgences et de l'éventuel ticket modérateur restant à la charge du patient après la consultation de réorientation.
- ♦ Les expérimentateurs font état d'une véritable difficulté à remonter des indicateurs sur la réorientation.

3.2.1 L'hétérogénéité du nombre de réorientations FRU au sein des expérimentateurs

Trois catégories de déploiement émergent de ces données.

D'une part, 12 SU ayant déployé le dispositif dans de larges proportions, avec un total de réorientations allant de 1 099 à 13 983 et une moyenne de 3 675 passages depuis le lancement de l'expérimentation.

D'autre part, 10 SU ayant développé la réorientation FRU dans de faibles proportions, avec un total de réorientations allant de 14 à 423, soit au maximum une réorientation par jour, et une moyenne de 172 réorientations.

Enfin, 14 SU n'ayant pas intégré le dispositif et ne recensant aucune réorientation.

Figure 17- Nombre de forfaits RU1 recensés par l'ATIH (années 2021 / 2022)

SU Raison sociale	Nombre de RU1 cumulés depuis 2021	Dont nombre de RU1 en 2021	Dont nombre de RU1 en 2022
Centre Hospitalier d'Avignon	17884	6182	11702
Centre Hospitalier Ouest Réunion	11159	4860	6299
Centre Hospitalier de Perpignan	7732	1754	5978
Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes	5922	1036	4886
Centre Hospitalier de St Brieuc	5400	0	5400
APHP - Jean Verdier à Bondy	3922	1411	2511
Centre Hospitalier du Roanne	3392	1199	2193
APHP Robert Debré à Paris	3203	1280	1923
Centre hospitalier de Roubaix	2641	677	1964
Centre Hospitalier Universitaire de Rennes	1841	453	1388
Centre Hospitalier de Béziers	1603	44	1559
Centre Hospitalier d'Angoulême	1379	342	1037
Centre Hospitalier Cannes	680	423	257
Centre hospitalier de Cherbourg	582	0	582
Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille de Quimper	415	65	350
Hôpital Nord Franche-Comté à Belfort	407	1	406
Centre Hospitalier Général de Bastia	385	0	385
Centre Hospitalier Universitaire de Nancy	253	0	253
Centre Hospitalier Universitaire Toulouse	182	52	130
Centre Hospitalier Universitaire de Dijon	132	29	103
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest	52	0	52
Centre Hospitalier de Sambre Avesnois-Maubeuge à Maubeuge	35	30	5
Centre Hospitalier Universitaire de Haguenau	19	18	1
Centre Hospitalier de Carcassonne	14	14	0
Centre Hospitalier d'Avranches Granville	0	0	0
Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer	0	0	0
Centre Hospitalier de Mayotte	0	0	0
Centre Hospitalier de Pau	0	0	0
Centre Hospitalier de Versailles au Chesnay	0	0	0
Centre Hospitalier Départemental de Vendée à la Roche-sur-Yon	0	0	0
Centre Hospitalier du Mans	0	0	0
Centre Hospitalier Jura Sud site de Lons le Saunier	0	0	0
Centre Hospitalier Universitaire de Guadeloupe	0	0	0
Centre Hospitalier Universitaire Nîmes	0	0	0
Hôpital Bégin	0	0	0
Hôpital Foch à Suresnes	0	0	0

Source : données ATIH jusqu'au 31.12.2022

3.2.2 La lourdeur administrative et le caractère chronophage de la réorientation comme freins majeurs identifiés par les expérimentateurs

Focus préalable : Précisions sur la notion de « lourdeur administrative » évoquée par les professionnels de SU

La « lourdeur administrative » est principalement évoquée par des IOA et MAO. Le volet administratif décrit par ces professionnels désigne, par exclusion, tout ce qui ne relève pas de leurs fonctions médicales ou paramédicales. Il s'agit ainsi du remplissage du questionnaire de réorientation, l'explication de la décision de réorientation au patient en s'assurant de sa bonne compréhension, du lien avec les structures conventionnées de réorientation pour prendre un rendez-vous (lorsque cette étape n'est pas réalisée dans le cadre d'un logiciel dédié de prise de rendez-vous), l'impression du bulletin de réorientation... Les éléments relevant purement du contexte expérimental (décompte des patients réorientés, etc.) n'intègrent pas ce cadre.

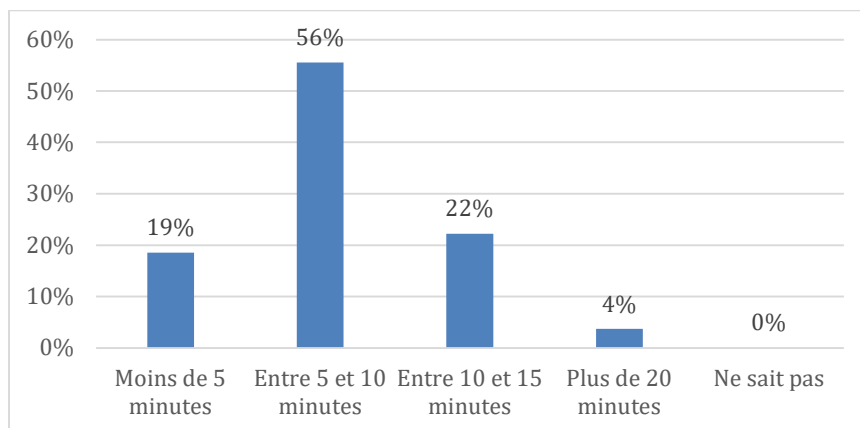
L'ensemble de ces tâches constituent - selon les professionnels ayant participé à l'enquête en ligne et ceux entretenus sur sites – des étapes chronophages sources de lourdeur sur le plan dit « administratif » en ce qu'elles se surajoutent à leurs fonctions médicales ou paramédicales cœurs de métier. Ce volet administratif ne fait donc pas écho à la démarche initiale de conventionnement avec des structures partenaires.

Les professionnels ont été réinterrogés sur ce point lors de la seconde vague de visites. Le constat demeure inchangé sur les derniers temps de l'expérimentation : le périmètre de cette lourdeur administrative est identique et le constat du caractère chronophage de la réorientation FRU – pour l'IOA notamment - est maintenu.

Les professionnels de SU ont été interrogés sur le temps moyen de prise en charge par patient réorienté (via l'enquête en ligne et lors des visites sur site). Une scission semble s'opérer entre les données quantitatives recueillies dans le cadre de l'enquête et celles, qualitatives, recueillies lors des entretiens sur sites.

Dans le cadre de l'enquête en ligne, les personnels de SU indiquent à hauteur de 56% que le temps moyen de prise en charge d'un patient réorienté est compris entre 5 et 10 minutes et entre 10 et 15 minutes à hauteur de 22%. Six options de réponses pouvant être sélectionnées, l'histogramme ci-dessous recense les retours des participants :

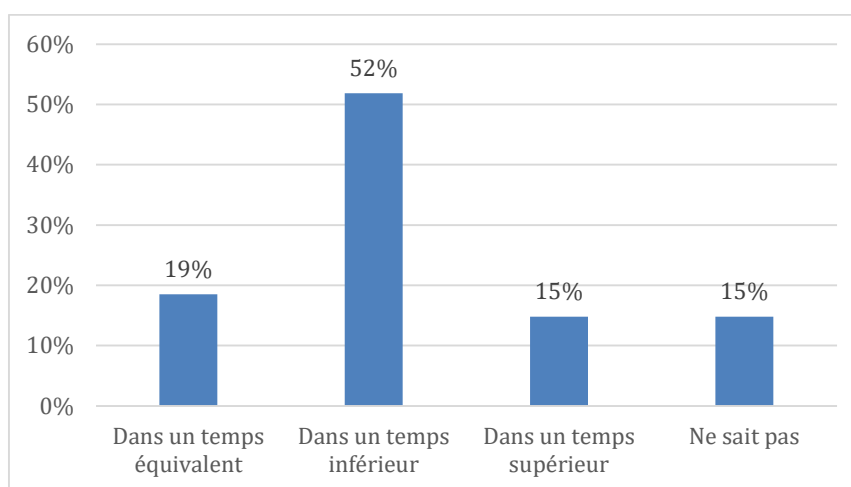
Figure 18 - Temps moyens de prise en charge d'un patient réorienté



Source : enquête en ligne à l'attention des personnels de structures des urgences (données issues des deux diffusions de l'enquête) – 27 répondants à cette question


Afin de compléter cette donnée, les professionnels de SU ont également eu à indiquer si ce processus de réorientation permettait en moyenne aux patients d'être réorientés dans un temps inférieur, équivalent ou supérieur au temps d'attente pour une consultation d'urgence au sein du service. En d'autres termes, la procédure de réorientation permet-elle aux patients d'être vus par un médecin de ville plus rapidement qu'un patient pris en charge classiquement au sein du service ? A cet égard, les retours sont mitigés : 52% des professionnels de SU interrogés estiment que la prise en charge se déroule dans un temps inférieur à une attente pour une consultation d'urgence, tandis que 15% considèrent ce temps comme supérieur et 19% sur un temps équivalent.

Figure 19- Comparaison du temps moyen de prise en charge d'un patient réorienté au temps moyen d'attente pour une consultation d'urgence²⁹



Source : enquête en ligne à l'attention des professionnels de structures des urgences (données issues des deux diffusions de l'enquête) – 27 répondants à cette question

La procédure de réorientation semble alors constituer un levier permettant de prendre en charge plus rapidement un patient en l'orientant vers l'interlocuteur médical adapté à son état de santé. Pour autant, les retours des professionnels rencontrés sur site sont plus mitigés, en particulier concernant la procédure administrative de réorientation.

- 
 Un MAO rencontré sur site indique : « *La procédure de réorientation est lourde. Nous avons souvent un meilleur temps de recevoir directement les patients réorientables au sein du service.* »
- Un personnel de SU participant à l'enquête en ligne précise : « *Nous pratiquons déjà la réorientation avant le FRU. La différence réside dans l'ajout de très longues et lourdes tâches administratives pour l'IOA, surtout quand il doit voir de nombreuses entrées* »
- Un chef de SU entretenu indique : « *Nous pratiquons déjà la réorientation avant l'expérimentation. Nous sommes retournés à notre mode de fonctionnement antérieur : les contraintes du FRU n'ont pas permis l'adhésion de l'équipe des urgences.* »

²⁹ Les professionnels de SU ont été interrogés sur le fait de savoir si la procédure de réorientation permet aux patients réorientés d'être vus par un médecin de ville plus rapidement que les patient pris en charge classiquement au sein du service.

L'ensemble des étapes structurant la procédure et notamment son versant administratif (saisie des informations patient, impression de documents à remettre à ce dernier, rôle de pédagogie ...) est considéré comme « consommateur de temps » par les professionnels urgentistes et notamment les IOA. De ce versant administratif se dégagent principalement trois volets :

- ♦ La non-optimisation du SI caractérisée par la non-interopérabilité des logiciels utilisés et de l'hétérogénéité de ces derniers. En d'autres termes, les urgentistes utilisent généralement plusieurs logiciels (logiciel d'urgence, questionnaire de réorientation, Logibec, Plateforme SOS Médecins...) et ceux-ci ne sont pas interopérables avec ceux des médecins conventionnés entraînant notamment un manque de traçabilité.
- ♦ L'explication au patient de sa réorientation : cette étape est décrite comme chronophage par l'ensemble des expérimentateurs et paraît parfois plus longue qu'une prise en charge au cours de laquelle le patient est installé dans un box et vu par le médecin. Certains IOA emploient même le terme de « négociation ».
- ♦ Selon les structures des urgences et les processus développés, la prise de rendez-vous auprès d'un médecin conventionné peut constituer une difficulté, notamment lorsqu'elle est réalisée par téléphone et en l'absence de droits de lecture sur les plannings des médecins libéraux. Ainsi, l'exemple du CH de Carcassonne susmentionné – au sein duquel la prise de rendez-vous est faite de médecin urgentiste à médecin libéral par téléphone - souligne l'importance d'une coordination simplifiée avec la médecine de ville pour la prise de rendez-vous, *a minima* via l'accès aux plannings des médecins conventionnés et un droit d'écriture. *A fortiori*, les SU expérimentateurs ayant déployé des outils SI tels que Logibec ou disposant d'outils de prise de rendez-vous (cf. plateforme SOS Médecins) soulignent la fluidité de cette étape. Ce troisième élément de difficulté est à nuancer : l'essentiel des SU rencontrées lors de la seconde vague de visites ont conventionné avec la MMG située dans l'enceinte de l'hôpital, les dispensant ainsi de l'étape de prise de rendez-vous de réorientation (les patients réorientés s'inscrivant dans le flux de consultations de la structure) et sortant par la même du cadre de la réorientation FRU.

Les expérimentateurs alertent sur cet aspect chronophage. Ils soulignent que la réorientation – au sens large – malgré le temps qu'elle représente pour l'IOA, permet de recentrer les urgences sur leur cœur de métier et de libérer du temps médical. L'évaluation du temps accordé à la réorientation est majoritairement mesurée à échelle macro, à savoir au niveau du service et non par individu.

Les professionnels alertent également sur le caractère bloquant, voire dissuasif, de cette lourdeur administrative : un expérimentateur n'a pas obtenu l'adhésion de l'équipe et a été contraint de retourner à sa pratique antérieure de réorientation.



Un chef de SU entretenu alerte : « *Il faut aller au plus simple. Les machines à gaz ne fonctionnent pas.* »

Ces éléments interrogent les évaluateurs sur deux volets. D'une part, sur l'identification des acteurs pour chaque étape de la procédure de réorientation et la

protocolisation. Le rôle alloué à chacun – agent administratif, IOA et MAO – varie selon les SU. Ainsi un IOA pourra, selon les SU, réaliser l'intégralité des étapes du parcours patient réorienté. Tandis que d'autres SU intègrent un ETP administratif pour certains volets, libérant du temps IOA. Également, selon les SU, le MAO constituera le valideur ultime de la réorientation de manière systématique, tandis que dans d'autres SU il ne sera sollicité qu'en cas de doute de l'IOA et ne valide pas la réorientation. La solution qui semble le mieux fonctionner inclut la délégation de la prise de rendez-vous à un personnel administratif et l'absence de recherche systématique de validation médicale pour les cas les plus légers. L'objectif étant de centrer la pratique de chacun sur son cœur de métier. Un point essentiel est régulièrement mentionné lors des entretiens sur sites : les IOA ne souhaitent pas engager leur responsabilité propre et indiquent que le maintien de la responsabilité médicale est essentiel.

D'autre part, sur l'unification de leviers identifiés au sein de certaines SU (référentiel ou logiciel d'aide à la décision de réorientation permettant de structurer et systématiser la prise de décision et de limiter le temps MAO alloué ; permettre des modalités simplifiées de prise de rendez-vous vers la Ville afin de réduire le temps alloué à la prise de rendez-vous par téléphone).

- ♦ Les services expérimentateurs ont été interrogés sur le temps moyen de prise en charge du patient réorienté. 76,3% des professionnels de SU ayant répondu à l'enquête indiquent que l'objectif de réduction de la charge de travail – poursuivi par l'expérimentation - est atteint.

3.2.3 Des critères de réorientation relativement homogènes parmi les SU rencontrées, mais une compréhension de la réorientation par les patients plus hétérogène

Chaque structure des urgences a coordonné son équipe autour d'un référentiel commun harmonisant et sécurisant les pratiques.

Si cette étape du parcours est homogène, la compréhension et l'acceptation de la réorientation par les patients sont plus hétérogènes.

Les évaluateurs ont d'abord déterminé le profil des patients se présentant aux urgences et réorientés *in fine*, pour ensuite étudier les éléments de variation de la compréhension et de l'acceptation de la réorientation.

3.2.3.1 Le profil des patients se présentant aux urgences et réorientés *in fine*

L'étude du profil des patients se scinde en deux branches : le motif de la venue aux urgences en lieu et place d'une consultation médicale de ville, ainsi que les symptômes principalement réorientés.

Les expérimentateurs constatent les mêmes motifs de venue aux urgences : le patient n'a pu trouver une consultation en ville dans un délai raisonnable (24-72h) ; il n'a pas de médecin traitant ou ce dernier est absent ; il se présente de bonne foi aux urgences pensant relever de ce type de prise en charge ; pour des raisons financières il privilégie les urgences plutôt qu'une consultation de ville pour laquelle un tiers payant peut être applicable ; les urgences constituent son premier réflexe ... Les professionnels rencontrés soulignent que ce dernier motif de venue est accru au sein des SU pédiatriques en raison de l'inquiétude des parents, peu importe l'âge du jeune patient. Certains motifs sont particulièrement prononcés selon les spécificités territoriales, notamment la désertification médicale.

Les expérimentateurs font état de la récurrence des symptômes réorientés : ORL, digestifs, dermatologiques... Plusieurs services expérimentateurs qui pratiquaient la réorientation informelle avant l'expérimentation dressent un constat commun : davantage de patients sont réorientés vers la médecine de ville depuis le déploiement de ce parcours structuré. Ils expliquent cette évolution par la sécurisation du parcours du fait du temps passé avec le patient durant l'entretien, la structuration de la décision sur un référentiel commun au service, la présence du médecin senior en cas de doute. Enfin, il a été observé par les évaluateurs que les SU accueillant principalement des patients aux urgences sur une filière longue (personnes âgées en majorité) n'avaient pas la capacité de réorienter le patient au vu de leur état de santé, la filière courte des urgences se réalisant par un opérateur privé autorisé à l'accueil et au traitement des urgences.

3.2.3.2 Une acceptation hétérogène de la réorientation par les patients

Les expérimentateurs rencontrés soulignent la bonne compréhension et acceptation générale de la réorientation par les patients. Néanmoins, certains la refusent pour des raisons clairement identifiées par les professionnels :

- ♦ La conviction du patient de relever d'une prise en charge aux urgences : ce point souligne la largeur du spectre d'interprétation des symptômes d'un patient à l'autre, ainsi que l'enjeu de sensibilisation du public au rôle cœur des structures des urgences.
- ♦ Le refus du patient de se rendre à une consultation si la structure de réorientation est trop éloignée des urgences.
- ♦ Les SU pédiatriques expérimentatrices indiquent qu'un patient pédiatrique est généralement plus difficilement réorientable – fonction de son âge – qu'un patient adulte malgré la précision des critères de réorientation. Elles expliquent cela notamment par l'inquiétude des parents, mais aussi parce qu'en dessous d'un certain âge l'enfant sera systématiquement pris en charge par le SU.
- ♦ Le règlement du ticket modérateur après la consultation de réorientation : ce motif de refus a d'ailleurs été identifié clairement par l'un des SU rencontrés lors de la seconde vague de visite. Lors de l'entretien avec le patient, l'IOA déroule un questionnaire parmi lequel figure une question sur la solvabilité du patient. Si l'IOA renseigne que le patient aura des difficultés à assurer le paiement de la consultation, la réorientation est directement écartée.



Un médecin conventionné rencontré alerte : « *Certains patients ne payent pas le ticket modérateur. Cela constitue un point à réajuster avec la SU pour que la communication soit adaptée à leur niveau. Le forfait qui nous est versé permet d'absorber une partie de cet aléa, même si ce n'est pas son objectif.* »

Un directeur des affaires financières nuance : « *Les patients bénéficiant de l'AME ou de la Complémentaire santé solidaire n'ont pas à faire d'avance de frais. Les patients les plus précaires sont donc normalement protégés.* »

3.2.4 Les difficultés rencontrées par les médecins conventionnés

Les médecins conventionnés identifient les mêmes difficultés que les professionnels urgentistes, à savoir : une surcharge de travail des professionnels de santé (qui, au regard des échanges avec les SU, ne semble pas être soulagée par la formalisation de la réorientation FRU) ainsi qu'un manque de traçabilité.



Un médecin convention interrogé dans le cadre de l'enquête en ligne suggère : « *il serait possible de centraliser les appels en vue de la prise de rendez-vous* »

Par ailleurs, lorsque le médecin prévoit des créneaux d'urgences, la réorientation de patients n'impacte pas les délais de rendez-vous. Néanmoins il existe parfois des créneaux de rendez-vous non honorés chez certains médecins qui ouvrent des créneaux spécifiques pour des patients réorientés qui ne se présentent finalement pas. Les raisons évoquées à la non-présentation de certains patients à leur rendez-vous de réorientation sont multiples : les principales étant qu'ils ont trouvé un autre interlocuteur de soins, que la structure de réorientation est trop éloignée des urgences ou de leur domicile, ou qu'être passés par les urgences les a rassurés sur leur état de santé³⁰.

3.2.5 La difficulté des établissements à remonter des indicateurs sur la réorientation

Le cahier des charges FRU structure l'expérimentation par un ensemble d'indicateurs qui constituent des objectifs pour les expérimentateurs :

- ♦ Le premier objectif vise un taux de 5 à 10% de réorientation pour les patients dont le passage dans la SU n'est pas suivi d'une hospitalisation. Sur l'ensemble des services expérimentateurs rencontrés seuls cinq ont pu apporter une réponse chiffrée³¹ tandis que les autres ont indiqué une estimation, un ressenti ou ont été dans l'impossibilité de répondre³². Parmi ces retours, 4 des 5 établissements indiquent un taux compris entre 5 et 10% et remplissent donc l'objectif.

Au vu des chiffres remontés dans la base de données ATIH, 3 SU expérimentatrices s'inscrivent dans l'objectif (entre 5 et 8%) et 2 autres sont au-delà en étant entre 11 et 13%. Les 31 autres SU n'atteignent pas cet objectif : 11 SU sont entre 1 et 4%, et

³⁰ Ces raisons sont mentionnées par des médecins conventionnés rencontrés qui, lorsque le patient ne se présente pas, l'appellent.

³¹ Sur la base d'une extraction réalisée depuis leur SI

³² Rennes : 3,6% en 2022 ; Roubaix : 8% ; Jean Verdier (Bondy) : 9,8% ; Avignon : 15% ; Robert Debré : 15%.

les 20 SU restantes autour de 0%³³ - le tableau synthétisant l'ensemble de ces données se trouve en Annexes 3.

Deux biais peuvent expliquer ce différentiel entre le ressenti des professionnels de santé interrogés et les données issues de la base ATIH. Le premier renvoie directement à la définition du périmètre de la réorientation (i.e MMG au sein des sites d'urgences compris, ou non formalisation de la réorientation permettant de déclencher un RU1). Le second réside dans l'exhaustivité des RU1 remontés au niveau de l'ATIH.

- ♦ Le deuxième objectif vise un taux de 70% de consultations de réorientation honorées. Sur l'ensemble des services expérimentateurs rencontrés seuls deux ont pu indiquer un taux. La SU d'Angoulême qui utilise le logiciel Logibec indique un taux de 85% et celui de Robert Debré un taux de 95%³⁴, au moyen d'un suivi interne. Les autres expérimentateurs n'ont pas été en mesure de communiquer un taux certain. Cela s'explique notamment par l'absence de traçabilité du parcours du patient réorienté (résultant de la non-interopérabilité des outils SI des structures des urgences et des médecins conventionnés et de la faible production de bulletins de réorientation). Les SU ayant déployé Logibec et rencontrés en janvier 2023 ne disposent pas de cette traçabilité non plus, car leurs partenaires libéraux n'utilisent pas Logibec (mais la plateforme de prise de rendez-vous SOS Médecins). La difficulté à remonter cet indicateur impacte directement la facturation des RU1 et le reversement d'une partie du forfait aux médecins conventionnés (quand un partage est acté).

Outre ces indicateurs, les expérimentateurs rencontrés indiquent également que le manque de traçabilité ne permet pas de connaître le parcours du patient après son passage par les urgences (notamment s'il a consulté un autre professionnel de santé ou s'il est retourné aux urgences).

³³ Taux calculés sur la base des données ATIH des RU1 facturés sur l'année 2022, et du nombre de passages aux urgences totaux en 2021 de chaque SU (données SAE)

³⁴ Etablissements rencontrés au printemps 2022.

3.3 Analyse de l'efficience

L'objectif de l'analyse de l'efficience est d'identifier l'impact économique de ce dispositif, notamment en termes de dépenses de santé, de ressources humaines et en investissement pour le déploiement de l'expérimentation.

L'analyse de l'efficience a été traitée – au regard du protocole d'évaluation – uniquement lors de la seconde phase de visites sur sites. Ce point n'a donc été abordé qu'avec les neuf sites expérimentateurs du second panel.

L'efficience en synthèse

- ♦ Les expérimentateurs du panel se sont essentiellement organisés à moyens constants, tant sur le plan des ressources humaines qu'au regard du faible nombre d'établissements ayant réalisé un investissement dans un outil informatique pour les aider dans la réalisation du parcours.
- ♦ Les évaluateurs soulignent l'absence d'analyse d'impact du forfait sur les charges induites par le parcours au sein des établissements rencontrés lors des deux vagues de visites.
- ♦ Le forfait est perçu par les expérimentateurs hospitaliers et libéraux comme un élément incitatif indispensable au regard de l'impact de santé publique de la réorientation et pour contrebalancer le caractère chronophage du parcours de réorientation FRU.

3.3.1 Une organisation largement déployée à moyens constants parmi les sites du panel

Les évaluateurs constatent que l'ensemble des structures des urgences du panel sont essentiellement restées à effectifs constants pour le déploiement de l'expérimentation et qu'une minorité d'entre elles ont réalisé un investissement dans un outil SI.

- ♦ Aucun ETP médical, paramédical ou administratif n'a été ajouté dans le cadre de l'expérimentation³⁵. Les dépenses liées aux effectifs sont donc restées identiques et le déploiement a été neutre en termes financiers sur ce volet.

Ce déploiement à moyens constants s'illustre en pratique par le fait que l'essentiel des services rencontrés se sont affranchis de toutes ou partie des étapes prévues par le cahier des charges : notamment la consultation et la validation médicale, la prise de rendez-vous, l'impression du bulletin de réorientation de manière systématique. A titre d'illustration, 6 des 9 sites du second panel (le 9^e ne pratiquant plus la réorientation FRU) ne prennent pas de rendez-vous de réorientation car les patients sont orientés vers la MMG située dans les murs de l'hôpital. Cependant, dans d'autres territoires, 6/10 SU déclarent via l'enquête en ligne à destination des professionnels des urgences, qu'un rendez-vous n'est pas systématiquement trouvé ou pris : le patient est alors pris en charge aux urgences. Ce dernier point est à nuancer : ce retour peut s'expliquer soit par l'impossibilité pratique de trouver un créneau de réorientation selon l'offre de ville, soit par le fait que le process de ces services ne prévoit pas de prise de rendez-vous du fait de la nature de la structure de réorientation, soit parce que la SU ne dispose pas de MMG à proximité.

³⁵ Constat réalisé au regard des entretiens conduits avec les équipes urgentistes et directeurs des affaires financières des structures des urgences du second panel (rencontrés en janvier-février 2023).

- ♦ Parmi les structures des urgences rencontrées, seules 9 ont déployé un outil informatique ad hoc pour les aider dans la réalisation du parcours. Parmi eux seuls 4 SU ont réalisé un investissement financier en ce sens. Parmi les 18 SU rencontrées, cinq utilisent le logiciel Logibec depuis le déploiement de l'expérimentation (ou avant dans le cas de la SU de Nancy), un autre a intégré un onglet « réorientation MMG » à son logiciel habituel, un autre se servait initialement d'un espace informatique de prise de rendez-vous mis à disposition par l'ARS (mais a cessé en raison de nombreux dysfonctionnements) ... En d'autres termes, seulement quatre structures des urgences rencontrées ont réalisé un investissement financier afin de déployer un outil informatique ad hoc (Logibec). Cet outil – qui constitue à la fois une aide à la décision de réorientation et un support de prise de rendez-vous de réorientation – satisfait largement les équipes concernées qui indiquent son rôle de réassurance des IOA et d'homogénéisation des pratiques au sein du service. Les professionnels rencontrés soulèvent néanmoins deux limites à l'utilisation de ce logiciel : d'une part, les critères d'exclusion de la réorientation sont parfois trop stricts et peuvent limiter le spectre de patients réorientés, d'autre part, lorsqu'un second outil de prise de rendez-vous est intégré au processus (cf. plateforme SOS Médecins) les professionnels décrivent la perte de temps associée à la saisie des informations en doublons et à la multiplication des outils.

L'impact du forfait sur cet investissement sera détaillé dans la section 2 ci-dessous.

3.3.2 L'absence d'analyse d'impact du forfait par rapport aux charges induites par le parcours

Les expérimentateurs du second panel ont systématiquement été interrogés sur l'impact du forfait par rapport aux charges induites par le parcours. Ces charges sont minimales : effectifs constants et faible taux d'investissement informatique.

Les évaluateurs ont également cherché à objectiver l'impact du forfait sur les charges induites par le parcours de réorientation directement au sein du service : notamment la valorisation financière du temps IOA ou médical alloué à la réorientation, ou encore l'investissement dans le logiciel Logibec. Les expérimentateurs du second panel – et notamment les directeurs des affaires financières – indiquent qu'aucune analyse d'impact globale n'a encore été réalisée à ce jour.

Il est néanmoins possible de présenter l'exemple du Centre Hospitalier du Cotentin (Cherbourg) qui a investi dans le logiciel Logibec et qui a réalisé une analyse d'impact du forfait sur ce point spécifique.

Focus : Le Centre hospitalier de Cherbourg Cotentin et son investissement dans le logiciel Logibec

Le Directeur des affaires financières indique que le logiciel Logibec constitue un investissement annuel de 25 000€ pour l'établissement. Cette structure des urgences ayant réalisé 651 réorientations au 30 septembre 2022 – étant noté que pour chacune 45€ du FRU revient à l'hôpital et 15€ aux médecins conventionnés – l'investissement SI est couvert par le forfait.

Cette analyse met en lumière deux points : l'importance du forfait et de la proportion de son partage avec la ville permettant de sécuriser un tel investissement, mais aussi l'effet de seuil à partir duquel le nombre de RU1 facturés assure la faisabilité d'un tel investissement.

En l'absence d'analyse d'impact, les évaluateurs ont réalisé une estimation des recettes générées basée sur le nombre de RU1 recensés par l'ATIH par établissement - depuis le déploiement de l'expérimentation dans chaque SU - et le montant du forfait perçu par la SU (de 60€ quand aucun partage n'est effectué ou lorsque l'information n'a pas été communiqué aux évaluateurs, et du montant précis lorsque l'information est disponible). Ce calcul – présenté en [annexe 4](#) - est basé sur les données communiquées par l'ATIH jusqu'au 30 septembre 2022. L'hétérogénéité du déploiement s'illustre également au travers des recettes estimatives, puisqu'elles varient entre 838 980€ (SU ayant recensé le plus de RU1 selon l'ATIH) et 1 800€ (SU en ayant recensé le moins).

3.3.3 Le forfait comme élément incitatif clé pour les expérimentateurs hospitaliers et de ville

Outre l'impact du forfait sur les charges induites par le déploiement, les expérimentateurs soulignent aussi l'impact du forfait sur l'acceptabilité par les professionnels de santé de la réorientation FRU (11 SU visitées sur 18 partagent leur forfait de 60€). Le forfait constitue selon eux un élément incitatif clé tant pour les professionnels hospitaliers que pour les partenaires libéraux et ce au regard d'au moins deux éléments.

3.3.3.1 Une condition justifiée par les expérimentateurs par l'impact de santé publique de la réorientation

Les expérimentateurs soulignent l'importance de la valorisation du travail réalisé au sein des structures des urgences permettant de repositionner « le bon patient dans la bonne filière de soins ». En d'autres termes, l'identification des patients et la redirection vers le bon interlocuteur de soins revêt, selon les expérimentateurs, une dimension de santé publique devant faire l'objet d'une reconnaissance et d'une valorisation financière au moyen du forfait.

3.3.3.2 Une condition justifiée par les expérimentateurs par le caractère chronophage de la réorientation FRU

Le caractère chronophage et la lourdeur administrative ont été évoqués par l'ensemble des expérimentateurs rencontrés lors des deux phases de visites. Ils découlent du temps de pédagogie réalisé par l'IOA afin d'expliquer au patient le motif de sa réorientation ; le recueil du consentement et la signature du patient ; l'impression du bulletin de réorientation ; la multiplication des acteurs et des logiciels non interopérables etc.

Ces éléments ont même conduit l'une des structures des urgences du second panel à cesser l'expérimentation faute d'adhésion de l'équipe.

Les expérimentateurs identifient un intérêt financier direct du forfait, sans lequel ni l'hôpital ni les médecins conventionnés bénéficiant d'un partage du forfait « *n'accepteraient les étapes supplémentaires et chronophages imposées par la réorientation FRU* ».

Un point de nuance doit toutefois être apporté : le parcours de réorientation et les critères du cahier des charges sont décrits comme chronophages et lourds, pour autant, l'essentiel des structures urgences du second panel se sont affranchies d'un

certain nombre de conditions du process de réorientation décrites dans le cahier des charges (validation médicale, prise de rendez-vous, impression du bulletin de réorientation...). Ce retour d'expérience interroge les évaluateurs sur plusieurs éléments :

- ♦ La pertinence de l'ensemble des critères du cahier des charges par rapport à la réalité du terrain
- ♦ La prise en compte de financements d'amorçage spécifiques concernant les systèmes d'information en termes d'interopérabilité entre la ville et l'hôpital
- ♦ Le sujet de la systématisation de l'incitation financière de la ville à s'inscrire dans ce parcours (constituant un levier de facilitation du conventionnement)

3.4 Analyse de la reproductibilité

L'analyse de la reproductibilité tend à déterminer la pertinence ou non de la généralisation du dispositif FRU. Il s'agit aussi d'identifier et d'éclairer la puissance publique sur les leviers essentiels pour mettre en place une réorientation des urgences vers la médecine de ville et d'identifier les freins à lever dans la mise en œuvre si une extension – voire une généralisation – était envisagée.

La reproductibilité en synthèse

- ◆ Les expérimentateurs s'accordent sur la pertinence d'une extension voire d'une généralisation de l'expérimentation, et notamment de la protocolisation du parcours du patient réorienté qui constitue l'un des leviers permettant le succès du déploiement. Deux autres leviers sont identifiés : la nécessité de travailler et pérenniser les liens entre la Ville et l'Hôpital, ainsi que la proximité de la structure de réorientation par rapport aux urgences.
- ◆ Deux pistes d'amélioration en vue d'une extension/généralisation sont identifiées par les expérimentateurs : l'interopérabilité des SI entre les structures des urgences et les partenaires conventionnés et la facilitation dans le conventionnement avec les médecins libéraux.
- ◆ Interrogés sur la pertinence de l'éventuelle extension ou généralisation de l'expérimentation, les expérimentateurs soulignent trois points de vigilance :
 - La nécessité de maintenir une réflexion sur l'amont du passage aux urgences (cf. expérimentation relative au SAS) ;
 - L'intérêt d'une procédure de réorientation allégée et simplifiée
 - La pertinence d'une implication plus poussée des ARS et des CPTS, dans le cadre du déploiement du dispositif.

3.4.1 Le consensus des expérimentateurs rencontrés sur la pertinence de l'extension ou de la généralisation de la protocolisation de la réorientation

L'ensemble des professionnels rencontrés lors des visites sur sites soulignent la pertinence de l'extension ou de la généralisation de la réorientation – au sens général du terme – sur l'ensemble du territoire.

Ils ont été interrogés sur les leviers, les freins et points de vigilance à la mise en œuvre de la réorientation telle que prévue par l'expérimentation FRU.

3.4.1.1 Des leviers structurés en triptyque

► La protocolisation de la réorientation

Les expérimentateurs identifient la protocolisation de la réorientation dans le cadre de l'expérimentation comme un levier. De nombreuses SU pratiquant déjà la réorientation auparavant – essentiellement de manière informelle – indiquent que l'expérimentation FRU a permis de structurer une pratique préexistante.

Le cadrage du parcours du patient – de son arrivée aux urgences à son départ vers la consultation de réorientation – revêt un triple bénéfice :

- ◆ Le principal réside dans la sécurisation du parcours qui se voit cadré par un ensemble d'étapes et critères homogènes et systématiques.

- ♦ La protocolisation permet aussi de (ii) rassurer l'IOA dans sa proposition de réorientation car il base son entretien avec le patient sur son sens clinique,
- ♦ Elle permet également d'établir un référentiel connu et partagé par la structure des urgences et les médecins conventionnés. Ce référentiel – qui découle des échanges entre la SU et les médecins libéraux - se structure notamment autour de la détermination de la typologie de patients et de symptômes pouvant être réorientés, la volumétrie quotidienne et l'éventuelle identification de créneaux de réorientation. Ce dernier point est corroboré par les partenaires libéraux rencontrés, selon lesquels les patients qui leur sont adressés relèvent assurément de la médecine de ville.

En outre, le cadrage du parcours du patient permet – en décalage avec la pratique préexistante et informelle de la réorientation – de structurer un véritable temps avec l'IOA dans un lieu dédié.

► **Les liens Ville/Hôpital : des atouts clés à travailler et pérenniser**

L'expérimentation a permis à certaines structures des urgences de concrétiser un lien Ville- Hôpital non existant ou naissant (40%, soient 6 sur 15, des chefs de service ayant répondu à l'enquête en ligne indiquent qu'une organisation de réorientation ne préexistait pas avant l'expérimentation FRU). Le conventionnement avec la ville a constitué une difficulté pour de nombreux expérimentateurs, essentiellement lorsque des partenaires libéraux n'étaient pas identifiés avant l'expérimentation. A l'inverse, cet exercice a été plus aisé pour les hôpitaux hébergeant une MMG dans leurs murs ou ayant déjà des liens avec des partenaires pour des projets et parcours autres que la réorientation.

Le lien entre les professionnels des urgences et les médecins conventionnés est identifié par l'ensemble des expérimentateurs hospitaliers et libéraux comme l'une des pierres angulaires du dispositif. Les médecins conventionnés soulignent régulièrement l'importance d'une communication aisée avec la SU et la nécessité d'entretenir ce lien. D'un point de vue pratique, plusieurs leviers sont identifiés : une communication téléphonique en cas de besoin, des temps d'échanges formels ou informels pour éventuellement réajuster certaines modalités...



Un médecin conventionné indique : « *Il est essentiel que l'on se connaisse et que l'on se reconnaisse en tant que professionnels. La communication doit être aussi simple que possible.* »

► **La proximité de la structure de réorientation**

L'emplacement géographique des structures de réorientation par rapport aux urgences est un levier clé du bon fonctionnement du parcours selon les expérimentateurs. Plus la structure est proche de la SU, plus le patient sera enclin à accepter la réorientation et à honorer le rendez-vous.

- ♦ 10 SU sur les 18 rencontrées réorientent vers la MMG située dans les murs de l'hôpital.

- ♦ 13 SU sur les 18 rencontrées réorientent, aussi, vers une structure externe (MSP, SOS Médecins, cabinets de médecin généraliste...). Ces structures sont à distance variable des urgences : essentiellement à quelques mètres ou quelques minutes en voiture/transports (entre 5 et 15 minutes). Parmi ces SU, 6 réorientent de manière mixte vers une structure externe et vers la MMG située dans l'enceinte de l'hôpital.

Les expérimentateurs s'accordent sur l'atout que représente une structure de réorientation implantée à proximité des urgences. L'emplacement constitue un levier dans l'acceptation du patient, mais aussi dans la réassurance des équipes urgentistes : en cas de dégradation du patient – même si les constantes sont prises – ou de besoin d'examen complémentaire identifié par le médecin conventionné, le patient peut revenir à la SU³⁶.

Certains expérimentateurs apportent un élément de nuance : le risque d'impact sur l'ambition de pédagogie de la réorientation. En d'autres termes, les patients réorientés dans un autre bâtiment – toujours dans l'enceinte de l'hôpital – ne saisissent pas systématiquement que leur prise en charge n'est plus hospitalière mais qu'elle relève bien de la médecine de ville. Aussi, certains professionnels rencontrés indiquent leur crainte que les patients identifient dans la réorientation la possibilité d'obtenir un rendez-vous médical plus rapidement que par leurs propres moyens. Ce dernier point est décrit comme accru lorsque la structure de réorientation est dans l'enceinte de l'établissement puisque l'Hôpital risquerait d'apparaître comme l'acteur de la prise de rendez-vous et de la dispensation de soins pour les maux relevant des urgences mais aussi ceux relevant de la consultation simple.

Focus : Le juste degré de proximité de la structure de réorientation par rapport aux urgences

L'arrêté du 23 février 2021 prévoit en son article 3 que « *les établissements retenus dans le cadre de cette expérimentation sont tenus de respecter les conditions ci-après : - la mise en place d'un accès non régulé à la structure accueillant la réorientation. (...) il est impératif que les patients puissent avoir accès librement à cette structure pour des soins non programmés sans passer par la structure des urgences (...)* ». L'ensemble des expérimentateurs rencontrés réorientant les patients vers la MMG située dans les murs de l'hôpital – voire des urgences pour l'un d'eux – respectent cette condition : toutes sont accessibles librement par les patients, qui se présentent spontanément ou sur orientation du 15.

L'arrêté prévoit dans ce même article une seconde condition que doivent respecter les établissements expérimentateurs : « *- l'absence de facturation d'un forfait de réorientation pour une réorientation au sein même de la structure des urgences, vers une filière de soins non-programmés ou vers une téléconsultation située au sein de la*

³⁶ Les médecins conventionnés soulignent néanmoins la pertinence des décisions de réorientation et l'infime part de patients renvoyés aux urgences.

structure des urgences, ces deux modalités étant déjà financées par ailleurs ». A l'échelle des deux panels de SU rencontrés, deux services réorientent vers des structures situées au sein des urgences : une MMG et un cabinet médical dédié à la consultation non urgente. Il est à noter que la seconde structure était déjà en place avant l'expérimentation et que les consultations qui y sont effectuées ne font pas l'objet d'une facturation RU1. Les deux SU soulignent la praticité de cette proximité.

Dans le cadre de la réflexion sur la reproductibilité de ce parcours patient, le degré de proximité autorisé entre la SU et la structure de réorientation constitue une interrogation importante. Les urgentistes soulignent la nécessité de déployer un parcours simple et fluide et la proximité géographique est identifiée comme un levier par l'essentiel des expérimentateurs rencontrés. Ce point présente une limite selon une minorité d'expérimentateurs : les patients ne saisissent pas forcément que leur prise en charge n'est pas hospitalière lorsqu'ils sont réorientés vers la MMG située dans les murs de l'établissement.

3.4.1.2 L'identification de pistes d'amélioration en vue d'une éventuelle extension ou généralisation

Au cours du déploiement, les expérimentateurs ont identifié un ensemble de pistes d'amélioration qu'il est essentiel d'apporter à la réflexion quant à une potentielle extension ou généralisation du parcours.

► **L'interopérabilité des outils SI des structures des urgences et des libéraux**

Le système d'information constitue un enjeu majeur de l'expérimentation FRU. L'une des difficultés principales recensées par les expérimentateurs hospitaliers et libéraux réside dans la non-interopérabilité des outils informatiques des uns et des autres. Ce manque d'interopérabilité entraîne deux conséquences :

- ♦ La réalisation d'actions, de saisies d'informations, en doublon par l'IOA du fait de la multiplicité des logiciels : à titre d'illustration, au sein de plusieurs SU, après avoir saisi l'ensemble des informations dans le logiciel d'urgence, puis avoir utilisé Logibec, l'IOA doit également positionner le rendez-vous de réorientation sur la plateforme SOS Médecins car l'utilisation de cette dernière est obligatoire pour fixer une consultation de manière effective avec ce partenaire.
- ♦ L'absence de traçabilité du parcours du patient après son départ des urgences : le principal impact réside dans le fait que les SU n'ont pas d'information quant au nombre de consultations de réorientation honorées, ce qui complexifie hautement le processus de facturation des RU1 et du partage du forfait avec la ville, ces deux éléments étant conditionnés par la réalisation de la consultation de réorientation.

A cet égard, certains expérimentateurs ont établi ou réfléchissent à des processus palliatifs. A titre d'illustration, une SU qui ne procède pas à l'enregistrement administratif des patients réorientés, leur fait remplir une fiche papier³⁷ que les patients doivent remettre à la MMG et qui sera ensuite récupérée par le service d'urgences afin

³⁷ Cette fiche contient : date, adresse, motif de recours, décision de réorientation, numéro de sécurité sociale, horaires d'ouverture de la MMG, nom du médecin référent aux urgences...

de procéder – manuellement – à la facturation des RU1. L'équipe de direction de cet établissement souligne le manque d'exhaustivité de cette méthode liée à l'absence de solution informatique.

Une autre SU s'interroge sur l'option la plus fiable et sécurisée de facturation des RU1 en évoquant la possibilité, grâce aux données que pourrait leur communiquer la CPAM, de croiser les patients réorientés depuis leur structure des urgences et ayant consulté un praticien libéral dans la même journée (et donc ayant honoré la consultation de réorientation) afin de facturer les RU1. La réflexion autour de cette option est encore très récente et au stade des discussions internes.

Par ailleurs, il serait intéressant d'avoir un SI qui permette, à la suite d'une prise de rendez-vous chez un partenaire de ville conventionné, d'avoir un suivi du patient dans sa présentation à celui-ci ou non. Ce serait à la fois une réassurance en la proposition de réorientation pour l'IOA, ainsi qu'un moyen de suivre au plus près les réorientations qui relèvent de l'expérimentation FRU et qui prétendent donc à une facturation RU1, comme évoqué ci-dessus concernant la traçabilité.

La fluidification des étapes du parcours et le sujet de la facturation constituent des enjeux phares que doit relever la sphère informatique en cas d'extension ou de généralisation, dans une optique de simplification du process. L'interopérabilité des outils des structures des urgences et des médecins libéraux constitue une piste d'amélioration et un levier de simplification du parcours pour les professionnels.

► **Faciliter l'exercice de conventionnement avec la médecine de ville**

Les liens avec la médecine de ville constituent l'une des pierres angulaires de la réorientation. Structurer ce lien et les modalités du parcours par un conventionnement permet de cadrer le rôle de chaque acteur. Les expérimentateurs soulignent que l'exercice du conventionnement a pu constituer une source de difficulté, notamment dans l'identification et la prise de contact avec les médecins susceptibles de rejoindre le dispositif. Dans une optique d'extension, voire de généralisation, ils identifient une piste d'amélioration pour faciliter cet exercice. Les expérimentateurs soulignent l'importance du rôle que les CPTS pourraient revêtir dans cette prise de contact et dans la coordination des échanges et éventuelles négociations. Elles sont identifiées comme les interlocutrices à privilégier dans cet exercice, puisqu'échanger et négocier de manière individuelle avec chaque partenaire libéral n'est pas réalisable en pratique. Les expérimentateurs indiquent que l'Ordre des Médecins pourrait aussi revêtir un rôle fédérateur – presque d'argument d'autorité - auprès des médecins libéraux en vue de l'intégration de ce dispositif.

Fluidifier la réalisation du conventionnement, notamment par l'intervention des CPTS et de l'Ordre, permettrait de soulager les établissements d'un élément de complexité, mais aussi de diversifier les solutions de réorientation en ville. En d'autres termes, les expérimentateurs identifient un potentiel de réorientation supplémentaire qui pourrait être exploité. Grâce à l'intervention de ces entités, il est possible de projeter un panel plus large de partenaires libéraux permettant ainsi :

- ◆ D'éviter les situations dans lesquelles la seule structure de réorientation étant saturée, réorienter n'est plus possible pour le restant de la journée.
- ◆ D'envisager une réorientation 24h/24 ou sur un champ horaire plus large.

3.4.2 L'identification de points de vigilance par les expérimentateurs

Les expérimentateurs identifient trois points de vigilance à intégrer à la réflexion quant à une potentielle extension ou généralisation de l'expérimentation.

3.4.2.1 La nécessité du maintien d'une réflexion sur l'amont du passage aux urgences

Les expérimentateurs sont convaincus de la nécessité de systématiser la réorientation des patients - qui ne relèvent pas d'une prise en charge par les urgences – vers la médecine de ville. Si la réorientation, dans l'absolu ou par le prisme du FRU, est une piste en vue du désengorgement des urgences, il faut maintenir une réflexion plus large et prioriser l'amont du passage aux urgences. En d'autres termes, les expérimentateurs soulignent l'importance du repérage et de l'orientation des passages évitables aux urgences vers le bon professionnel de soins.



Un MAO entretenu alerte : « *Lorsque le patient est déjà aux urgences c'est en réalité trop tard. L'action doit se produire bien avant.* »

Sur ce dernier point, l'enseignement des pays étrangers est riche : au Danemark et au Royaume-Uni l'accent est positionné sur l'amont du passage aux urgences afin d'identifier les passages évitables aux urgences en orientant les patients vers la ville. Le Royaume-Uni axe sur la prévention des passages évitables aux urgences : en cas d'urgence, les patients sont incités en premier lieu à contacter le NHS11 ou ils peuvent consulter des aides en ligne pour vérifier leurs symptômes. Ce service peut également inscrire les patients pour qu'ils soient examinés dans ces services locaux d'urgences 24/24h et 7/7J, ou dans un centre de traitement d'urgences, des services dentaires d'urgence, une pharmacie ou un autre service local plus approprié – ainsi qu'envoyer une ambulance si l'état du patient est grave ou met sa vie en danger. En second lieu, ils peuvent se rendre directement ou être aiguillés vers les centres de traitement d'urgences (dirigés par des médecins généralistes, ouverts au moins 12 heures par jour). Ils sont équipés pour diagnostiquer et traiter un grand nombre des affections les plus courantes et éviter que les patients se rendent dans les structures des urgences. Au Danemark, le passage aux urgences est conditionné par l'adressage du médecin généraliste : depuis 2007, le Danemark a tout mis en œuvre pour que le patient – hors urgence absolue – s'adresse en priorité au médecin généraliste. Depuis 2019, plus aucun patient n'y vient de lui-même. La majorité y arrive après une consultation et la décision du médecin généraliste. Si les cabinets sont fermés, les patients appellent un numéro unique qui les met en relation avec un médecin généraliste chargé de les orienter. Il en résulte que les admissions aux urgences ont diminué de 5 000 au cours des trois dernières années au sein de l'hôpital d'Odense (troisième ville danoise, au sud du pays).

Ces exemples étrangers soulignent toute l'importance d'une réflexion complémentaire en amont et en aval de la venue aux urgences afin de limiter les passages évitables. Les expérimentateurs FRU ont suggéré à plusieurs reprises l'idée d'outils permettant aux patients d'évaluer le professionnel de soins le plus adapté à ses symptômes, à l'image d'un arbre décisionnel.

Mais surtout ils mettent en lumière la complémentarité de la réorientation FRU et du SAS, tant au niveau de la réponse apportée au patient que sur la possible évolution du système d'information vers une plateforme globale interfacée Ville/Hôpital/SAS.

3.4.2.2 L'intérêt d'une procédure de réorientation allégée et simplifiée

► **Pallier la lourdeur administrative et le caractère chronophage soulignés par les expérimentateurs**

Le sujet du SI est prépondérant dans le cadre de l'expérimentation FRU. Le développement d'un logiciel commun aux structures des urgences et aux médecins conventionnés améliorerait la fluidité du parcours (cf. prise de rendez-vous, communication d'informations, etc.) et sa traçabilité. Ce dernier point permettrait notamment aux SU de savoir si le patient a honoré sa consultation de réorientation : ce qui permettrait de s'assurer du bon déroulé du parcours complet et de faciliter le versement du forfait aux médecins conventionnés si un partage a été acté.

Les expérimentateurs rencontrés soulignent l'intérêt d'un logiciel unique à développer au niveau national : un même logiciel pour l'ensemble des acteurs hospitaliers et de ville et compatibles avec tous les médecins libéraux conventionnés. L'objectif est d'éviter la multiplication des logiciels dans une optique de simplification.

L'interopérabilité – notamment au moyen d'une plateforme nationale interfacée Ville/Hôpital/SAS – constitue donc un enjeu clairement identifié par les expérimentateurs en cas d'extension ou de généralisation du dispositif.

Outre le sujet SI, les expérimentateurs soulignent que la fluidification ou la révision de certaines conditions du cahier des charges permettrait d'alléger et simplifier le process de réorientation. Cela s'illustre en pratique par le choix de plusieurs expérimentateurs (essentiellement du second panel de visites) de s'affranchir de condition ou d'étapes du cahier des charges, telles que la validation médicale de manière systématique (qui apparaît comme chronophage pour des symptômes réorientables de manière « évidente », mais aussi peu réalisable en pratique selon l'effectif médical des SU) ou encore la remise du bulletin de réorientation ou la prise de rendez-vous faisant partie du cadre expérimental. A titre d'illustration, ces conditions (recueil du consentement du patient via la signature, l'édition et la remise du bulletin de réorientation, etc.) ont conduit l'un des établissements du panel à stopper l'expérimentation faute d'adhésion des professionnels des urgences.

Convaincus de la nécessité de pérenniser ce process de réorientation, les expérimentateurs soulignent l'enjeu de la simplification et de la fluidification du parcours.

► **Le FRU en parallèle du SAS : deux dispositifs complémentaires encadrés différemment**

La réorientation FRU et le SAS sont perçus comme deux dispositifs déployés en parallèle et complémentaires. Ils répondent au même besoin de désengorgement des urgences et de positionnement du patient dans la bonne filière de soin, mais les points d'entrée sont distincts (le SAMU ou les urgences).

Les expérimentateurs soulignent l'intérêt de ces deux dispositifs, mais alertent sur la complexité administrative qui peut en émaner avec des outils informatiques distincts, une facturation et un forfait différents. L'un des risques identifiés à plusieurs reprises réside dans la mise en place de forfaits distincts pour les médecins libéraux conventionnés dans le cadre du FRU ou partenaires du SAS. En d'autres termes, l'intéressement financier des médecins conventionnés à participer au dispositif FRU constitue un levier clé. De ce fait, assurer l'homogénéité des forfaits perçus dans le cadre de l'un ou l'autre de ces dispositifs apparaît essentiel.

3.4.2.3 La pertinence d'une implication plus poussée des ARS dans l'accompagnement au déploiement du dispositif

Selon les expérimentateurs, une implication plus poussée des ARS dans le cadre d'une extension ou d'une généralisation du dispositif constituerait un levier à deux égards.

Tout d'abord, sur le plan de l'accompagnement des SU au déploiement, notamment sur le volet financier. Les services rencontrés indiquent une présence initiale des ARS qui se serait « tarie au cours du déploiement ». Ils indiquent également un manque de réponse, notamment sur le plan financier et le partage du forfait avec les médecins conventionnés. Les expérimentateurs auraient souhaité davantage d'accompagnement et d'arbitrage sur ce point et estiment que la négociation du forfait ne doit pas leur incomber mais faire l'objet d'un arbitrage au moins régional, au mieux national.

Point de vigilance évaluateurs : les expérimentateurs font part de leur souhait d'un accompagnement plus important des niveaux régional et national et d'une certaine systématisation des aspects liés au partage du forfait notamment.

Ainsi, si une systématisation d'un process générique à l'ensemble du territoire est pertinente, les évaluateurs soulignent tout de même la limite de cette généralisation selon des spécificités telles que démographiques et sociales de certains territoires. L'hétérogénéité des profils démographiques et sociaux a été soulignée à plusieurs reprises par les expérimentateurs comme une difficulté régulière à la réorientation (par exemple si le patient ne parle pas ou peu français, ou s'il refuse ou ne peut pas payer le reste à charge qui peut être à régler dans certaines structures de réorientation). Idée : ce qui marche dans un territoire A ne sera pas forcément strictement transposable strictement au territoire B.

Selon les expérimentateurs, cette implication plus poussée des ARS pourrait aussi s'exprimer au travers d'une communication à large échelle dans un enjeu de santé publique et d'éducation des patients sur les critères de présentation ou non aux urgences.

4. Conclusion

L'ensemble des structures des urgences visitées est convaincu par la nécessité de contribuer au désengorgement des urgences, notamment via la réorientation des patients – ne relevant pas d'une prise en charge par les urgences – vers la médecine de ville. En d'autres termes, repositionner le patient dans un parcours de soins approprié constitue un enjeu clair. Le tiers des SU expérimentateurs qui ont un déploiement effectif³⁸ à date n'envisagent pas de mettre un terme à cette démarche de réorientation, et s'accordent au contraire pour affirmer l'existence d'un potentiel de réorientation supérieur à ce qu'ils réalisent actuellement.

Néanmoins, une large part des SU expérimentateurs ne suit pas l'ensemble du cahier des charges imposé par l'expérimentation en s'affranchissant de certaines conditions. Cela découle soit d'une compréhension imparfaite de ce dernier, soit d'un choix de simplification d'application. Des écarts récurrents ont été identifiés par rapport au cahier des charges : l'absence de prise de rendez-vous de réorientation, de l'impression du bulletin de réorientation, ou encore la réorientation vers une structure au sein de la SU. Pour autant, ces expérimentateurs facturent des RU1 à la suite de la réalisation de ces parcours.

Quelques freins majeurs ont entravé la réussite de l'expérimentation, à titre illustratif il s'agit principalement de :

- ♦ La lourdeur du cahier des charges décrite par les expérimentateurs constitue un frein au déploiement de l'expérimentation telle que prévue initialement. En effet, une part significative de SU s'est affranchie de ce cahier des charges pour adapter ce dispositif à leurs contraintes et à leur quotidien. Les expérimentateurs insistent sur la lourdeur de conventionnement avec la médecine de ville et la nécessité de développer un process aussi simple et fluide que possible tant pour emporter l'adhésion des équipes que pour assurer la viabilité du processus.
- ♦ La difficulté du conventionnement avec la médecine de ville, qui tient en deux raisons essentielles : la disponibilité des médecins généralistes ainsi que la valorisation financière de l'activité de soin non-programmé de la médecine libérale. En effet, le forfait est perçu par les expérimentateurs hospitaliers comme un élément incitatif indispensable au regard de l'impact de santé publique de la réorientation et pour contrebalancer le caractère chronophage du parcours de réorientation FRU. Certains ont pu rechercher un arbitrage auprès des ARS, alors même que la DGOS ne recommandait pas ce partage et rappelait avoir vocation à être destiné aux établissements de santé.
- ♦ L'absence de systèmes d'informations entre la ville et l'hôpital : cette interopérabilité est nécessaire notamment pour la prise de rendez-vous, le partage des données patients, et le suivi de leurs parcours. Le bulletin de réorientation avait vocation à pallier partiellement cette absence d'interopérabilité pour reconstituer le parcours

³⁸ C'est-à-dire les services recensant plus de 1000 RU1.

complet des patients réorientés. Ce bulletin ne s'est pas complètement déployé dans les structures des urgences, rendant inopérant l'objectif de reconstitution des parcours. La non-interopérabilité des outils est aujourd'hui décrite par les acteurs comme une source de complexité limitant un déploiement de plus grande ampleur.

Si les conditions de généralisation du dispositif sont restreintes à l'heure actuelle, les expérimentateurs s'accordent sur la nécessité d'étudier les quatre leviers pour faciliter la mise en place de la réorientation) :

- ◆ L'appui institutionnel des ARS pour mettre en lien les structures des urgences réorientant des patients vers la ville, avec les dispositifs locaux sur le soin non-programmé (CPTS, SAS...)
- ◆ L'appui des ARS, des conseils de l'ordre départementaux ou régionaux pour mener à bien les conventionnements.
- ◆ La proximité des structures de réorientation et de la SU, qui limite le risque que les patients ne se présentent pas à leur consultation.
- ◆ La mise en place d'outils partagés et ou d'un SI interopérable qui permette de suivre un patient tout au long de son parcours – de son entrée au sein de la SU à sa consultation en ville – avec une possibilité d'échanges d'informations sécurisés entre praticiens, ainsi qu'une prise de rendez-vous facilitée, via une plateforme commune par exemple. Pour ce dernier point, les expérimentateurs estiment que la plateforme utilisée dans le cadre du SAS pourrait être améliorée, ce qui réduirait la multiplication des plateformes pour les SU engagées en parallèle dans ce projet.
- ◆ La modélisation du forfait de réorientation en articulation avec le forfait de 15€ reversé dans le cadre du SAS aux médecins conventionnés.

5. Annexes

Annexe 1 – Composition des entretiens réalisés lors des visites sur sites

1^{er} panel

Hôpital Robert Debré : 30 mars 2022

- ▶ Entretien avec le chef de service
- ▶ Visite de la structure des urgences : réalisation d'un parcours patient réorienté ; entretien avec un MAO ; discussion informelle avec 2 aidants de patients réorientés ; entretien avec un IOA ; entretien avec 2 médecins seniors ayant réalisé de la réorientation
- ▶ Participation au staff (9 médecins seniors, chef de service)
- ▶ Réunion avec la DAF
- ▶ Entretien avec deux médecins de la maison médicale

CHU de Carcassonne – 5 et 6 avril 2022

- ▶ Entretien avec le chef de service
- ▶ Entretien avec le chef de pôle
- ▶ Entretien avec les cadres infirmières du service
- ▶ Visite de la SU : entretien avec l'IOA en poste et 2 MAO

CH d'Angoulême – 15 avril 2022

- ▶ Entretien avec le chef de service
- ▶ Entretien avec 2 IOA et 1 MAO
- ▶ Entretien avec un médecin généraliste conventionné
- ▶ Entretien avec la cadre des urgences
- ▶ Entretien avec la DAF

CH de Brest : 19 avril 2022

- ▶ Participation au staff (chef de service, cadre supérieur du pôle, cadre de santé aux urgences, directrice référente du pôle)
- ▶ Visite de la structure des urgences (réalisation d'un parcours patient réorienté, entretien avec un MAO, entretien avec un IOA, entretien avec 2 médecins seniors ayant réalisé de la réorientation et le médecin coordonnateur)
- ▶ Entretien avec la psychologue

CHU de Cannes : 27 avril 2022

- ▶ Table ronde avec le chef de service, le cadre infirmier, le DAF, le responsable des entrées, un MAO
- ▶ Réalisation d'un parcours patient réorienté et démonstration informatique

CHOR : 28 et 29 avril 2022

- ▶ Entretien avec le chef de service
- ▶ Entretien avec un IOA
- ▶ Entretien avec le DAF
- ▶ Réalisation d'un parcours patient réorienté

- ▶ Visite de la maison de santé libérale et entretien avec un médecin conventionné

CHU de Grenoble : 5 mai 2022

- ▶ Entretien avec le chef de service de pédiatrie
- ▶ Entretien avec 2 IOA de pédiatrie
- ▶ Entretien avec une MAO de pédiatrie
- ▶ Entretien avec la cheffe de pôle de la SU adulte
- ▶ Entretien conjoint avec le chef de la structure des urgences adultes, un MAO, le cadre infirmier des urgences adultes et le responsable SOS Médecins
- ▶ Entretien avec un IOA de la SU adulte

2nd panel

CH de Perpignan : 09.01.2023

- ▶ Entretien avec le chef de service adulte
- ▶ Entretien avec la représentante du directeur des affaires financières
- ▶ Entretien avec la cadre de santé du service d'urgence adulte
- ▶ L'équipe de la SU pédiatrique n'a pu se libérer sur cette date. Les évaluateurs en ont été informés le jour de la visite, sur place.

CH de Cherbourg : 23.01.2023

- ▶ Entretien avec le chef de service
- ▶ Entretien avec un médecin urgentiste, référent du logiciel Logibec pour le service
- ▶ Entretien avec le cadre du secteur de médecine intensive et des urgences
- ▶ Entretien avec le directeur des affaires financières et du système d'information
- ▶ Entretien avec un médecin conventionné

CH Jean Verdier (Bondy) – 25.01.2023

- ▶ Entretien avec le chef de service pédiatrique (l'expérimentation n'est déployée qu'en pédiatrie)
- ▶ Entretien avec la cadre de santé des urgences pédiatriques
- ▶ Entretien avec deux IOA de pédiatrie
- ▶ Entretien avec le médecin responsable de la MMG conventionnée
- ▶ Entretien avec le directeur des affaires financières

CH d'Avignon : 27.01.2023

Entretien collectif avec l'équipe de la SU pédiatrique :

- ▶ Cheffe de la structure des urgences
- ▶ Médecin des urgences
- ▶ Une IOA

Entretiens avec l'équipe de la SU adulte :

- ▶ Entretien avec la cadre de santé des urgences
- ▶ Entretien avec un IOA

Entretien avec la directrice adjointe de l'hôpital

CH de Roubaix : 30.01.2023

Table ronde réunissant :

- ▶ Le directeur de l'hôpital
- ▶ La secrétaire générale
- ▶ La directrice des finances
- ▶ La directrice référente du pôle aigu (adulte)
- ▶ Le chef de structure des urgences (adulte)
- ▶ Le cadre supérieur du pôle aigu (adulte)
- ▶ Le cadre administratif du pôle aigu (adulte)
- ▶ Deux cadres des urgences (adulte)
- ▶ Le directeur du système d'information (adulte)
- ▶ La chargée de mission sur le pacte de refondation des urgences à l'ARS

Entretien individuel avec l'IOA (adulte)

Entretien avec un IOA et un MAO de la SU pédiatrique

CH de Rennes : 08 et 09.02.2023
--

Les structures des urgences pédiatriques et générales étant sur deux sites distincts et éloignés, les équipes ont été rencontrées sur deux jours.

Entretien collectif avec l'équipe de pédiatrie :

- ▶ Directrice déléguée de l'hôpital
- ▶ Chef de structure des urgences
- ▶ Puéricultrice et référente IOA
- ▶ Cadre de santé des urgences
- ▶ Une IOA

Entretiens avec l'équipe de la SU générale :

- ▶ Entretien avec la cadre de santé des urgences et le médecin des urgences
- ▶ Entretien avec une IOA
- ▶ Entretien avec le chef de pôle et le chef de structure des urgences

Entretien avec un médecin conventionné

CH de Roanne : 21.02.2023

Table ronde réunissant :

- ▶ Le directeur des ressources humaines
- ▶ Le directeur des affaires financières
- ▶ Le chef de la structure des urgences
- ▶ Le cadre de santé des urgences
- ▶ Un médecin conventionné

Entretien avec deux IOA

Annexe 2 - Entretiens réalisés en distanciel

Entretiens ARS : courant avril 2022

- ▶ ARS Bretagne : 7 avril 2022
- ▶ ARS Nouvelle Aquitaine : 15 avril 2022
- ▶ ARS Occitanie : 17 avril 2022

CH de Haguenau : 10 mai 2022

- ▶ Entretien avec le directeur adjoint de l'hôpital

CH de Bastia : 13 mai 2022

- ▶ Entretien groupé : chef de service, MAO et IOA

CH de Béziers : 01.02. 2023

Du fait des mouvements sociaux sur l'ensemble du territoire, les entretiens ont été réalisés en visioconférence.

- ▶ Entretien avec deux médecins urgentistes
- ▶ Entretien avec la directrice adjointe de la performante et la directrice adjointe de l'établissement
- ▶ Entretien avec l'infirmière coordinatrice de la SU
- ▶ Entretien avec le médecin généraliste libéral en charge de la MSP et de la MMG conventionnées

CHU de Nancy :

Le CHU ayant cessé l'expérimentation, l'entretien a eu lieu en distanciel.

- ▶ Entretien avec le chef de service

Annexe 2 – Recettes estimatives générées par les SU expérimentatrices (années 2021 / 2022)

SU Raison sociale	Montant du forfait	Nombre de RU1 cumulés depuis 2021	Recettes estimées depuis 2021
Centre Hospitalier d'Avignon	60,00 €	17884	1 073 040 €
Centre Hospitalier Ouest Réunion	45,00 €	11159	502 155 €
Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes	60,00 €	5922	355 320 €
Centre Hospitalier de St Brieuc	60,00 €	5400	324 000 €
Centre Hospitalier de Perpignan	35,00 €	7732	270 620 €
APHP - Jean Verdier à Bondy	60,00 €	3922	235 320 €
APHP Robert Debré à Paris	56,00 €	3203	179 368 €
Centre Hospitalier du Roanne	50,00 €	3392	169 600 €
Centre hospitalier de Roubaix	60,00 €	2641	158 460 €
Centre Hospitalier de Béziers	60,00 €	1603	96 180 €
Centre Hospitalier Universitaire de Rennes	45,00 €	1841	82 845 €
Centre Hospitalier d'Angoulême	60,00 €	1379	82 740 €
Centre Hospitalier Cannes	60,00 €	680	40 800 €
Centre hospitalier de Cherbourg	45,00 €	582	26 190 €
Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille de Quimper	60,00 €	415	24 900 €
Hôpital Nord Franche-Comté à Belfort	60,00 €	407	24 420 €
Centre Hospitalier Général de Bastia	45,00 €	385	17 325 €
Centre Hospitalier Universitaire de Nancy	60,00 €	253	15 180 €
Centre Hospitalier Universitaire Toulouse	60,00 €	182	10 920 €
Centre Hospitalier de Sambre Avesnois-Maubeuge à Maubeuge	60,00 €	35	2 100 €
Centre Hospitalier de Carcassonne	30,00 €	14	420 €

Nb : Les lignes surlignées en bleu correspondent aux données communiquées par les établissements quant au montant du forfait.

Source : données ATIH

Annexe 3 – Taux de réorientation pour les patients dont le passage dans le 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 Briec	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%

Nb : Taux calculés sur la base des données ATIH des RU1 facturés sur l'année 2022, et du nombre de passages aux urgences totaux en 2021 de chaque SU (données SAE)

Source : données ATIH & SAE

Annexe 4 – Structures des urgences visitées et principales caractéristiques

	SU visitées en mai 2022								
	Robert Debré	Carcassonne	Angoulême	Brest	Cannes	Ouest Réunion	Grenoble Alpes	Hagenau	Bastia
Nombre de passages au SU en 2021 <i>Données SAE</i>	80 404	35 217	55 964	89 352	48 959	48 015	158 434	45 221	30 144
Nombre de RU1 cumulés facturés en 2021 et 2022 (depuis Mai 2021) <i>Données ATIH</i>	3203	14	1 379	52	680	11 159	5 922	19	385
MG pour 10 000 habitants <i>Issu des dossiers de candidature</i>	-	-	5,07	11,65	-	9,6	10	11,9	10
Démarrage de l'expérimentation <i>Issu des entretiens</i>	Courant 2021	Oct-20	-	Fév-22	Mai-20	Courant 2021	-	Courant 2021	-
Réorientation préexistante <i>Issu des entretiens</i>	Oui (12 ans)	Oui (période COVID)	Oui (20 ans)	Non	Oui	Oui (20 ans)	Oui	Non	Oui (Mai 2022)
Structure(s) conventionnée(s) <i>Issu des entretiens</i>	Maison de santé	Cabinets de MG	Cabinets de MG	SOS Médecins	MMG, Cabinets MG de la CPTS	Cabinets MG (matin), MSNP (après-midi), MMG (hors FRU, le soir)	MSPUGA (journée), MMG (soirée & week-end), SOS Médecins	SOS Médecins	MSP
Partage du forfait <i>Issu des entretiens</i>	56€ SU / 4€	50%	Aucun	45€SU / 15€	Aucun	45€ SU / 15€	Informations non exhaustives. Aucun partage avec SOS Médecins	50€ SU / 10€	15€ SU / 45€
Outil SI ad hoc <i>Issu des entretiens</i>	Non, adaptation du SI	Non	Oui (Logibec)	Oui (grille numérique de tri)	Oui, aide à la décision + prise de rdv)	Non, adaptation du SI	Oui (plateforme SOS med. de prise de rdv	Non	Oui (Logibec)

	SU visitées en janvier/février 2023							
	Cherbourg	Avignon	Roubaix	Jean Verdier	Béziers	Rennes	Roanne	Nancy
Nombre de passages au SU en 2019 <i>Issu des dossiers de candidature</i>	53 043	103 426	69 883	59 671	63 985	116 613	43 204	81 589
Nombre de RU1 cumulés facturés en 2021 et 2022 (depuis Mai 2021) <i>Données ATIH</i>	582	17 884	2 641	3 922	1 603	1 841	3 392	253
MG pour 10 000 habitants <i>Issu des dossiers de candidature</i>	-	-	10,09	15,5	-	12	10,2	14,6
Démarrage de l'expérimentation <i>Issu des entretiens</i>	Janv-22	juin-21	juin-21	mai-21	sept-21	juil-21	-	-
Réorientation préexistante <i>Issu des entretiens</i>	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui, avec Logibec
Structure(s) conventionnée(s) <i>Issu des entretiens</i>	SOS médecins (conventionnement en cours avec un cabinet médical de proximité subventionné par la ville)	MMG	MMG : déjà dans leurs murs + perçoit déjà des financements PDSA	MMG dans l'hôpital	MMG dans l'hôpital, MSP à 300m de l'hôpital, pôle pluridisciplinaire à 5min en voiture du SU	MMG au sein du SU et SOS Médecins	Médecins libéraux (de garde), via la CPTS / MMG	-
Partage du forfait <i>Issu des entretiens</i>	45€ SU / 15€ SOS Médecins	Non	Non	Non	Non	45€ SU/ 15€ médecins	50€ SU / 10€	-
Outil SI ad hoc <i>Issu des entretiens</i>	Logibec (01.2022) : aide à la décision et rdv + plateforme SOS médecin (rdv)	Oui initialement pour la prise de rdv, mais arrêté	Non	Non : ajout d'un onglet "réorientation MMG" dans leur logiciel urgence	Non	Logibec au SU adulte	Non	Non (Utilisation pré existante de Logibec)

Annexe 5 – Contribution Porteurs

Annexe DGOS au rapport de l'expérimentation du forfait de réorientation

L'expérimentation du forfait de réorientation des urgences (FRU) a démarré au 1^{er} mai 2021 pour une durée de 2 ans.

Faisant le constat de la croissance continue d'activité des urgences hospitalières, la LFSS pour 2019 a prévu l'expérimentation d'une incitation financière à la réorientation des patients aux urgences.

L'expérimentation avait pour objectif d'infléchir la progression annuelle du nombre de passages aux urgences. Elle prévoyait la mise en place d'un forfait de réorientation des patients à partir des structures des urgences (SU) vers la médecine de ville dans une trentaine de SU en France. Ce forfait a été élaboré avant la réforme du financement des urgences. Le forfait avait vocation à éviter la prise en charge dans les structures des urgences de patients de très faible gravité. L'objectif cible en termes de réorientation était fixé entre 5 à 10% des passages non suivis d'hospitalisation réorientés vers la ville afin de recentrer la prise en charge dans ces structures de patients relevant d'un besoin de soins urgents.

Comme l'ont relevé les évaluateurs, le démarrage de l'expérimentation, a été retardé par la pandémie de COVID-19 dans plusieurs départements. La priorisation et le pilotage en local de cette expérimentation ont également été impactés par la crise sanitaire. Son déploiement est marqué par une très grande hétérogénéité des organisations entre les établissements de santé, notamment du fait de situations initiales différentes et de la préexistence de dispositifs similaires à de la réorientation.

1) Précisions sur le cadre juridique : préalablement à l'expérimentation, le code de la santé publique prévoyait déjà la possibilité de mettre en œuvre des dispositifs de réorientation

La DGOS souhaite apporter quelques éléments de compréhension du cadre réglementaire de la réorientation avant la mise en œuvre de cette expérimentation et en particulier préciser le cadre juridique antérieur à l'expérimentation.

La réorientation du patient est définie à l'article R. 6123-19 du code de la santé publique comme son adressage vers un médecin de ville ou toute autre structure de soins. Cette réorientation est donc possible dans toute structure des urgences sous réserve qu'elle ait conventionné avec le médecin de ville. Le cahier des charges de l'expérimentation rappelle ces exigences réglementaires.

L'objectif de l'expérimentation était de renforcer les organisations et les pratiques prévues par le code de la santé publique depuis 2006 et dont la mise en œuvre semblait encore trop peu déployée sur le territoire.

L'expérimentation ne consistait donc pas à tester la possibilité de réorienter des patients vers la ville, mais à ajouter au cadre réglementaire existant 2 leviers supplémentaires pour développer la réorientation :

- L'instauration d'une incitation financière à développer ce dispositif ;
- L'obligation de prévoir la *prise du rendez-vous en ville* par la structure, pour le compte du patient, afin de favoriser l'acceptation de la réorientation par le patient.

2) Un écart entre les pratiques pré-existantes et le cadre expérimental prévu qui a conduit à des difficultés d'appropriation de l'expérimentation

L'existence de **pratiques de réorientation préalables informelles** a pu être un obstacle à l'appropriation du cahier des charges de l'expérimentation. En effet, l'exigence de signer des conventions formalisées avec chaque médecin ou structure de ville en amont d'une réorientation a mis en lumière les difficultés rencontrées par les établissements ne disposant pas d'instances d'échange avec la médecine de ville autour de ces thématiques ou ne disposant pas des outils numériques adéquats.

Cette convention, définie dans le code de la santé publique à l'article R. 6123-20, a vocation à définir le profil des patients dits « réorientables », à sécuriser le processus de mise en œuvre de cette réorientation en partageant un protocole de réorientation et à garantir les moyens pour le patient et le médecin libéral de recourir à la structure des urgences notamment en cas d'aggravation de ses symptômes. Les évaluateurs ont relevé dans leur rapport, des incompréhensions quant à l'objet de cette convention ou des difficultés quant à sa mise en œuvre. Ces freins semblent aller de pair avec des territoires où le lien avec la ville est balbutiant ou fragile. Il est donc important que l'objet de cette convention soit partagé largement mais également que des espaces d'échanges entre la ville et l'hôpital soit formalisés.

Il a résulté de cette méconnaissance du cadre juridique déjà en vigueur une **incompréhension de l'intérêt du cahier des charges** de l'expérimentation et de son objectif, le cadre expérimental prévu étant perçu comme trop lourd. En opposition à

des usages préexistants informels et logiquement perçus comme plus souples, le cahier des charges de l'expérimentation est apparu complexe à mettre en œuvre.

Par ailleurs, les évaluateurs ont identifié **d'autres pratiques pertinentes** dans le cadre de l'organisation des structures des urgences, qui ne relèvent cependant pas de la réorientation telle que définie par le code de la santé publique. Il s'agit notamment de l'envoi du patient vers **un médecin au sein même des structures des urgences** (circuits courts). Ces organisations sont **complémentaires**, et les 2 peuvent être poursuivies par les professionnels sur le terrain.

3) Les difficultés de collecte des données nécessaires à l'évaluation dans le contexte d'engorgement des urgences

La DGOS souhaite fournir quelques éléments de compréhension de l'absence de données permettant une analyse médico-économique :

Dans un contexte de forte activité des structures des urgences, il n'a pas été possible pour certains expérimentateurs de fournir les données nécessaires à certains volets de l'évaluation de l'expérimentation. En effet, le cahier des charges prévoyait le remplissage du bulletin de réorientation qui avait vocation à collecter plusieurs données pertinentes à l'analyse médico-économique de l'incitation financière. L'absence des données de ce bulletin a considérablement fragilisé la finesse d'évaluation de cette expérimentation.

4) Une impression de lourdeur du cahier des charges et les objectifs des établissements expérimentateurs.

La DGOS souhaite apporter des éléments complémentaires sur la perception de lourdeur de l'expérimentation, partagée par les acteurs notamment lors des échanges et des divers ateliers d'accompagnement menés auprès des expérimentateurs. Il convient de rappeler que les éléments dits « administratifs » doivent être le plus simple possible à mettre en œuvre mais ils sont nécessaires pour garantir la sécurité des prises en charge et les responsabilités (ex : le lien avec la médecine de ville doit impérativement être formalisé).

Les acteurs ont perçu comme des « lourdeurs administratives » des exigences de différentes natures :

- Comme évoqué ci-dessus, le rappel du droit existant dans le cahier des charges, incluant par exemple le conventionnement avec la ville ;
- L'exclusion du champ de l'expérimentation des orientations intra-SU (circuits courts).

La bonne connaissance et compréhension du cadre réglementaire de protocolisation de la réorientation était lui aussi un point de fragilité dans la bonne prise en main du cahier des charges. Au démarrage de l'expérimentation, la possibilité de mise en œuvre de la réorientation par l'infirmier organisateur de l'accueil était peu connue et a été l'objet de beaucoup d'échanges.

Pour les établissements mettant déjà en œuvre la réorientation sous des formats plus ou moins proches du cadre réglementaire, peu d'entre eux accompagnaient la réorientation d'une prise de rendez-vous. La prise de rendez-vous peut pourtant être un levier d'acceptation de la réorientation par les patients, mais elle a été perçue comme une lourdeur organisationnelle supplémentaire.