

**Avis du Comité technique d'innovation en santé (CTIS) et du Conseil stratégique de
l'innovation en santé (CSIS) sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation
« Forfait Réorientation Urgences »**

Décembre 2023

Le comité technique de l'innovation en santé est saisi pour avis sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « Forfait Réorientation Urgences » portée par la Direction Générale de l'offre de soins et autorisée par arrêté le 23 février 2021, puis modifiée par arrêté du 7 mai 2023.

Après examen du rapport d'évaluation lors de sa séance du 27 juin 2023 et des différents documents à sa disposition, le comité technique d'innovation en santé a rendu son avis le 24 novembre 2023, le conseil stratégique en innovation en santé le 18 décembre 2023.

Contexte

Les structures des urgences hospitalières accueillent chaque année 21 millions de patients. Ce chiffre est en progression constante depuis 20 ans sur un rythme de 2 à 3% par an. Les enquêtes réalisées par la DREES ou par certaines ARS ont montré qu'une part non négligeable des passages non suivis d'hospitalisations aurait pu être prise en charge tout aussi efficacement par un médecin libéral en ville, tout en améliorant le cadre de prise en charge du patient qui n'a pas à attendre aux urgences. L'objectif cible en termes de réorientation était fixé entre 5 à 10% des passages non suivis d'hospitalisation.

Le démarrage de l'expérimentation a été impacté par la pandémie COVID avec des démarrages tardifs dans plusieurs départements, avec une priorisation de l'expérimentation variable. Son déploiement a été marqué par une grande hétérogénéité entre les établissements de santé dans les organisations mises en place, notamment du fait de situations de départ différentes et de l'antériorité de dispositifs similaires à de la réorientation. Elle a été prolongée de 6 mois en avril 2023 pour 24 expérimentateurs et arrive à échéance au 31 octobre 2023. Au 31 juillet 2023, 93 543 réorientations ont été effectuées depuis le lancement de l'expérimentation.

Objet de l'expérimentation

L'expérimentation a pour objectif d'infléchir la progression annuelle du nombre de passages aux urgences avec la mise en place dans une trentaine de structures d'urgence en France d'un forfait de réorientation des patients à partir des urgences hospitalières vers la médecine de ville.

Dans le contexte préalable à la réforme du financement des urgences, le forfait avait vocation à désinciter financièrement les établissements à la prise en charge dans les structures d'urgence de patients à très faible gravité.

La réorientation peut s'opérer vers toute structure de médecine de ville (maison médicale de garde, cabinet de groupe, maison de santé, cabinet, centre de santé, etc.). Le cahier des charges requiert que les établissements, sièges des structures d'urgence, formalisent leur lien et le fonctionnement avec la médecine de ville. Le forfait visait à financer seulement l'établissement siège de SU pour la mise en place de cette organisation spécifique. L'arrêté précise que la réorientation n'a pas vocation à avoir lieu vers un médecin généraliste au sein de la structure d'urgence et ce type d'organisations ne pourra donc pas être valorisée. La décision de réorientation est une décision médicale, pour laquelle il est possible de mettre en œuvre les protocoles mentionnés à l'article D. 6124-18 du code de la santé publique (CSP) permettant de déléguer la réorientation à l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO). La réorientation n'est pas obligatoire, le patient peut toujours la refuser.

Dérogations mobilisées

L'expérimentation a nécessité de mobiliser les dérogations aux articles L162-22-6 et aux 1°, 2 et 6 du L162-8 du code de la sécurité sociale, le forfait réorientation se substituant aux forfaits âges, pour les patients réorientés. Par ailleurs, les patients sont exonérés de ticket modérateur sur cette prestation.

Champ d'application territorial de l'expérimentation

L'expérimentation a eu lieu dans 36 structures des urgences réparties dans toutes les régions de France à l'exception des régions Centre Val de Loire, Guadeloupe, Guyane et Martinique.

Durée (prévue et effective) de l'expérimentation

L'expérimentation a duré 30 mois. Elle a débuté le 1er mai 2021 et s'est terminée le 30 octobre 2023. Sa durée initiale était de 2 ans.

Population cible, professionnels et structures impliquées

La population cible concerne tout patient se présentant aux urgences et dont l'état ne nécessite pas une prise en charge par les structures d'urgence et pour lequel une consultation en ville peut être programmée dans un délai compatible avec son état de santé.

36 structures des urgences ont participé à cette expérimentation.

Les objectifs étaient de réorienter vers la médecine de ville 5 à 10% des patients se présentant aux urgences avec un taux de consultations de réorientation honorées par les patients à hauteur de 70%.

Tableau : Effectifs de l'expérimentation

	Prévisionnel	Réalisé au 31 juillet 2023
Structures d'urgences	37	24
Nombre de réorientations	102 229	93 543

Au 31 juillet 2023, 65% des structures expérimentatrices ont participé à l'expérimentation et réalisé 91% du nombre de réorientations attendues.

Les partenaires de la réorientation vers la médecine de ville ont été notamment les médecins de ville volontaires, les maisons médicales de garde, les structures SOS médecins, les communautés professionnelles territoriales de santé.

Le modèle testé

- Parcours de soins :

Tout patient se présentant aux urgences et dont l'état ne nécessite pas le plateau technique de la structure des urgences se voit proposer une réorientation par la structure d'urgence après une évaluation par un(e) IAO et sur décision du médecin d'accueil et d'orientation (MAO). L'évaluation par l'infirmier est réalisée par délégation du médecin dans le cadre d'un protocole d'orientation de la structure d'urgence, protocole mentionné au D 6124-18 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 d'urgence.
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.

- **Modèle de financement**

Le forfait de réorientation urgences est de 60€. Il avait initialement vocation à se substituer à la facturation des forfaits, actes et consultations aux urgences.

Le budget FISS prévisionnel de cette expérimentation est à hauteur maximale de 6 133 740€ de prestations dérogatoires.

Tableau : Coût budgétaire de l'expérimentation

	Budget prévisionnel maximal autorisé	Budget consommé au 31 juillet 2023
Crédits d'amorçage et d'ingénierie (FISS)	-	-
Prestations dérogatoires (FISS)	6 133 740€*	5 620 820€
Total FISS	6 133 740€	5 620 820€

* montant maximal en rapport avec l'effectif maximal estimé

Principaux résultats d'évaluation

Rappel des questions évaluatives :

Déclinant les trois grands critères du cadre général de l'évaluation des expérimentations Article 51 (faisabilité, efficacité et efficience, reproductibilité), les travaux d'évaluation sur l'expérimentation « Forfait Réorientation Urgences » ont cherché à traiter des problématiques suivantes :

- Analyse de la faisabilité et de l'opérationnalité : comment les structures d'urgence ont-elles mis en place les réorientations ? Quelles adaptations spécifiques ont été mises en place par les structures d'urgence ?
- Analyse de l'efficacité et de l'efficience : dans quelle mesure le projet a-t-il atteint ses objectifs de mise en place de réorientation au sein des structures d'urgence ?
- Reproductibilité : dans quelle mesure l'expérimentation permet-elle de mettre en place la réorientation vers la médecine de ville à l'échelle du territoire nationale ?

À noter : l'évaluation du dispositif forfait réorientation urgences présente plusieurs limites. La communication tardive de l'autorisation CNIL et du cadre de remontée des données récoltées pendant l'expérimentation n'a pas facilité la bonne compréhension du cadre d'évaluation par les expérimentateurs. La majorité des expérimentateurs n'a pas eu la capacité de fournir aux évaluateurs le fichier récapitulatif contenant les éléments d'analyses des motifs de recours et permettant éventuellement de suivre le parcours de ces patients en ville. L'absence de données fiabilisées n'a pas permis la réalisation d'une analyse médico-économique du modèle. Le taux de réponse faible aux enquêtes en ligne auprès des structures d'urgence et des professionnels de santé n'a pas permis leur analyse complète.

- **Faisabilité :**

Un tiers des structures d'urgence ont déployé le dispositif FRU à son terme.

La mise en place de cette expérimentation doit être replacée dans le contexte d'actions engagées de longue date avec la médecine de ville par quelques structures d'urgence d'une part et d'autre part de l'impact de la pandémie COVID.

Depuis une vingtaine d'années, quelques structures des urgences (SU) ont mis en place une coordination avec la médecine de ville pour des soins non programmés de façon informelle pour réorienter soit vers la médecine de ville, soit vers une maison médicale de garde à proximité immédiate de la structure d'urgence. Cette antériorité des relations a été un facteur facilitant au déploiement du dispositif FRU pour ces structures. A l'inverse, les SU n'ayant pas de relation antérieure avec la médecine de ville ont rencontré des difficultés à conventionner avec de nouveaux partenaires. Cependant, pour certaines de ces dernières, il convient de noter que les

sites expérimentateurs faisant partie d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ont réussi à mener une réflexion commune ville-hôpital autour du parcours patient « soins non programmés ». D'autres structures ont créé des postes de médecins partagés ville-hôpital pour déployer le dispositif FRU.

La mise en œuvre de la réorientation telle que prévue par le cahier des charges a été hétérogène, tant dans son périmètre que dans ses modalités, avec des écarts constatés avec les exigences du cahier des charges.

En effet, plusieurs SU ont organisé la réorientation au sein même de leur structure (filiale courte, maison médicale de garde au sein de la structure d'urgence). Un tiers des structures ont conventionné avec la médecine de ville (maisons médicales de garde, maisons de santé publique, SOS médecins et cabinets de médecins généralistes). Les SU expérimentatrices ont rapporté aux évaluateurs les raisons exprimées par les médecins de ville réticents à s'engager sur la réorientation, le caractère aléatoire de cette mission de réorientation qui nécessite un aménagement du planning sans assurance d'avoir une réorientation et ce, sans contrepartie financière telle qu'une majoration de la consultation. Une SU sur deux a fait le choix de partager le forfait de réorientation urgences avec les partenaires libéraux, ce partage ayant été réalisé de façon hétérogène par les structures.

L'organisation de la réorientation a été majoritairement réalisée sur des tranches horaires spécifiques, et non en continu, en raison des horaires d'ouverture des structures partenaires de réorientation (horaires de la permanence des soins ambulatoires).

Les modalités de triage des patients ont été diverses et ont mobilisé des outils tels que les échelles de tri à plusieurs niveaux, des logiciels spécifiques et des protocoles identifiant les symptômes réorientables.

Dans toutes les SU, l'IAO est la pierre angulaire du dispositif. Il procède à une consultation permettant d'identifier l'opportunité ou non d'une réorientation vers la médecine de ville. Sur la durée de l'expérimentation, les modalités de validation de réorientation proposées par l'infirmier ont évolué passant de 20 structures organisant une validation systématique par un médecin, soit par validation directe (16 structures), soit par de brèves consultations (4 structures), à 10 structures s'affranchissant de la validation. Ces 10 dernières structures n'ont pas toutes eu recours à la protocolisation systématique de la délégation médicale à l'IAO telle que prévue par l'article D 6124-18 du CSP.

La prise de rendez-vous en ville pour une réorientation s'est avérée chronophage pour les équipes en l'absence d'un agenda partagé entre les SU et la médecine de ville. 50% des structures participant à l'expérimentation ont mis en place des outils pour la prise de rendez-vous avec la médecine de ville. L'absence d'interopérabilité entre les SU et la médecine de ville s'est avérée être un frein au partage et à la communication des informations sur le patient réorienté.

L'ensemble de ces éléments a concouru à une surcharge administrative pour les SU.

- **Efficacité/Efficience :**

L'évaluation montre que la majorité des structures d'urgence n'a pas atteint le taux de 5 à 10% de réorientation pour les patients dont le passage dans la structure d'urgence n'est pas suivi d'une hospitalisation. Seules 3 SU atteignent un taux de 5 à 8% de réorientation.

Le nombre d'inclusions reste en dessous de la cible basse (5% de passages réorientables) de 117 000 réorientations avec 93 543 réorientations au 31 juillet 2023.

Un taux de 70% de consultations de réorientation honorées était attendu. Ce taux n'a pas pu être calculé en l'absence de traçabilité du parcours des patients réorientés résultant de la non-collecte dans le fichier attendu de ces informations par les établissements expérimentateurs.

Un autre frein a été identifié dans la mise en œuvre du protocole de réorientation, les infirmiers d'accueil et d'orientation ne souhaitent pas engager leur responsabilité propre et souhaitent le maintien de la responsabilité du médecin.

Les structures expérimentatrices ont déployé le dispositif de réorientation à moyens constants, à l'exception de 9 structures qui ont investi dans les outils du système d'information (adaptation des logiciels métiers, logiciel d'aide à la décision et l'orientation, accès à une plateforme partagée) ou créé des postes partagés ville-hôpital.

L'impact budgétaire de la réorientation pour les structures n'a pas fait l'objet d'une analyse d'impact global par les services financiers des structures, que ce soit en temps dédié par l'infirmier et le médecin d'accueil et d'orientation ou d'investissement sur les outils SI ou de création de poste partagé ville-hôpital, à l'exception d'un établissement dont l'analyse met en lumière que le forfait et la proportion de son partage avec la médecine de ville a permis de sécuriser un investissement SI et d'identifier le point d'équilibre.

Une enquête qualitative auprès des structures des urgences et des professionnels montre que :

- Le temps moyen de prise en charge d'un patient réorienté est, selon les structures expérimentatrices, compris entre 5 et 10 minutes pour 56% d'entre elles et 10 et 15 minutes pour 22% d'entre elles. Ce temps moyen est considéré par 52% des structures expérimentatrices comme étant inférieur au délai d'attente pour une consultation d'urgence tandis que 19% d'entre elles considèrent ce temps comme équivalent au délai d'attente pour une consultation d'urgence. 15% considèrent ce temps comme supérieur.

Si l'aspect chronophage de la réorientation a été souligné par les structures expérimentatrices, celles-ci s'accordent à déclarer que le dispositif réorientation permet de recentrer les structures des urgences sur leur cœur de métier et de libérer du temps médical.

- Les critères de réorientation sont relativement homogènes entre les structures.
- La compréhension des patients de leur réorientation est fonction de la conviction ou non du patient de relever de la médecine d'urgence, 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. L'adhésion du patient à une réorientation demande un temps d'explication par l'infirmier qui peut apparaître plus long que celui de la prise en charge et peut parfois relever d'une négociation.
- Plusieurs structures qui pratiquaient une réorientation informelle et non règlementaire avant l'expérimentation constatent une augmentation du nombre de patients réorientés vers la médecine de ville depuis le déploiement du dispositif FRU du fait de la sécurisation du parcours (temps passé avec le patient durant l'entretien, structuration de la décision, référentiel commun à la structure d'urgence, la présence du médecin).
- Le forfait constitue selon les structures interrogées un élément incitatif clé tant pour les professionnels hospitaliers que pour les partenaires libéraux et ce au regard de l'impact de santé publique de la réorientation et de la charge administrative de la réorientation.

Les évaluations de l'efficacité et de l'efficience de l'expérimentation questionnent donc l'incitatif financier expérimenté et l'effet sur les organisations qui en découlent. En effet, au-delà de la non atteinte des objectifs chiffrés et de la difficile implication des médecins libéraux dans le dispositif de réorientation, il apparaît que :

- la simplification du process avec un référentiel ou logiciel d'aide à la décision et des modalités simplifiées de prise de rendez-vous avec la médecine de ville via un système d'information partagé, permet de structurer et systématiser la prise de décision ;

- la mise en place d'un protocole de réorientation avec une délégation médicale facilite et sécurise le process de réorientation ;
- la valorisation de la consultation de réorientation dans les 48 heures pour les partenaires libéraux facilite leur adhésion au dispositif de réorientation.

Les structures interrogées par enquête et entretiens ont toutes exprimé leur intérêt pour l'expérimentation. La faible disponibilité des professionnels libéraux n'a pas permis de recueillir leur avis. 76,3% des professionnels des structures des urgences ayant répondu à l'enquête indiquent que l'objectif de réduction de la charge de travail, poursuivi par l'expérimentation, est atteint.

- **Reproductibilité :**

Lorsqu'elle a été mise en place, la protocolisation de la réorientation dans le cadre de l'expérimentation a permis de structurer et sécuriser le parcours de réorientation à partir de critères homogènes et d'étapes systématiques. Elle permet à l'IAO de mettre en œuvre par délégation la réorientation à partir d'un référentiel partagé au sein de la structure d'urgence et avec les médecins libéraux. Ce protocole se structure 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. La réorientation du patient par l'IAO est structurée dans une unité de lieu et de temps par un protocole partagé avec la médecine de ville, elle est transposable dans les SU. L'expérimentation a permis de construire des liens entre les professionnels hospitaliers et les partenaires libéraux. Ils doivent être renforcés par des échanges, ils pourraient être facilités par les CPTS et également par le déploiement de système d'information partagé ou d'outils SI communs.

La question de la proximité de la structure de réorientation par rapport à la structure des urgences reste posée. La proximité immédiate est, selon les structures interrogées, un levier d'acceptation pour les patients. Cette assertion est en contradiction avec l'ambition première du dispositif qui est d'indiquer au patient que son état ne relève pas d'une prise en charge hospitalière, mais d'une prise en charge par la médecine de ville proche de chez lui.

Selon les expérimentateurs, l'acquisition d'outils SI communs aux structures d'urgences et aux médecins libéraux permettant de réaliser les différentes étapes du parcours de réorientation et d'assurer la traçabilité des réorientations est apparue indispensable au déploiement du dispositif de réorientation.

L'articulation entre le dispositif de réorientation et le SAS doit être développée tant sur le plan des systèmes d'information que sur la valorisation d'une consultation de réorientation.

Le rapport final met en lumière l'hétérogénéité des organisations déployées par les établissements. Les difficultés rencontrées par les expérimentateurs dans l'application du cahier des charges et dans la construction ou la consolidation du lien avec la ville emportent le constat qu'il est souhaitable d'identifier et de mobiliser des leviers différents du FRU pour déployer la réorientation au sein des structures des urgences.

Avis et recommandations du CTIS sur la suite à donner à l'expérimentation

Les résultats de l'évaluation indiquent globalement que les objectifs de réorientation vers la médecine de ville ne sont pas atteints.

La réorientation des patients vers la médecine de ville reste un objectif mais elle nécessite des actions complémentaires en amont et en aval des structures d'urgences et dans les structures d'urgences qui ne sont pas liées à la mise en œuvre d'un forfait spécifique :

- en amont des structures des urgences :

- sur le plan du partenariat avec la médecine de ville, en dehors du lien avec le SAS, les CPTS pourraient avoir un rôle de coordination dans les échanges, la mise en place des partenariats avec les structures des urgences, l'élaboration de conventions encadrant la réorientation des patients vers les partenaires libéraux
- le déploiement d'outils SI communs aux partenaires libéraux et aux structures des urgences
- un repérage et une orientation des patients en amont du passage aux urgences par le SAS, avec un accès facilité à la médecine de ville quand l'état de santé nécessite une consultation dans un délai de 48h et que le patient n'a pas de médecin traitant.
- dans les structures des urgences :
 - recommandations professionnelles sur la réorientation (périmètre, formation, organisation de la réorientation)
 - protocole de réorientation o accès au service d'accès aux soins - en aval :
 - information du service d'accès aux soins de la réorientation du patient pour une consultation dans un délai de 48h, si besoin
 - suivi du parcours du patient réorienté par le service d'accès aux soins.

Pour faciliter l'acceptabilité de la réorientation par les patients, une campagne de communication sur le bon usage des urgences apparaît utile.

Avis et recommandations du CSIS sur la suite à donner à l'expérimentation

Le conseil stratégique de l'innovation en santé rappelle que les nouveaux textes sur les urgences vont faire entrer dans le droit commun la possibilité de la régulation préalable des urgences par les SAMU / SAS. Il recommande pour améliorer l'orientation du patient vers les soins urgents d'articuler prioritairement les différents leviers tels que la coordination territoriale, le Service d'Accès aux Soins, l'éducation à la santé...

Au total, six avis défavorables ont été émis sur les sept avis exprimés. Les conclusions de l'avis du comité technique sont suivies par tous les autres membres du conseil stratégique. En conséquence, celui-ci émet un avis défavorable à la généralisation du modèle de l'expérimentation « *Forfait Réorientation Urgences* » à isopérimètre.

Pour le conseil stratégique de l'innovation en santé

Natacha Lemaire
Rapporteuse Générale

Annexe

CCMSA :

D'autres leviers doivent être mobilisés prioritairement pour améliorer l'orientation du patient vers les soins urgents : coordination territoriale, SAS, éducation à la santé...

Avis défavorable

CNOM :

Il conviendrait de se baser sur un véritable principe de Réorientation en PDSA exclusivement et non en continuité des soins, en ne mélangeant ni les principes, ni les objectifs et encore moins les organisations locales... Dommage car les enjeux sont colossaux et réellement urgents.

Avis « presque favorable »

DG ARS :

L'ensemble des ARS souscrit aux conclusions du CTIS.

La complexité à mettre en place le dispositif conformément à l'organisation prévue par le cahier des charges s'est avérée très chronophage et n'a pas permis d'atteindre l'objectif de libérer du temps médical.

L'évaluation montre des limites non négligeables dans la mise en œuvre : partenariats avec la ville, part financière non existante pour les libéraux, absence de système d'information partagé qui permette la communication ville-hôpital et le suivi du parcours patient, caractère chronophage de la partie administrative pour l'IAO.

En conclusion : la mise en œuvre a permis dans certains cas de resserrer les liens avec la ville, de standardiser des protocoles et de sécuriser les réorientations au sein des Services d'Urgences, mais le dispositif n'est pas généralisable en l'état et nécessite des réajustements et une articulation effective avec les dispositifs de réorientations comme le SAS .

Pour qu'un modèle organisationnel puisse lever certains freins rencontrés, une organisation cible devra être définie au niveau des services d'urgences précisant les modalités de réorientation des patients par l'infirmier organisateur de l'accueil (IAO) en lien avec la régulation du SAMU. L'impact de la réorientation sur le financement des urgences devra également être pris en compte.

Avis défavorable

France assos Santé :

S'agissant du Forfait réorientation urgences, l'avis de France Assos Santé est défavorable considérant que des efforts doivent être faits sur le développement des SAS (services accès aux soins) et le renforcement de l'évaluation des engagements des CPTS.

HAS

Pas d'observations et de remarques complémentaires à formuler sur l'avis du CTIS

UNICANCER :

Un avis défavorable pour Forfait Réorientation Urgences mais estime qu'un dispositif visant le même objectif serait à définir

UNPS :

L'UNPS soutient l'avis du CTIS qui est défavorable à la généralisation de l'expérimentation FRU.