

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

#### Arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence

NOR : SSAH1937815A

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,

Vu le code de la sécurité sociale et notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 et suivants ;

Vu l'arrêté du 11 mars 2019 fixant le montant de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2018 et déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2019 ;

Vu le cahier des charges sur le projet d'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence ;

Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 28 novembre 2019,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – L'expérimentation pour le financement d'un forfait de réorientation des patients aux urgences, telle que définie dans le cahier des charges susvisé, est autorisée pour une durée de 24 mois à compter de la prise en charge du premier patient.

**Art. 2.** – La directrice de la sécurité sociale et la directrice générale de l'offre de soins sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 27 décembre 2019.

*La ministre des solidarités  
et de la santé,*

Pour la ministre et par délégation :

Pour la directrice générale de l'offre de soins :

*La chef de service,  
adjoindte à la directrice générale de l'offre de soins,  
S. DECOOPMAN*

*Le ministre de l'action  
et des comptes publics,*

Pour le ministre et par délégation :

Pour la directrice de la sécurité sociale :

*Le chef de service,  
adjoindte à la directrice de la sécurité sociale,  
L. GALLET*

### ANNEXE

#### CAHIER DES CHARGES POUR L'EXPÉRIMENTATION D'UN FORFAIT DE RÉORIENTATION POUR LES URGENCES HOSPITALIÈRES

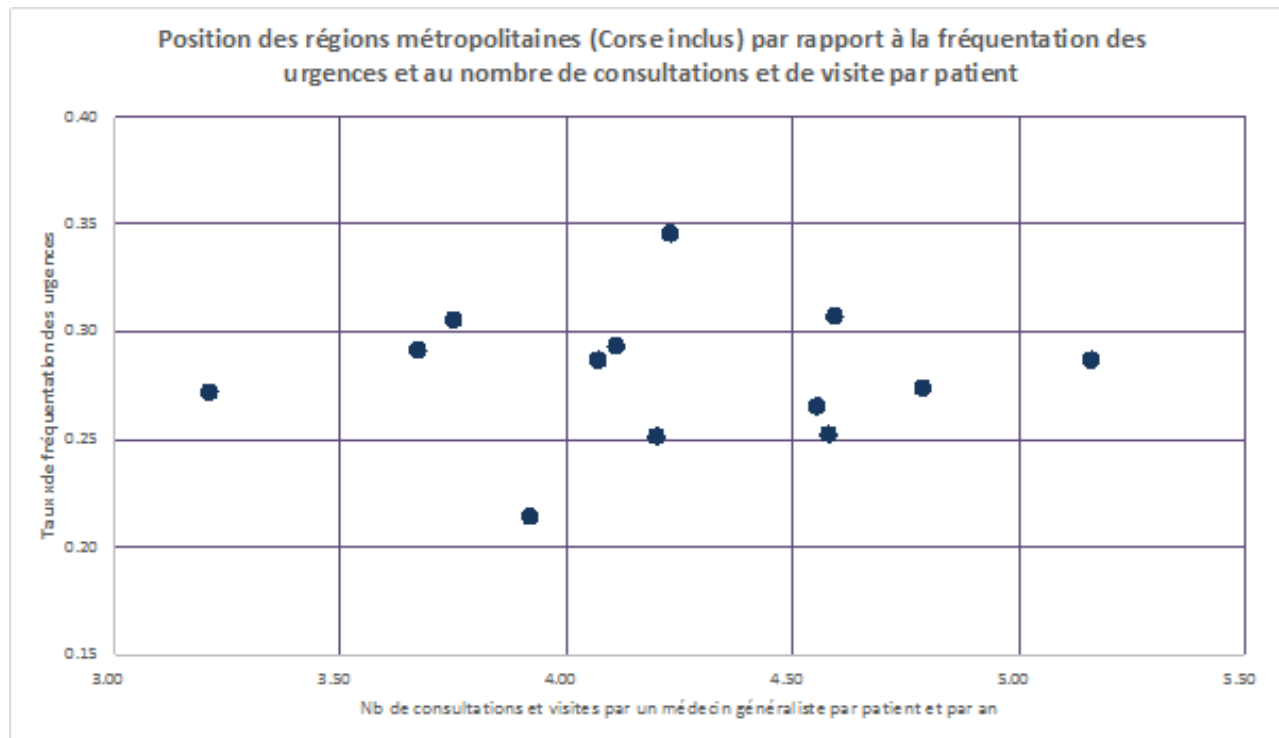
##### **1. Objet et finalité du projet d'expérimentation / Enjeu de l'expérimentation**

La croissance continue depuis 15 ans de l'activité des services d'urgence hospitalières (21 millions de passage) a des impacts multiples sur l'organisation des soins, la charge de travail des professionnels et sur les délais d'attente des patients. Cette progression de la fréquentation des urgences a aussi un impact sur le sens même des urgences hospitalières. Ces dernières conçues à l'origine pour prendre en charge les patients requérant un plateau technique complet sont devenues des lieux d'accueil et de traitement pour tous les patients. Or les enquêtes et en particulier

celle conduite par la DRESS en 2013 montrent qu'entre un quart et un tiers des patients qui se présentent aux urgences auraient pu, sans perte de chance, être pris en charge par des praticiens de ville.

Cette inadéquation de la prise en charge n'est imputable ni aux services d'urgence, ni aux patients et les idées ou les projets qui viseraient à pénaliser financièrement les uns ou les autres seraient inadéquats.

Il n'est pas possible, non plus, d'imputer cette inadéquation aux praticiens de ville car il n'existe aucune relation comme le montre le schéma ci-dessous entre d'un côté le niveau de fréquentation des urgences hospitalières et de l'autre côté les visites à domicile et les consultations par habitant.



Dès lors, plutôt que d'opposer médecine d'urgence hospitalière et soins non programmés de ville, l'idée est d'inciter les acteurs à travailler de concert pour proposer au patient un parcours de soin adapté à sa situation.

Prenant acte des données signalées plus haut sur le niveau d'inadéquation au sein des urgences hospitalières, l'objectif de l'expérimentation est de pouvoir toucher 5 à 10 % des patients « inadéquats » au sein des urgences hospitalières à travers l'expérimentation d'un forfait de réorientation des patients. Ce forfait, versé aux urgences, vise à réorienter le patient vers une consultation de ville à une date compatible avec son état de santé. La réorientation peut donc être réalisée vers un praticien de ville, une maison médicale, une maison médicale de garde.

Le forfait de réorientation, pour les patients concernés, se substitue à tous les autres éléments de rémunération de l'établissement (ATU, actes et consultations) sans avoir, en revanche, d'impact sur le FAU. Pour les praticiens libéraux, le forfait de réorientation ne peut déclencher la facturation de la majoration d'urgence (MU) en plus de la consultation et/ou des actes. Par ailleurs, le patient est exonéré de reste à charge sur le forfait de réorientation. Ce dernier peut, à tout moment, refuser la réorientation.

Pour la gestion des relations (de toute nature) avec les médecins libéraux partenaires dans le cadre de la réorientation, l'établissement établit une convention.

L'expérimentation repose pratiquement, en premier lieu, sur un travail conjoint entre les urgentistes et les praticiens libéraux du territoire sur les modalités de la réorientation (communication des plages de consultations et modalités d'accès à celle-ci pour l'hôpital, modalités de la réorientation et des informations transmises de l'hôpital au médecin de ville et de ce dernier vers l'hôpital, suivi et pilotage de l'expérimentation etc.). La seconde étape est de construire dans chaque service d'urgence le processus concret de la réorientation (questionnaire de réorientation, formation des professionnels etc...) en sachant que les deux seules obligations faites à l'hôpital sont les suivantes :

a) 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. Il appartiendra aux services d'urgences expérimentateurs de décider du moment le plus opportun pour soumettre le questionnaire aux patients (à l'entrée, au moment du contact avec l'infirmière d'orientation etc...)

b) 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.

c) L'utilisation des protocoles locaux (D6124-18) devrait permettre de sécuriser l'exercice de la réorientation. Des éléments circonstanciés de réponse seront apportés aux établissements et aux ARS dans les plus brefs délais.

Le patient peut refuser la réorientation qui lui est proposée par l'hôpital. La concrétisation des consultations des patients réorientés sera suivie dans le système d'information de la CNAM et l'information ainsi colligée sera transmise régulièrement aux établissements expérimentateurs.

L'expérimentation de ce forfait est innovant à plus d'un titre :

- il permet aux établissements de santé de proposer aux patients un parcours de soins mieux adapté qu'une prise en charge hospitalière ;
- il encourage un travail approfondi conjoint entre les urgentistes et les praticiens libéraux du territoire afin de parvenir à une réorientation effective et efficace au service des patients. En cela, il s'insère dans la politique publique de structuration de l'offre de ville et de maillage entre la ville et l'hôpital. Les sites de prise de rendez-vous en ligne seront sollicités pour apporter leurs concours à la mise à disposition des données pour les établissements ;
- il offre un cadre légal aux quelques réorientations déjà existantes en leur permettant d'être sécurisée juridiquement et financièrement.

Les objectifs poursuivis par l'expérimentation sont les suivants :

- atteindre entre 5 et 10 % de patients réorientés par service d'urgence expérimentateur ;
- atteindre a minima 70 % des consultations de réorientation honorées par les patients ;
- vérifier que la mise en place du forfait n'a pas d'incidence sur l'état de santé du patient ;
- ralentir, à terme, la progression des passages aux urgences.

## **2. En adéquation avec les objectifs fixés ci-dessus, quels sont les impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation ?**

### *Plusieurs réponses possibles*

Le forfait vise à fournir pour les patients un service nouveau qui se traduit par une réorientation vers une consultation libérale (à domicile ou au cabinet du praticien) en adéquation avec leur état de santé. Dès lors, pour les patients, cela se traduira par une attente écourtée au sein du service des urgences et à distance par une consultation en adéquation avec le problème qui les avaient conduits aux urgences.

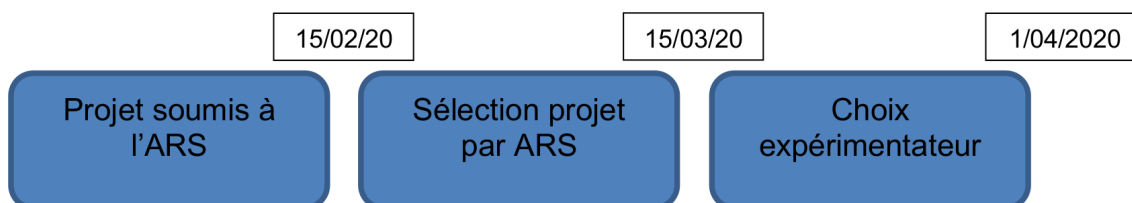
La mise en place du forfait de réorientation est, aussi, l'occasion pour les services d'urgence de tester de nouvelles organisations. En effet, la détection des patients qui peuvent être réorientés et la concrétisation de celle-ci (rendez-vous) nécessitent une nouvelle approche des patients tant par l'équipe médicale que para médicale. L'utilisation d'un questionnaire élaboré dans chaque service d'urgence est aussi l'occasion pour l'équipe médicale et soignante de partager un travail collectif. Le fait de réorienter une partie des patients qui se présente aux urgences constitue aussi un allègement de la pression qui pèse sur les équipes de soins (moins de consultations à réaliser, moins d'exams, moins de suivi logistique des patients).

Par ailleurs, un des objectifs de la mise en place du forfait de réorientation, est l'approfondissement (parfois la création) de liens entre les urgences hospitalières et la médecine de ville. Cet approfondissement va aussi dans le sens des politiques conduites par le Ministère et l'Assurance Maladie avec la création et le développement des CPTS et plus globalement de la structuration des soins de ville. Dans certains cas, le forfait pourra aussi être, au sein des GHT, un facteur d'amélioration des orientations des patients

Tous ces éléments visent au final à rendre plus efficiente et plus pertinente la dépense de soins. En adaptant au plus près l'offre de soin avec le besoin du patient, l'efficience de la dépense est mécaniquement améliorée.

## **3. Durée de l'expérimentation envisagée**

L'expérimentation est prévue pour deux ans à compter du 1<sup>er</sup> avril 2020.



## **4. Champ d'application territorial proposé**

### **a) Éléments de diagnostic**

Au regard des éléments vus plus haut, les projets d'expérimentation les plus prometteurs cumuleront tout ou partie des éléments suivants :

- a. Une progression continue depuis au moins trois ans du nombre de passages aux urgences.
- b. L'existence d'enquêtes internes sur la typologie des patients fréquentant les urgences.
- c. L'existence d'un tissu de médecins libéraux (maisons médicales de garde incluses) volontaire pour participer à l'expérimentation.
- d. Un système d'information au sein de l'hôpital permettant de communiquer aisément avec la médecine libérale (gestion des mails sécurisés, capacité à envoyer de l'information structurée, capacité à suivre les files actives de patient au sein du service des urgences...).

**b) Champ d'application territorial**

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
Local	non	
Régional	non	
Interrégional	non	
National	oui	

**5. Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation (ou groupe d'acteurs)**

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser, ...) Préciser les coopérations existantes
Porteur :	Ministère de la santé	Task Force réforme du finance- ment	
Partenaire(s) du projet d'expérimen- tation :	<i>Préciser pour chaque parte- naire de l'expérimentation</i>		<i>Préciser pour chaque partenaire de l'expérimenta- tion</i>

**6. Catégories d'expérimentations**

– A quelle(s) catégorie(s) d'expérimentations répond le projet ?

*Il est possible de combiner les catégories.*

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	<b>oui</b>
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	<b>non</b>
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants au projet d'expérimentation d'expérimentations	<b>non</b>
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	<b>oui</b>

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	<b>non</b>
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	<b>non</b>
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	<b>oui</b>

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°) (1)	Cocher
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle	<b>non</b>
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières	<b>non</b>
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.	<b>non</b>

(1) Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1).

**7. Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation**

*Au moins une dérogation, et plusieurs réponses sont possibles.*

I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites du financement actuel	Le financement en vigueur pour les services d'urgence est uniquement fondé sur l'activité réalisée. Il peut tendre dans certaines situations à réaliser des actes ou examen non pertinents au regard de l'état de santé du patient. Par ailleurs, il n'existe pas de financement incitant à la coordination des soins urgents et des soins non programmés.
Dérogations de financement envisagées (article L. 162-31-1-II-1 <sup>er</sup> et 3 <sup>e</sup> ) : - Facturation, - Tarification, - Remboursement, - Paiement direct des honoraires par le malade, - Frais couverts par l'assurance maladie - Participation de l'assuré - Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux	Le forfait de réorientation se substitue pour les patients qui en bénéficient à la facturation de l'ATU et des actes/examens afférents.

II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites des règles d'organisation actuelles	Décrire
Dérogations organisationnelles envisagées (article L. 162-31-1-II-2 <sup>e</sup> ) : - Partage d'honoraires entre professionnels de santé - Prestations d'hébergement non médicalisé - Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements - Dispensation à domicile des dialysats	

## 8. Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement

Afin que l'expérimentation puisse apporter un nombre suffisant d'enseignements pour envisager son extension, il est prévu que celle-ci porte sur une trentaine de services d'urgences en France (taille moyenne de 40 000 passages annuels soit 30 000 facturations de consultations d'ATU, d'actes et de consultations). Comme indiqué plus haut, il est visé que la réorientation concerne entre 5 à 10 % des patients ayant bénéficiés d'une consultation (soit entre 45 000 et 90 000 patients par an).

L'expérimentation n'a pas d'impact sur le montant des FAU qui est versé aux établissements. En revanche le forfait se substitue à l'ATU ainsi qu'aux actes et consultations aujourd'hui facturés par les établissements. Le montant du forfait est de 60 euros pour une réorientation vers la médecine libérale. Les majorations (jour fériés et nuit) s'appliquent à cette valeur.

L'engagement auprès des établissements expérimentateurs est que leur niveau de ressources globales pour les urgences ne sera pas modifié par la participation à l'expérimentation. L'extension du forfait à tous les établissements entraînerait un surcroît des dépenses de l'ordre de 30 millions d'euros (3 % des dépenses liées à la facturation des actes et consultations). Dans le cadre de l'expérimentation le surcoût du forfait sera donc de l'ordre de 1,7 millions d'euros (le forfait de réorientation aura un coût annuel de 5,8 millions d'euros en substitution d'une facturation « classique » de 4,1 millions d'euros).

Ce surcoût devra être pris en compte dans une réforme plus globale du mode de financement des urgences. En effet, une différenciation plus importante de la lourdeur des patients pris en charge aux urgences pourrait induire une moindre rémunération sur les cas les plus légers (sous la forme d'une consultation d'urgence qui se substituerait à l'ATU et consultation) et de rémunération plus élevée pour les cas les plus importants (par exemple personnes âgées et patients psychiatriques)

## 9. Modalités de financement de l'expérimentation

Il n'existe pas de besoin de financement spécifique à l'expérimentation. En effet, les besoins d'accompagnement qui pourraient naître des candidatures pourront être pris en charge ponctuellement par les ARS et les besoins en matière de système d'information (en particulier inter opérabilité avec les logiciels de prise de rendez-vous en ligne) pourront être pris en charge sur les budgets des investissements informatiques des établissements. Enfin, les besoins ponctuels de formation (IDE par ex) pourront être pris en charge dans le cadre des actions de formation des établissements.

## 10. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées

La possible intégration du forfait dans un cadre plus global de réforme du financement des services d'urgences requiert que les effets de l'expérimentation soient rigoureusement évalués.

C'est pourquoi les critères/indicateurs d'évaluation décrits ci-dessous requerront la participation active des établissements expérimentateurs.

Type d'indicateurs	
Indicateurs de résultat	Taux de patients réorientés
	Taux de patient réorientés réadmis aux urgences

Type d'indicateurs	
	Taux de patients réorientés réadmis en urgence
	Nb moyen de consultations par médecin généré par la réorientation
	Typologie des patients réorientés
Indicateurs de satisfaction	Taux de patients satisfaits de la réorientation
Indicateurs de processus	Durée de montée en charge du dispositif (de l'engagement au plateau de patients réorientés)
Indicateurs financiers	Vérification de l'hypothèse économique de l'expérimentation (surcoût)

### **11. Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées**

Les données recueillies auprès des patients sont conservées par les établissements. Lorsqu'elles sont transmises aux médecins libéraux partenaires, elles le sont par tout système de transmission sécurisé.

### **12. Liens d'intérêts**

*L'expérimentation n'implique aucun marché particulier ou de relation particulière avec des industriels.*

### **13. Fournir les éléments bibliographiques et/ou exemples d'expériences étrangères**

- Dernière expérience étrangère : Québec 2019/2015 (15 % de patients réorientés)
- La réorientation est recommandée par les organismes suivants :
  - NHS : recommandation nationale 2017 ;
  - College Royal des médecins d'urgence- Royaume Uni- 2017 ;
  - American College of Emergency Physicians – recommandation en 2015 ;
  - American Academy of Emergency Medicine- 2013 ;
  - Canadian Association of Emergency Physician- 2011.