

# **Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur le cahier des charges modificatif relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des urgences**

**Février 2021**

L'expérimentation du forfait de réorientation des urgences a été autorisée par arrêté le 27 décembre 2019, après avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 28 novembre 2019.

Le cahier des charges de cette expérimentation fait l'objet de modifications, sur lesquelles le comité technique de l'innovation a été saisi pour avis le 23 décembre 2020. Ces modifications résultent de la sélection des établissements expérimentateurs. Elles portent sur l'identification des expérimentateurs, l'impact sur le besoin de financement prévisionnel ainsi que la prise en compte de l'exercice salarié de la médecine en ville. Après examen, le comité technique a rendu son avis le 15 février 2021.

Les 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'entre 1/5 et 1/4 des patients auraient pu être pris en charge plus rapidement et tout aussi efficacement par un médecin libéral.

## **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 services d'urgence en France d'un forfait de réorientation des patients à partir des urgences hospitalières vers la médecine de ville.

Le forfait incite les établissements à rechercher une plus grande adéquation dans la fréquentation de leurs services d'urgence.

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.). L'établissement et ses partenaires de ville peuvent convenir d'une répartition du forfait entre eux.

La décision de réorientation devra être prise par un médecin senior mais la soumission du questionnaire peut être délégué à un médecin junior ou une infirmière. La réorientation n'est pas obligatoire, le patient peut toujours la refuser.

## **Recevabilité du projet au titre de l'article 51**

### *Finalité*

Le recours aux plateaux techniques des urgences en lieu et place d'une consultation peut s'assimiler à un mésusage des premiers. Dès lors, la mise en place du forfait en incitant à la construction d'une organisation ville/hôpital constitue, à la fois, un concours à l'amélioration de la santé du patient, à une meilleure coordination de son parcours et à un accroissement de la pertinence des soins.

### *Dérogation*

Le projet soumis est recevable en ce qu'il modifie les règles de financement des urgences hospitalières. En effet, le forfait se substitue à l'ATU, actes et consultations pour les patients réorientés. Par ailleurs, les patients sont exonérés de ticket modérateur sur cette prestation.

A ces titres, il déroge aux articles article L162-22-6 et aux 1°, 2 et 6 du L162-8 du code de la sécurité sociale.

### **Détermination de la portée de l'expérimentation proposée**

Le champ d'application de l'expérimentation proposée est de portée nationale. 36 services d'urgence ont été sélectionnés, en lien avec les ARS, au terme d'un appel à projets. Ces établissements sont répartis dans 15 régions.

### **Modalités de financement du projet**

L'expérimentation ambitionne de tester un financement forfaitaire de la réorientation de 60 euros.

Compte tenu de la taille moyenne d'un service d'urgence (30.000 passages non suivis d'hospitalisation par an), du nombre de sites expérimentateurs retenus (36), de la cible de réorientation maximale (10% des passages) et des éventuelles majorations (nuits et fériés), le besoin de financement pour le fonds pour l'innovation du système de santé est de 7,62 millions d'euros par an, soit 15,24 millions d'euros pour la durée totale de l'expérimentation.

Le forfait a vocation à se substituer à la facturation d'ATU, actes et consultations aux urgences. Cet effet de substitution est évalué à 12,08 millions d'euros sur toute la durée de l'expérimentation.

Il n'est pas prévu de financement pour d'éventuels coûts d'ingénierie.

### **Durée de l'expérimentation**

L'expérimentation est prévue pour une durée de 24 mois.

### **Modalités d'évaluation**

L'évaluation est réalisée sous la responsabilité de la DREES et de la CNAM.

Le forfait de réorientation des urgences a vocation à intégrer le nouveau modèle de financement des urgences à compter de 2022. Dès lors, l'évaluation devra répondre à cinq questions clés :

- 1- Quel pourcentage les patients réorientés représentent-ils sur la totalité des passages non suivis d'hospitalisation ?
- 2- Combien de patients ont-ils refusé la réorientation ?
- 3- Dans quelle proportion, la réorientation s'est-elle effectivement concrétisée par un rendez-vous médical en ville ?
- 4- Combien de patients réorientés se sont-ils, à nouveau, présentés dans un service d'urgence peu de temps après avoir été réorientés ?
- 5- Combien de patients réorientés ont-ils été hospitalisés dans les 15 jours qui ont suivi leur réorientation

Pour ce faire, l'évaluation reposera en particulier sur un volet quantitatif (traçabilité des patients réorientés dans les systèmes d'information de l'ATIH et de la CNAM), et sur un volet qualitatif (sur la satisfaction des patients et des professionnels de santé notamment).

### **Avis sur le projet d'expérimentation :**

- *Faisabilité opérationnelle* : étant donné les références bibliographiques sur des études déjà conduites à l'international, la disponibilité des outils de système d'information, la sélection des établissements expérimentateurs, l'expérimentation proposée apparaît opérationnelle dans les délais proposés. La mise en place du forfait nécessite, d'une part, la mise au point entre les services d'urgences et les médecins de ville intéressés de conventions qui définissent les modalités de communication entre les partenaires. En interne, l'équipe médicale et soignante devra élaborer un questionnaire de réorientation qui sera soumis aux patients. La soumission de ce questionnaire devra s'insérer dans le processus de prise en charge des patients. La réorientation se traduit par un bulletin de réorientation remis au patient qui contient le résultat du questionnaire

et l'heure et le jour de son rendez-vous chez un médecin de ville. Ce bulletin est adressé au médecin en parallèle.

- *Caractère efficient* : le modèle organisationnel proposé ambitionne de réduire le nombre de passages aux urgences et de renforcer les liens entre ville et hôpital. Si le chiffre de 10% de réorientation était atteint cela correspondrait à un étalement de la fréquentation des urgences sur 4 années (taux annuel compris entre 2 et 3%). Compte tenu de l'économie escomptée sur la facturation des prises en charges au urgences, le coût net de l'expérimentation est estimé à 3,2 millions d'euros sur les deux années. Ce surcoût est d'ores et déjà pris en compte dans le cadre des travaux en cours sur la réforme du financement des urgences.
- *Caractère innovant* : le caractère innovant du dispositif tient, d'une part, à ce que la rémunération versée correspond à une réorientation et non à une prise en charge et, d'autre part, à ce que cette rémunération est supérieure à une prise en charge d'une simple consultation. Ce caractère contrintuitif du dispositif est une application dans les modes de financement en santé de la théorie d'influence comportementale (Nudge).
- *Reproductibilité* : le modèle organisationnel et financier proposé pourra s'intégrer au nouveau modèle de financement des urgences.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique émet un avis favorable à l'autorisation, par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, de l'expérimentation dans les conditions précisées par le cahier des charges modifié.

### **Pour le comité technique**

Natacha Lemaire  
Rapporteuse Générale