

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 26 avril 2023 modifiant l'arrêté du 23 février 2021 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence et fixant la liste des établissements de santé expérimentateurs

NOR : SPRH2311743A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention,

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

Vu l'arrêté du 24 janvier 2023 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2023 ;

Vu l'arrêté du 23 février 2021 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence et fixant la liste des établissements de santé expérimentateurs ;

Vu le cahier des charges modifié de l'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 avril 2023,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – L'arrêté du 23 février 2021 susvisé est modifié comme suit :

1° A l'article 2, après les mots : « 24 mois à compter de la prise en charge du premier patient », sont ajoutés les mots : « et jusqu'au 30 avril 2023, pour les établissements de santé ayant facturé des forfaits de réorientation avant le 31 décembre 2022, la durée de l'expérimentation est de 30 mois, elle se termine le 31 octobre 2023 » ;

2° Le cahier des charges susvisé, annexé au présent arrêté, remplace l'annexe de l'arrêté du 23 février 2021 susvisé.

Art. 2. – Le directeur de la sécurité sociale et la directrice générale de l'offre de soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 26 avril 2023.

*Le ministre de la santé
et de la prévention,*

Pour le ministre et par délégation :

*L'adjointe à la sous-directrice
de la régulation de l'offre de soins,*

C.-L. BELLANGER

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe de service, adjointe
au directeur de la sécurité sociale,*

D. CHAMPETIER

ANNEXES

ANNEXE I

CAHIER DES CHARGES MODIFIÉ

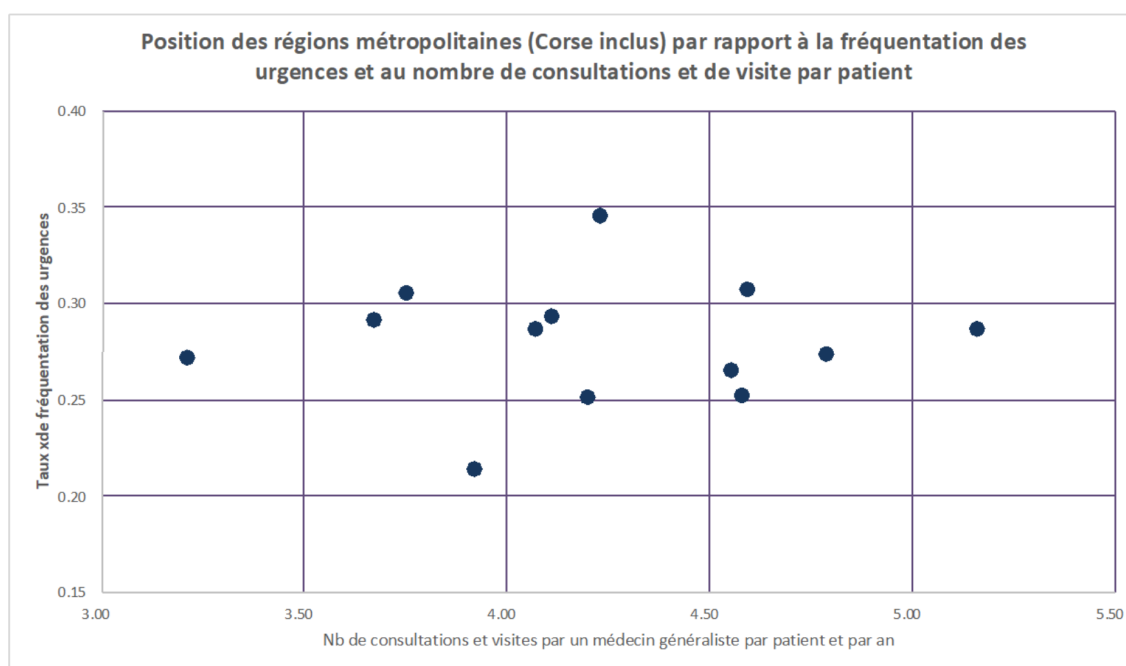
Cahier des charges pour l'expérimentation d'un forfait de réorientation des patients dans les structures des urgences

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

La croissance continue depuis 15 ans de l'activité des structures des urgences hospitalières (23 millions de passages) 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 DREES en 2013 montrent qu'entre un quart et un tiers des patients qui se présentent aux urgences auraient pu, d'après le médecin urgentiste qui a réalisé la consultation, 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 passages au sein des urgences hospitalières sans hospitalisation 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 de santé, une maison médicale de garde.

Le forfait de réorientation, pour les patients concernés, se substitue à tous les autres éléments de rémunération à l'activité de l'établissement. Pour les praticiens de ville qui réaliseront la consultation à la suite de la réorientation, il ne peut y avoir de 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.

Pour la gestion des relations (de toute nature) avec les médecins de ville 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 de ville 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 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 (D. 6124-18) devrait permettre de sécuriser l'exercice de la réorientation ;
- d) Un accès non régulé à la structure accueillant la réorientation doit être mis en place. Dans le cadre de l'expérimentation, lorsque la réorientation se fait vers une structure de soins dans l'enceinte de l'hôpital ou à proximité, 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. Le libre accès à cette structure alternative à la structure des urgences doit être affiché et communiqué au grand public par des moyens suffisants pour en assurer la notoriété (affichage, sites internet, information via les pharmaciens, médecins, infirmiers, ARS, orientation via le SAMU...). Seuls les patients se présentant spontanément dans la structure des urgences par méconnaissance de ce libre accès ou par une évaluation erronée de l'urgence de leur situation peuvent faire l'objet d'un forfait de réorientation depuis la structure des urgences vers une telle structure. En aucun cas un établissement ne doit systématiser le passage par la structure des urgences suivi d'une réorientation pour organiser l'accès à une structure de soins non programmés implantée dans ses locaux ou à proximité immédiate ;
- e) 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 structure des urgences, ces deux modalités étant déjà financées par ailleurs. »

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.

L'expérimentation de ce forfait est innovante 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 de ville 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 sécurisées juridiquement et financièrement.

Les objectifs poursuivis par l'expérimentation sont les suivants :

- atteindre entre 5 et 10 % de réorientation pour les patients dont le passage dans le service d'urgence n'est pas suivi d'une hospitalisation ;
- atteindre *a minima* 70 % des consultations de réorientation honorées par les patients ;
- vérifier la qualité et la sécurité des organisations mises en place pour réorienter les patients ;
- 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 ?

Le forfait vise à fournir pour les patients un service nouveau qui se traduit par une réorientation vers une consultation réalisée en ville (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 avait conduits aux urgences.

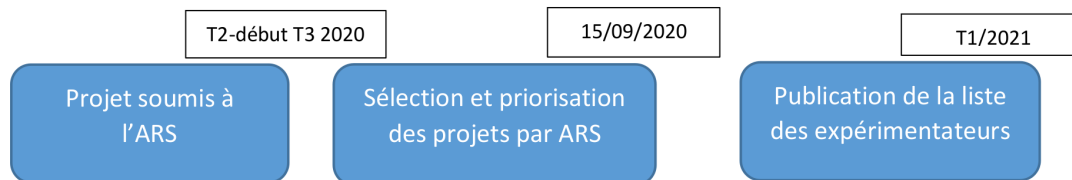
La mise en place du forfait de réorientation est, aussi, l'occasion pour les services d'urgence de tester de nouvelles organisations. En effet, la détection des patients qui peuvent être réorientés et la concrétisation de celle-ci (rendez-vous) nécessitent une nouvelle approche des patients par l'équipe tant médicale que paramédicale. 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 présentent 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 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 améliorée.

3. Durée de l'expérimentation envisagée

L'expérimentation est prévue pour 24 mois à compter de l'inclusion du premier patient, et de 30 mois pour les établissements ayant facturé des forfaits avant le 31 décembre 2022.



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 :

- Une progression continue depuis au moins trois ans du nombre de passages aux urgences ;
- L'existence d'enquêtes internes sur la typologie des patients fréquentant les urgences ;
- L'existence d'un tissu de médecins exerçant en ville (maisons médicales de garde incluses) volontaires pour participer à l'expérimentation ;
- Un système d'information au sein de l'hôpital permettant de communiquer aisément avec la médecine de ville (gestion des mails sécurisée, capacité à envoyer de l'information structurée, capacité à suivre les files actives de patients 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	Liste des établissements expérimentateurs en annexe II

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	Direction Générale de l'Offre de soins - Bureau du premier recours (R2) Dgos-r2@sante.gouv.fr	
Partenaire(s) du projet d'expérimentation :	Préciser pour chaque partenaire de l'expérimentation		Préciser pour chaque partenaire de l'expérimentation

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	oui
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	non
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 aux projet d'expérimentation d'expérimentations	non
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	oui

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	non
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	oui
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	oui

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
1° 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	non
2° 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	non
3° 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.	non

(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 examens 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 L162-31-1-II-1° et 3°) : – 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 des forfaits mentionnés à l'article L. 162-22-8-2 .

II – Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites des règles d'organisation actuelles	<i>Décrire</i>
Dérogations organisationnelles envisagées (article L162-31-1-II-2°) : – 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 36 services d'urgences en France, autorisés au titre de la 3° modalité du R. 6123-1

du code de la santé publique (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 dont la prise en charge au sein des services d'urgence n'a pas nécessité d'hospitalisation (soit entre 54 000 et 108 000 patients par an).

Initialement, l'expérimentation n'avait pas d'impact sur le montant du FAU qui est versé aux établissements. En revanche le forfait devait se substituer à l'ATU ainsi qu'aux actes et consultations aujourd'hui facturés par les établissements soumis à ce mode de financement. Cette condition de substitution à la tarification à l'activité pour les structures des urgences perdue dans le cadre du nouveau modèle de financement des urgences. Le montant du forfait est de 60 euros. Les majorations (jour férié 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 coût du forfait sera de l'ordre de 1,6 millions d'euros annuel (sur la base de 108 000 patients réorientés, le forfait de réorientation aura un coût annuel de 7,62 millions d'euros en substitution d'une facturation « classique » de 6,04 millions d'euros).

Ce coût a vocation à être financé par le FISS dans le cadre de l'expérimentation. A terme, il devra être pris en compte dans la 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 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

Le forfait réorientation urgences avait initialement vocation à se substituer à la facturation d'ATU, actes et consultations aux urgences. Depuis la mise en œuvre de la réforme du financement des urgences, le forfait réorientation a vocation à remplacer les facturations de recettes liées à l'activité des structures des urgences mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale.

Initialement, le besoin de financement a été estimé à 7,62 millions d'euros par an 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).

La répartition du financement annuel est :

	Année 1		Année 2		Prolongation	Récapitulatif
	Prévisionnel	Réalisé	Prévisionnel	Réalisé	Prévisionnel	Réalisé
Nombre de FRU	127 000	19 865	127 000	49 364	33 000	102 229
Forfaits FRU	7 620 000€	1 191 900€	7 620 000€	2 961 840€	1 980 000€	4 153 740€

Au total, le besoin de financement sur la durée totale de l'expérimentation est de 6 133 740€.

Outre le financement des forfaits de réorientation par le FISS, à hauteur de 5,69 millions d'euros, il n'existe pas de besoin de financement spécifique à la mise en œuvre de l'expérimentation par les établissements. 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 notamment ceux décrits ci-dessous requerront la participation active des établissements expérimentateurs dans le cadre de la démarche d'évaluation...

Type d'indicateurs	
Indicateurs de résultat	Taux de patients réorientés
	Taux de patients réorientés réadmis aux urgences
	Taux de patients réorientés réadmis en urgence
	Nb moyen de consultations par médecin générées par la réorientation
Indicateurs de satisfaction	Typologie des patients réorientés
	Taux de patients satisfaits de la réorientation

Type d'indicateurs	
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

Le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale prévoit que le patient est informé de l'existence de l'expérimentation et du partage éventuel des données le concernant entre les acteurs de l'expérimentation, concourant à sa prise en charge. Sur ce partage de données, l'absence d'opposition (exprimée par tout moyen y compris sous forme dématérialisée) du patient dûment informé vaudra consentement. Dès lors, il convient seulement que soit tracé le fait que le patient a bien reçu l'information.

L'obligation d'information préalable des patients sur l'ensemble des finalités pour lesquelles les données sont traitées devra, dans tous les cas, être respectée.

L'information du patient concernant l'expérimentation est initiée au moment de la proposition de réorientation. Ce bulletin, dont l'un des exemplaires est remis au patient, est accompagné d'une note d'information portant sur l'expérimentation et sur la possibilité d'un contact ultérieur par les évaluateurs. Le patient reste libre de refuser d'être recontacté par les évaluateurs. L'établissement devra en faire mention dans le bulletin de réorientation.

Le bulletin de réorientation comprendra au minimum les informations suivantes :

- la date de la réorientation ;
- le numéro de FINESS de l'établissement de santé ;
- l'identité du patient, et ses coordonnées ;
- le numéro de sécurité sociale du patient ;
- le numéro de téléphone et l'email du patient ;
- le motif de recours aux urgences ;
- le nom du médecin ou de la structure d'accueil de ville, vers lequel/laquelle le patient est réorienté ;
- l'adresse du lieu de la consultation ;
- la date et l'heure du rendez-vous avec le praticien de ville ;
- la mention que la consultation réalisée dans le cadre de la réorientation intègre le parcours de soins coordonnés défini par le code de la sécurité sociale (article L. 162-5-3) ;
- l'accord par le patient de la réorientation proposée ;
- la mention de l'accusé de réception de la note d'information RGPD ;
- l'accord ou le refus par le patient d'être recontacté par les évaluateurs dans le cadre de l'expérimentation ;
- la signature du patient ;
- la signature du médecin qui demande la réorientation.

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.

Le bulletin de réorientation donné au patient suite à sa réorientation, doit faire l'objet d'une conservation au sein d'un fichier électronique en vue de l'évaluation de l'expérimentation. Ce fichier reprendra *a minima* les éléments obligatoires du bulletin de réorientation, mentionnés ci-dessus et des éléments complémentaires tel le code AM RPPS du médecin vers lequel le patient est réorienté, pour faciliter le suivi de la réorientation. Dans le cadre de l'évaluation, il est possible que l'évaluateur élargisse le spectre des données nécessaires à l'évaluation.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite loi « informatique et libertés »), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation et l'Assurance maladie sont responsables du traitement des données pour la gestion de l'expérimentation sur la plateforme, et co-responsable avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) des données d'évaluation, et s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir la sécurité et la confidentialité des données personnelles qui seront collectées dans le cadre de cette expérimentation.

La loi protège le caractère privé et la sécurité des informations concernant la santé. Seuls les établissements de santé et professionnels de santé travaillant ensemble à la prise en charge thérapeutique des patients auront la possibilité de lire et partager les informations concernant les dossiers médicaux afin d'améliorer les parcours de soins.

Les patients ont la possibilité de s'opposer, par tout moyen, y compris dématérialisé (courrier, message électronique), au partage d'information[s] entre les professionnels participant à l'expérimentation ou à des fins d'évaluation.

12. Liens d'intérêts

L'expérimentation n'implique aucun marché particulier ou 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 ;
 - Collège 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 Physicians- 2011.

ANNEXE II

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EXPÉRIMENTATEURS DU FORFAIT DE RÉORIENTATION DES PATIENTS DANS LES STRUCTURES DES URGENCES JUSQU'AU 31 OCTOBRE 2023

Établissements	FINES
Île-de-France :	
– APHP Robert Debré à Paris ;	750803454
– APHP – Jean Verdier à Bondy ;	930100045
Auvergne-Rhône-Alpes :	
– Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes ;	380780080
– Centre Hospitalier du Roanne ;	420780033
Bourgogne-Franche-Comté :	
– Centre Hospitalier Universitaire de Dijon ;	210780581
– Hôpital Nord Franche-Comté à Belfort ;	900000365
Bretagne :	
– Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest ;	290000017
– Centre Hospitalier de St Brieuc ;	220000020
– Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille de Quimper ;	290020700
– Centre Hospitalier Universitaire de Rennes ;	350005179
Grand-Est :	
– Centre Hospitalier Universitaire de Nancy ;	540023264
Provence-Alpes-Côte d'Azur :	
– Centre Hospitalier Cannes ;	060780988
– Centre Hospitalier d'Avignon ;	840006597
Nouvelle Aquitaine :	
– Centre Hospitalier d'Angoulême	16000451

Établissements	FINES
Occitanie :	
– Centre Hospitalier de Béziers ;	340780055
– Centre Hospitalier de Carcassonne ;	110000023
– Centre Hospitalier Universitaire Toulouse ;	340781406
– Centre Hospitalier de Perpignan ;	660780180
Corse :	
– Centre Hospitalier Général de Bastia ;	2B0000012
Hauts-de-France	
– Centre hospitalier de Roubaix	590782421
– Centre Hospitalier de Sambre Avesnois-Maubeuge à Maubeuge	590781803
Normandie	
– Centre Hospitalier d’Avranches Granville	500000054
– Centre hospitalier de Cherbourg	500000013
La Réunion	
– Centre Hospitalier Ouest Réunion	970421038