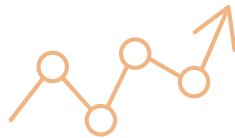


# ATLAS DES EXPÉRIMENTATIONS ARTICLE 51 EN ÎLE-DE-FRANCE

avril 2023





# Le mot de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France

Les opportunités qu'offre l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LF.SS) de 2018 sont multiples. Avec ce dispositif, les professionnels de santé peuvent expérimenter de nouvelles façons de prendre en charge les patients notamment en renforçant la coopération et la coordination, via des dérogations à certaines règles de droit commun. L'objectif ? Améliorer la pertinence, la qualité de prise en charge et l'efficacité du système de santé.



**Amélie VERDIER**

Directrice générale  
de l'Agence régionale de  
santé d'Île-de-France

Au niveau national, le nombre de projets autorisés a connu une très nette progression depuis cinq ans, passant de 42 en 2019, à 79 en 2020, 113 en 2021 pour atteindre 132 fin décembre 2022.

En Île-de-France, la mobilisation a également été très forte : au 1er avril 2023, les acteurs franciliens testent 40 expérimentations de nature très diverse autour de nouveaux parcours de soins, modes de financement ou modalités de prise en charge. Les thématiques traitées sont nombreuses et s'inscrivent dans nos grandes priorités régionales : cancer, maladies chroniques, santé mentale, obésité, accompagnement de situations liées au vieillissement, addictions, protection de l'enfance, sport-santé, périnatalité, prévention, qualité de la prescription, lutte contre les inégalités de santé, santé bucco-dentaire ...

L'un des objectifs du dispositif « Article 51 » est de permettre, une fois la phase d'expérimentation terminée, la généralisation et l'entrée dans le droit commun des démarches ayant démontré leur plus-value. Parmi les expérimentations en cours, plusieurs peuvent d'ores et déjà être identifiées comme inspirantes pour de futures transformations, en matière d'évolution des métiers et changement des pratiques professionnelles, de transformation des modèles de financement ou d'ingénierie financière.

À l'approche de la fin d'expérimentation d'une partie des projets lancés depuis 2019, l'un des enjeux de cette année consistera à accompagner cette nouvelle étape et surtout à préparer le déploiement à plus large échelle des démarches qui auront fait la preuve de leur intérêt, afin qu'elles puissent bénéficier au plus grand nombre.

Parallèlement, de nouveaux projets ciblés pourront intégrer la démarche « Article 51 » de manière à poursuivre notre démarche de transformation du système de santé régional avec des idées nouvelles.



# Sommaire

<b>AVANT PROPOS</b>	7
<b>CADRE DE L'ARTICLE 51</b>	9
<b>DÉPLOIEMENT TERRITORIAL DES EXPÉRIMENTATIONS ARTICLE 51 AUTORISÉES</b>	25

## Expérimentations régionales

<b>CECICS</b> - Parcours des patients insuffisants cardiaques sévères	29
<b>CESOA</b> - Centre de soins ostéo-articulaires en ambulatoire	31
<b>EQUIP'ADDICT IDF</b> - Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions	33
<b>FILIÈRES OUBLIÉES DES SSR</b> - Traumatisme crânio-cérébral léger	35
<b>IPSO</b> - Programme médecin traitant renforcé	37
<b>MAM' EN FORME</b> - Parcours coordonné pour les femmes enceintes vulnérables en situation d'obésité	39
<b>OBEPAR</b> - Parcours de chirurgie bariatrique	41
<b>OPTIMED</b> - Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée	43
<b>URGENCES DENTAIRES EN IDF</b> - Intégration des chirurgiens-dentistes à la régulation du SAMU Centre 15 dimanches et jours fériés	45
<b>VIGIE-AGE</b> - Filière de soins gériatriques (aigus et chroniques) connectée à domicile	47

## Expérimentations inter-régionales

<b>AUTO-NOM</b> - Neuro-orthopédie mobile	51
<b>CAMI SPORT ET CANCER</b> - Programme coordonné et prise en charge forfaitaire de l'activité physique à visée thérapeutique en cancérologie	53
<b>DRAD</b> - Dispositifs renforcés de soutien au domicile pour les personnes âgées	55
<b>ENFANCE PROTÉGÉE : parcours de soins coordonnés des enfants et adolescents protégés - Vabres</b>	57
<b>EQUILIBRES</b> - Equipes d'infirmières libres responsables et solidaires	59
<b>GPSO</b> - Gestion du parcours de santé dans l'obésité	61
<b>IF-PBM</b> - Prévention du risque transfusionnel par mise en place d'un parcours PBM	63
<b>INSPIR'ACTION</b> - Parcours de soins innovants de réadaptation dans la bronchopneumopathie chronique obstructive	65
<b>MICROSTRUCTURES MÉDICALES POST-COVID 19</b> - Accompagnement médical, social et psychologique des patients fragilisés par la COVID 19 et le confinement dans le cadre des microstructures médicales	67

# Sommaire

IR

<b>ODYSIGHT</b> - Favoriser l'accès aux soins ophtalmologiques avec une application médicale de télésurveillance permettant l'auto-évaluation des paramètres visuels	69
<b>ONCOLINK'/ THÉRAPIES ORALES</b> - Suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux	71
<b>PAP DOP</b> - Paiement d'un parcours coordonné pour une correction de la dénutrition préopératoire des patients	73
<b>PASSCOG</b> - Parcours ambulatoire pour seniors avec troubles cognitifs	75
<b>PASSPORT BIPOLAIRE</b> - Parcours de soins pour patients bipolaires	77
<b>PRIMORDIAL</b> - Les soins primaires c'est Primordial	79
<b>PRISE EN CHARGE PAR TÉLÉSURVEILLANCE DU DIABÈTE GESTATIONNEL - MY DIABBY</b>	81
<b>READ'HY</b> - Programme de réadaptation cardiaque connecté	83
<b>SLL</b> - Structures libérales légères pour la rééducation des patients coronariens et insuffisants cardiaques	85
<b>TÉLÉSURVEILLANCE MÉDICALE DES PATIENTS TRANSPLANTES - OPTIM CARE</b>	87
<b>WALK' HOP</b> - télé-réadaptation cardiaque, réadaptation cardiaque hors les murs	89

M

## Expérimentations ministérielles

<b>CSSAC</b> - Centre de santé sexuelle d'approche communautaire	93
<b>EDS</b> - Expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales	95
<b>EQLAAT</b> - Equipes locales d'accompagnement sur les aides techniques	97
<b>FACILISOINS</b> - Forfaits santé pour les personnes atteintes de handicap en établissement ou service médico-social	99
<b>FORFAIT DE RÉORIENTATION DES URGENCES</b>	101
<b>IPEP</b> - Expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée	103
<b>OBEPEDIA</b> - Parcours de soins pour les enfants et adolescents atteints d'obésité sévère	105
<b>PEPS</b> - Expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville	107
<b>RÉPAP</b> - Référent parcours périnatalité	109
<b>SEC PARTICIPATIVES</b> - Centres et maisons de santé participatifs	111
<b>ANNEXES</b>	113
<b>GLOSSAIRE</b>	127

# Avant propos

Cinq années après l'entrée en vigueur du cadre expérimental « article 51 », près de 300 sites franciliens sont concernés par une des 40 expérimentations en cours de déploiement dans notre région.

L'Atlas régional francilien du 51 (seconde édition) permet de localiser les terrains d'expérimentation par département ainsi qu'une vision thématique. Il présente de façon synthétique l'ensemble des expérimentations en cours avec au moins un site francilien autorisé entre le 1er avril 2018 et le 1er avril 2023.

Ce document découle de l'Atlas 51 national qui constitue un complément du rapport au parlement 2022.

Il a été élaboré dans un esprit pragmatique afin de pouvoir extraire les « fiches projets » intéressant le lecteur.

## Equipe DATOS

ARS IDF – Direction de l'innovation de la recherche et de la transformation numérique.


[axele.reberga@ars.sante.fr](mailto:axele.reberga@ars.sante.fr)

[delphine.joyon@ars.sante.fr](mailto:delphine.joyon@ars.sante.fr)

[emmanuel.goupy@ars.sante.fr](mailto:emmanuel.goupy@ars.sante.fr)

En partenariat avec :



N.B. : Le logo  indique les nouvelles expérimentations de cet ATLAS depuis la version d'avril 2021.

*Les expérimentations terminées ne figurent pas dans cet Atlas, comme celles relatives à la prescription des biosimilaires (terminée le 31/12/2022) et les trois expérimentations réintégrées, préexistantes à l'article 51, (PAERPA – terminée fin 2019, Ecout'Emoi – terminée fin 2021 et mission retrouve ton cap – terminée fin 2020).*





# Cadre de l'article 51



## UN PROJET ARTICLE 51 C'EST

- Un projet qui a besoin d'une **dérogation aux règles actuelles de financement** ou à certaines **règles d'organisation** (cadre spécifique dérogatoire art. 51)
- Un projet à vocation de **transformation organisationnelle** et **reproductible**
- Un projet avec une **dimension collective** (multi professionnel et multi acteurs)
- Un projet **efficient** (rapport qualité/coûts)



## UN PROJET ARTICLE 51 CE N'EST PAS

- Une demande de **subvention**
- Un projet de **recherche biomédicale** (PHRC, PRME...)
- Un financement d'un **outil/une solution technologique** (sans avoir précisé son impact sur le parcours du patient)
- Une **procédure d'accès au marché** (prix et remboursement)

CDC

## LES ÉLÉMENTS DU CAHIER DES CHARGES DE L'EXPÉRIMENTATION



- Porteur du projet/partenaires
- Objet et finalité de l'expérimentation
- Modèle organisationnel et économique
- Modalités de mise en œuvre et de financement
- Durée de l'expérimentation
- Terrain d'expérimentation

Liens vers :

1 [Trame de la lettre d'intention](#)

2 [Trame du cahier des charges](#)



Plateforme « démarches simplifiées » pour proposer un projet (liens) :

3 [Projet local ou régional](#)

4 [Projet inter-régional](#)



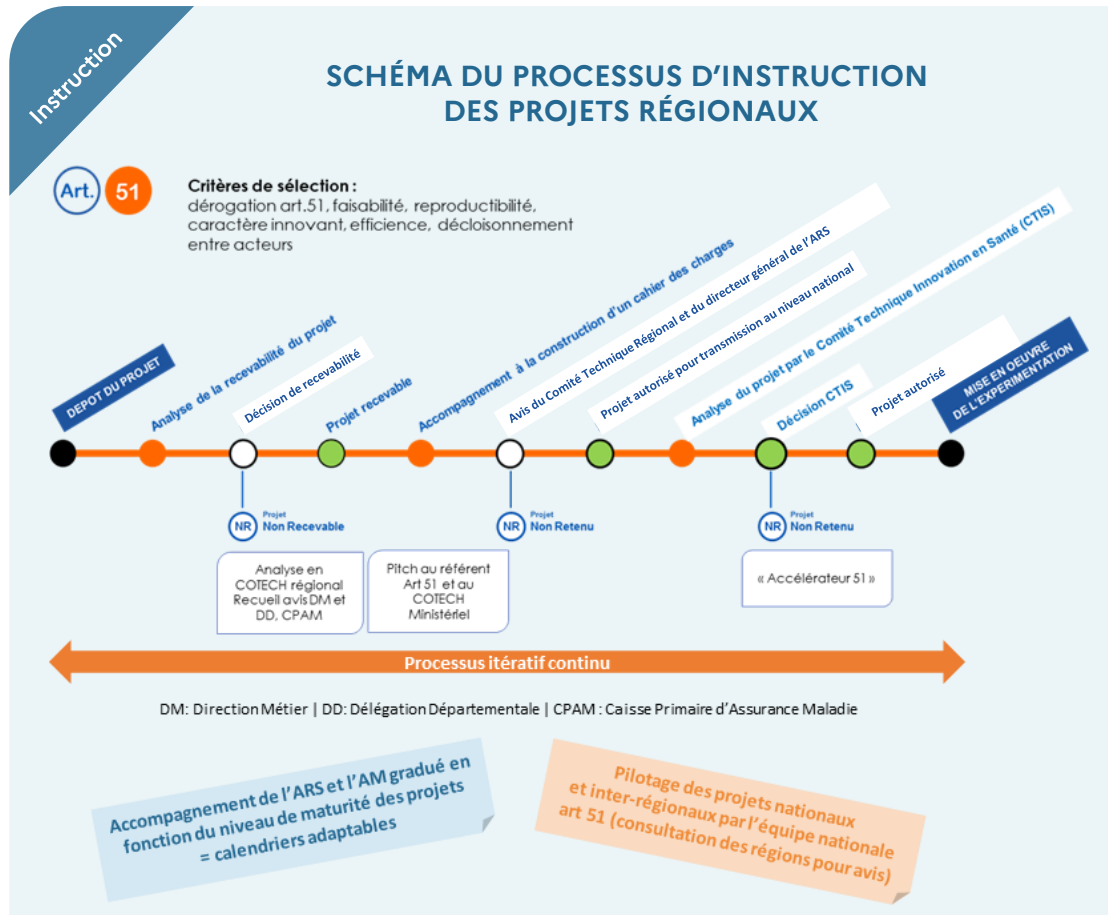


**LE MANIFESTE DU 51**

Source : Rapport au Parlement 2022

- 1.** Un dispositif ouvert à tout acteur du système de santé souhaitant porter un projet innovant pour contribuer à la transformation du système de santé.
- 2.** Un objectif de test d'organisation et/ou de financements, sur un périmètre réduit, susceptible d'être étendu au système de santé si le test est concluant.
- 3.** Un large champ de dérogations qui invite à penser hors cadre et s'extraire des règles établies.
- 4.** Une démarche partenariale qui associe toutes les parties prenantes pour améliorer la robustesse des projets grâce aux regards croisés.
- 5.** Une approche collaborative où les projets sont co-construits : faire avec les porteurs de projets et non à leur place.
- 6.** Un cadre expérimental qui autorise le droit à l'erreur, dans une logique incrémentale et apprenante car tout ne peut être prévu à l'avance.

Chaque lettre d'intention reçue par l'ARS suit un processus résumé ci-dessous. Chaque étape dépend du résultat positif de la précédente et mobilise une équipe projet régionale (correspondants article 51 ARS/AM, référents thématiques et territoriaux), et nationale (ministère de la Santé et de la Prévention/Cnam).



**Sont éligibles les expérimentations portant notamment sur...**

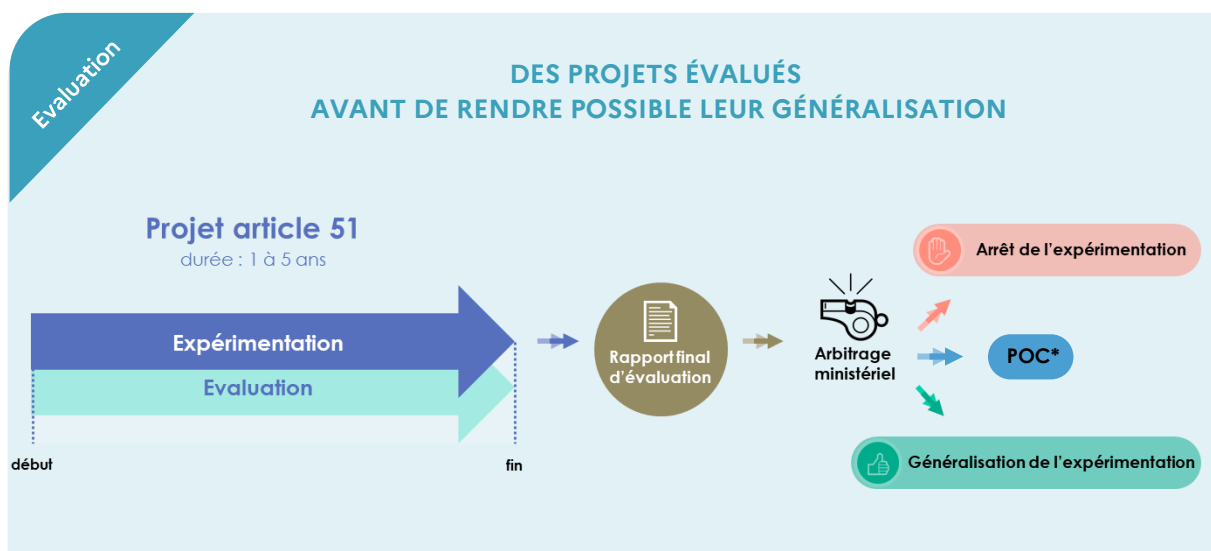
- la coordination du parcours de santé,
- la pertinence et la qualité des prises en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale,
- la structuration des soins ambulatoires et l'accès aux soins.

Les expérimentations sélectionnées sont mises en œuvre après autorisation par arrêté interministériel pour les expérimentations nationales ou par décision du Directeur général de l'ARS pour les expérimentations régionales, après avis du comité technique de l'innovation en santé (CTIS, composé de l'ensemble des directeurs du ministère, d'un directeur général d'ARS et du directeur de la Cnam).

### Evaluation systématique des projets afin de statuer sur leur généralisation potentielle

En la rendant systématique pour toutes les expérimentations, le législateur a choisi de faire de l'évaluation un élément majeur du dispositif « article 51 ». Les rapports d'évaluation viennent éclairer les avis du comité technique puis du conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS) sur les suites à donner aux expérimentations, notamment sur l'opportunité de les généraliser.

Ces rapports d'évaluation et ces avis seront ensuite transmis au Gouvernement qui présente chaque année au Parlement un état des lieux des expérimentations achevées et en cours.



*\*Proof Of Concept : une preuve de concept ou démonstration de faisabilité est une réalisation ayant pour vocation de montrer la faisabilité d'un procédé ou d'une innovation.*

# Financement des expérimentations

## COMMENT SE DÉCOMPOSENT LES RESSOURCES ALLOUÉES À UN PROJET ?

**FISS**

### Une prestation dérogatoire

La prestation dérogatoire est un forfait Assurance Maladie destiné à couvrir les frais relatifs à la prise en charge du patient, mais également des actions de prévention et de coordination le cas échéant.

**FISS** : le Fonds pour l'Innovation du Système de Santé est la principale source de financement des projets article 51.

**FIR**

### Des crédits d'amorçage et d'ingénierie

Il s'agit des crédits destinés à couvrir des frais non pérennes engendrés pour le bon démarrage de l'expérimentation (formation, pilotage du projet etc.).

**FIR** : le Fonds d'Intervention Régional des directions métiers de l'ARS IDF finance les crédits d'amorçage et d'ingénierie des projets régionaux.

**Modèles**

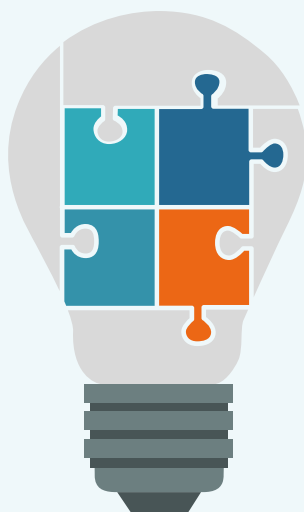
## QUELS SONT LES MODÈLES DE FINANCEMENT DÉVELOPPÉS PAR L'ARTICLE 51 ?

### Financement à la séquence de soins

Forfait collectif et global pour les différents acteurs qui interviennent dans une prise en charge spécifique pour un patient donné

### Paiement à la capitation

Somme forfaitaire octroyée par patient pour sa prise en charge globale (suivi, prévention, dépistage, soin, etc.) indépendamment du volume de soins prodigués sur une période de temps définie



### Part variable

Modèle incitatif avec intéressement ou paiement à la qualité et/ou performance

### Paiements combinés

Tester les paiements associant plusieurs modèles : séquence / intéressement / capitation etc.

pour approfondir cf. [Guide modèles de financement](#)

# Lien des projets avec les priorités ministérielles (France entière)

**Stratégies**

## Les stratégies nationales

**PRÉVENTION ET PROTECTION DE L'ENFANCE 2020-2022**

- **Enfance protégée\***
- Pegase

**STRATÉGIE SPORT ET SANTÉ 2019-2024**

- APA connect
- As du cœur
- **CAMI sport et cancer\***
- Clin'avenir
- Eva Corse
- **Inspir'action\***
- IRC Santelys
- **Les expérimentations obésité\***
- Metis connect
- Occitan'air
- Précidive
- Pré Diabète
- **Read'hy\***
- RRTeledom
- **Structures libérales légères\***
- **Walk Hop\***

**L'AUTISME AU SEIN DES TROUBLES NEURO-DÉVELOPPEMENT (TND) 2018-2022**

- TSLA

**SANTÉ SEXUELLE**

- **Centres de santé sexuelle d'approche communautaire\***

**STRATÉGIE DÉCENNALE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS 2021-2030**

- Ako@dom/picto
- APA connect
- **CAMI sport et cancer\***
- **EDS colectomie\***
- Immunothérapie à domicile CLB
- Lymphorac
- Metis connect
- **Thérapies orales/Oncolink\***

\* Projets avec sites franciliens

**Feuilles de route**

**HANDICAP « aller vers »**

- AFM téléthon
- Buccodentaire cher
- **EqLAAT\***
- **Facilisoins\***
- Handiconsult
- Ildys/buccodentaire

**LES 1000 PREMIERS JOURS DE L'ENFANT**

- Base
- Cocon NA
- Cocon OCC
- Cocon PACA
- Copa
- HospiGrandOuest (expérimentation arrêtée par le porteur)
- **MAM' en Forme\***
- **RÉPAP\***

**OBÉSITÉ : UNE APPROCHE GLOBALE DE LA PERSONNE**

- Baria'up
- Emmo
- **GPSO\***
- **OBEPAR \***
- Paco
- Pralimap
- Proxob
- Timeo
- Topase

**SANTÉ MENTALE : LE LIEN PREMIER RECOURS/SECOND RECOURS**

- DSPP adultes
- DSPP enfants
- Home
- **Microstructure post-COVID 19 \***
- **Passport bipolaire\***
- SPAdepress
- SIIS

**STRATÉGIE « VIEILLIR EN BONNE SANTÉ »**

- ADMR
- Buccodentaire Cher
- DNUT PDL
- **DRAD\***
- Iatroprev
- ICOPE
- Ildys
- Lena
- Nutri'Age
- Octave
- **Optimed\***
- **Passcog\***
- **PEPS PA\***
- Psycog
- Remidom
- RSMO
- SBDM
- Toktokdoc
- UFSBD
- **Vigie-Age\***

Source : Rapport au Parlement 2022

\* Projets avec sites franciliens

# Lien des projets avec les priorités ministérielles (France entière)

**Plans**

## Les plans nationaux

**PLAN PRIORITÉ PRÉVENTION**

- Dépist'C pharma
- VHC test and treat
- Chik Tambouyé
- Facilisoins\*

**MOBILISATION CONTRE LES ADDICTIONS 2018-2022**

- Equip'Addict\* (IDF, GE, BFC, HDF, OCC)
- Argos 2

\* Projets avec sites franciliens

**Ma santé 2022**

**PAIEMENT QUALITÉ ET PERFORMANCE**

- Baria'Up
- Biosimilaires\*
- Cataracte
- EDS\*
- EVA Corse
- IPEP\*
- Liste en sus
- Medisis
- Octave
- Optimed\*
- Passport Bipolaire\*
- PEPS\*
- Pharm'osys
- Primordial\*
- Toktokdoc

**PERTINENCE**

- Biosimilaires\*
- Cataracte
- Iatroprev
- Liste en sus
- Medisis
- Octave
- Optimed\*

**MA SANTÉ 2022 - PAIEMENT AU SUIVI**

- ADM
- AFM téléthon
- DRAD\*
- IPSO santé\*
- Pegase
- PEPS\*
- Primordial
- Toktokdoc

**MA SANTÉ 2022 - PAIEMENT SÉQUENCE DE SOINS**

Une majorité des projets expérimentés testent le financement de séquences de soins. Le forfait partagé entre tous les acteurs de la prise en charge permet de replacer le patient au centre de la prise en charge et incite au décloisonnement entre les différents secteurs et les différentes professions de santé. **Plus de 70 projets**

\* Projets avec sites franciliens

**Séjour de la santé**

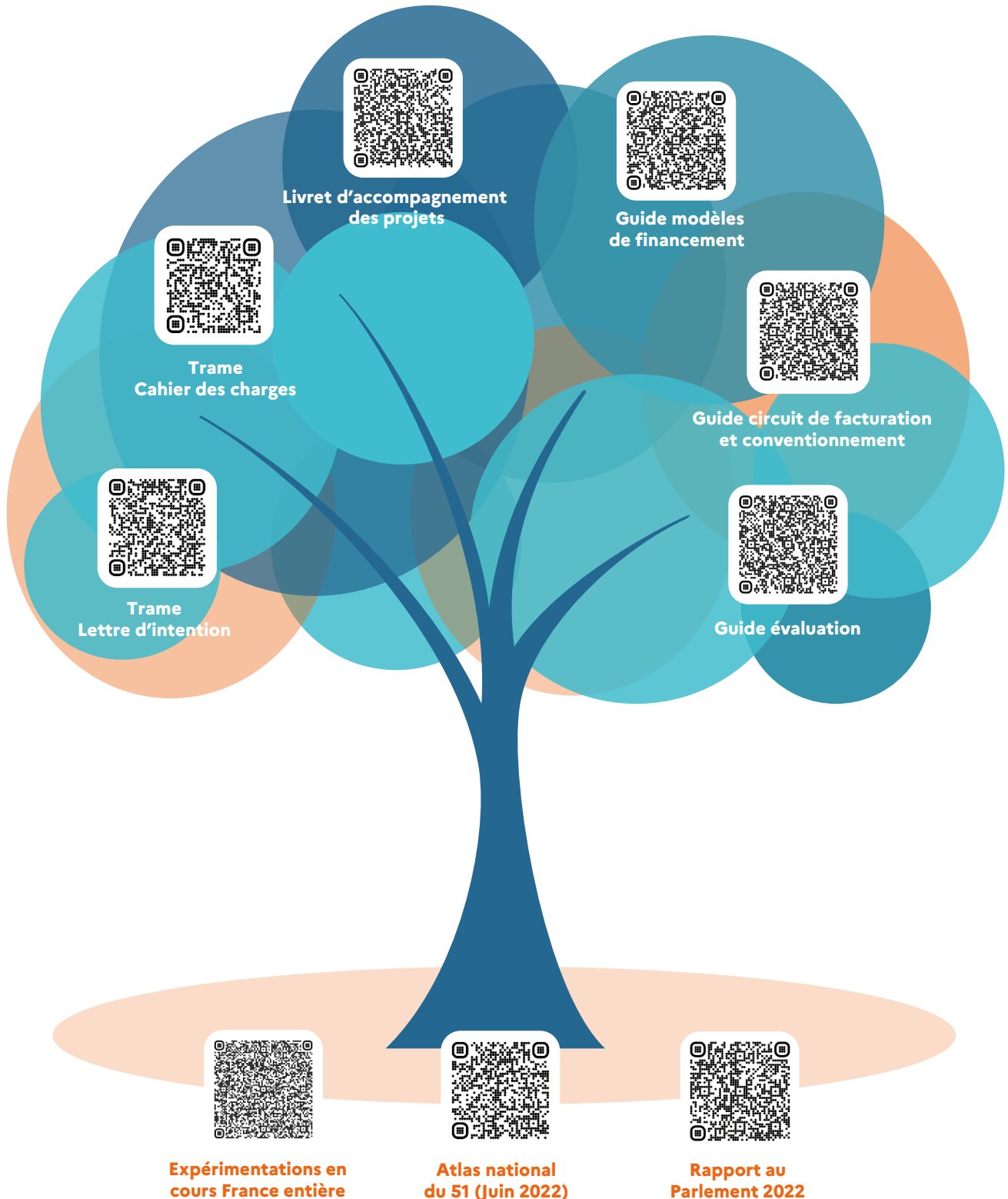
**PILIER 4 : FEUILLE DE ROUTE NUMÉRIQUE - TÉLÉSANTÉ**

<p><b>télesurveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ako@dom/Picto</li> <li>• Baria'Up</li> <li>• CECICS*</li> <li>• Diabecare</li> <li>• Metis connect</li> <li>• Optimcare*</li> <li>• Passport bipolaire*</li> <li>• Read'hy*</li> <li>• Thérapies orales/Oncolink*</li> <li>• TLS diabète gesta (N)</li> <li>• TLS diabète gesta (BRE) – Candiss</li> <li>• UFSBD</li> <li>• Walk Hop*</li> </ul>	<p><b>téléconsultation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cica Corse</li> <li>• IPSO Santé*</li> <li>• Pharma'Osys</li> <li>• Toktokdoc</li> <li>• Inspir'action*</li> <li>• OdySight*</li> <li>• CAMI sport et cancer*</li> </ul>	<p><b>téléexpertise</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buccodentaire Cher</li> <li>• Domoplaies</li> <li>• Gecoplaies</li> <li>• Ildys</li> <li>• SBDM</li> </ul>
		<p><b>Télésoin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Walk Hop*</li> </ul>

**PILIER 4 : LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ**

- Argos
- Centres de santé sexuelle d'approche communautaire\*
- Consultations santé migrants
- 5 Equip'Addict\*
- Microstructures post COVID 19\*
- Pascia'mans
- SEC participatives\*
- VHC population vulnérable

# Des outils pratiques pour accompagner les porteurs de projet article 51



# Des outils pratiques pour accompagner les porteurs de projet article 51



**Le livret d'accompagnement pour les porteurs de projet article 51** fournit aux porteurs de projet l'ensemble des informations utiles à la conception, au développement puis à l'expérimentation d'un projet article 51 :

[Livret d'accompagnement des porteurs de projet](#)



**Le circuit de facturation et de conventionnement dans le cadre de l'article 51 : comment ça marche ?**

[Guide circuit de facturation et de conventionnement](#)

[Foire aux questions sur le guide « de facturation et de conventionnement »](#)

[Replay du webinaire facturation et conventionnement](#)



**Le modèle de financement « article 51 » : comment on fait ?**

Un guide sur les modèles de financement « Article 51 » et un replay du webinaire dédié vous aideront à construire votre modèle.

[Guide sur les modèles de financement](#)

[Replay du webinaire financement](#)



**L'évaluation des projets « article 51 » : quelles sont les modalités d'évaluation d'un projet ?**

[Guide évaluation](#)



**Autres ressources :**

[Rapport au Parlement 2022](#)

[Atlas 51 national](#)



L'ensemble de ces documents est disponible sur le site Internet du Ministère de la Santé et la Prévention : [lien ici](#)



En complément, consulter le site Internet de l'ARS Île-de-France : [lien ici](#)



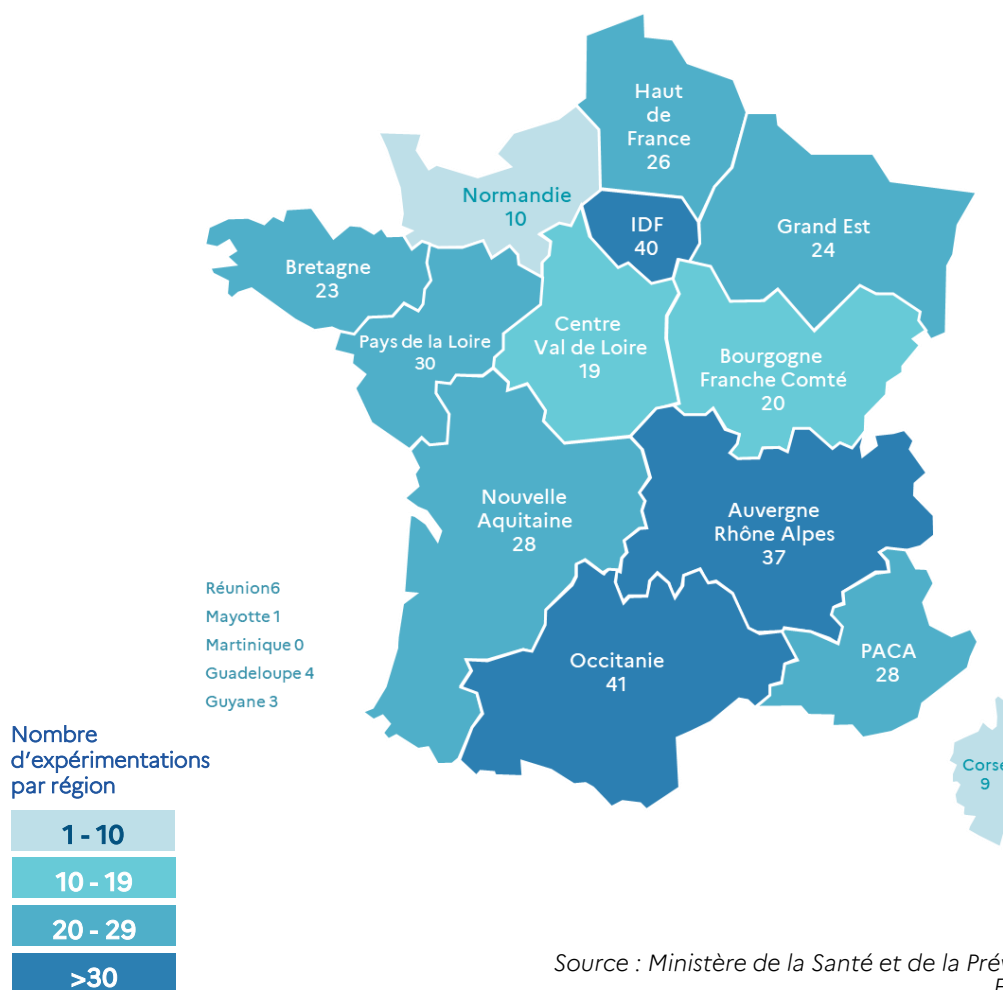
# Chiffres clés France entière



Source : Rapport au Parlement 2022

Parmi les projets autorisés, **66%** ont pour finalité la coordination, les parcours, l'exercice coordonné et la séquence de soins et **28%** l'accès aux soins.

## Répartition des expérimentations sur le territoire



Source : Ministère de la Santé et de la Prévention, mars 2023, Exploitation ARS IDF

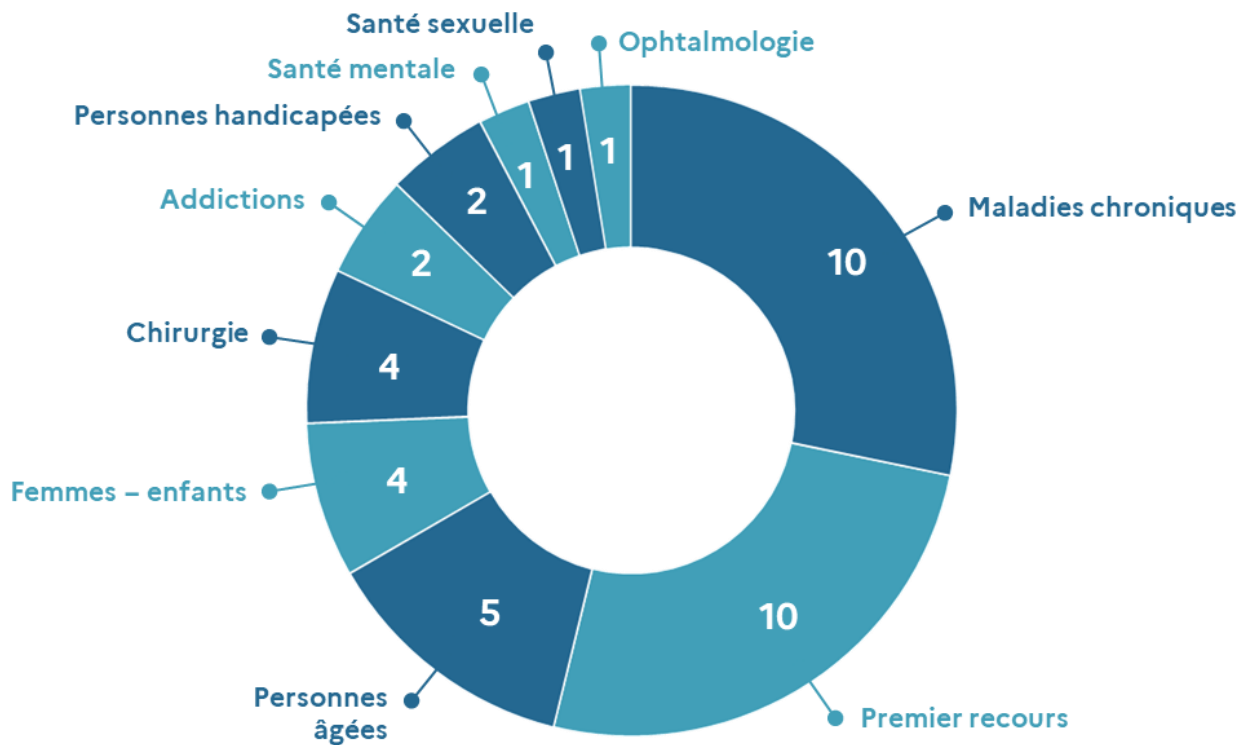
A noter:

- L'expérimentation « Prescriptions de biosimilaires » terminée en décembre 2022 n'est pas comptabilisée sur cette illustration
- L'expérimentation EDS est comptabilisée une fois dans l'atlas francilien et deux fois dans l'atlas national qui différencie les modalités EDS orthopédie t EDS colectomie

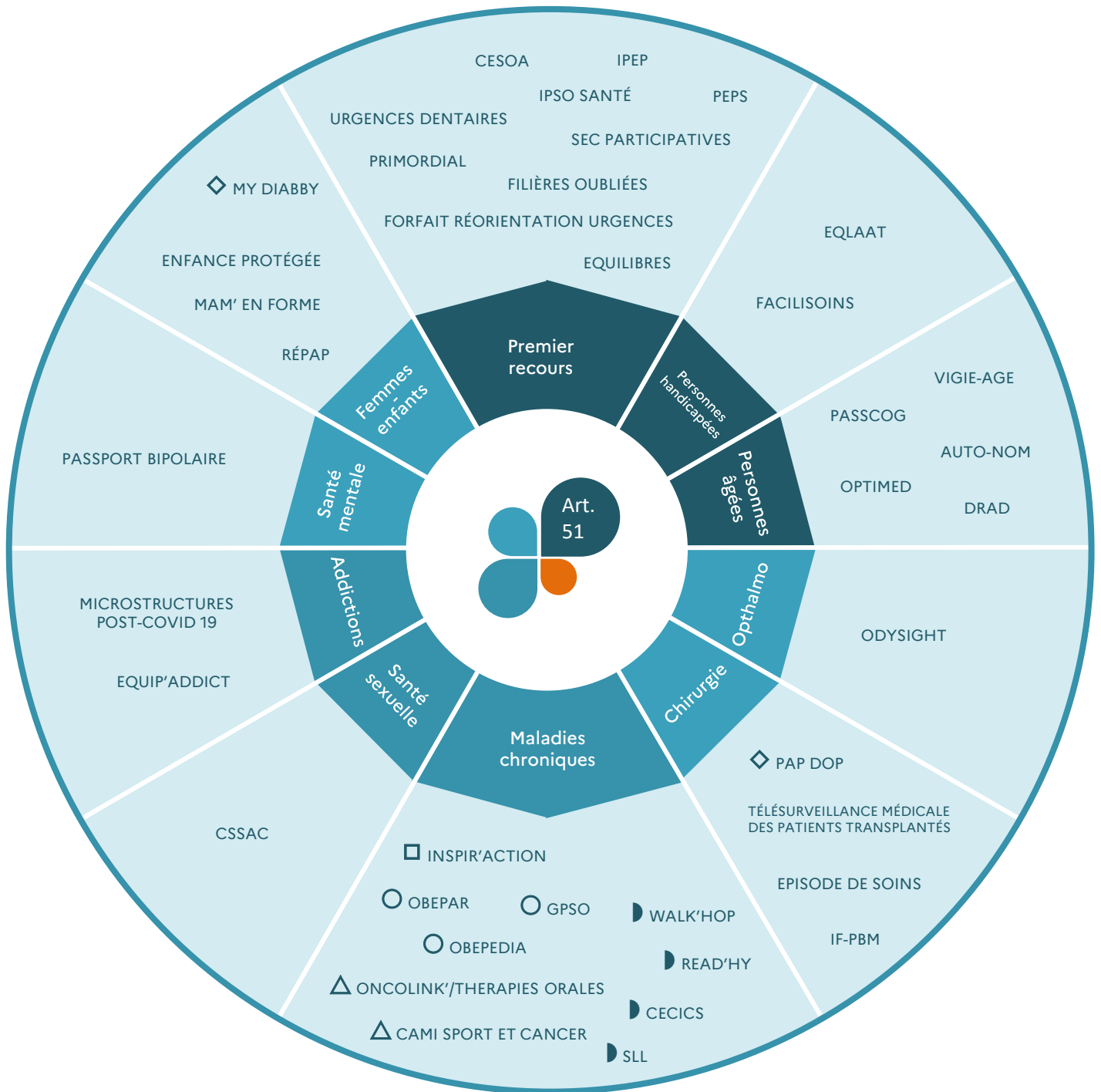
# Chiffres clés Île-de-France



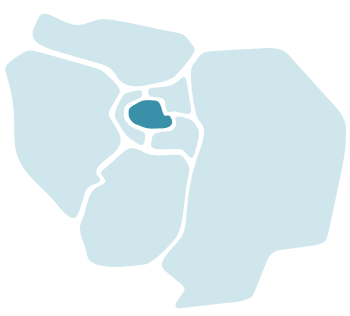



## Répartition des projets par thématiques



# Les expérimentations franciliennes par thématiques en un coup d'œil

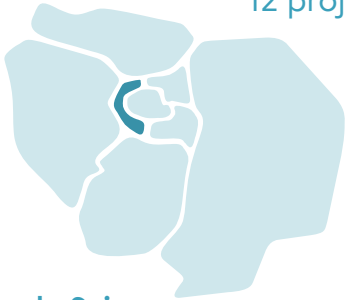
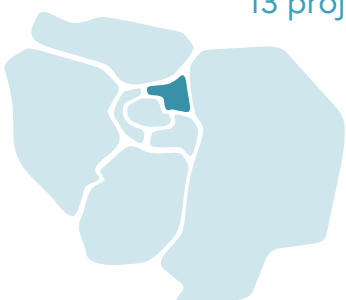
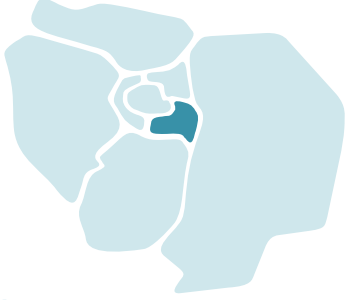



○ Surpoids et obésité - △ Cancer - ◇ Diabète - □ BPCO - ◐ Maladies cardio-vasculaires

<p><b>75</b> <span style="float: right;">24 projets</span></p>  <p>Paris</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CAMI sport et cancer*</li> <li>• CECICS</li> <li>• CeSOA</li> <li>• CSSAC</li> <li>• DIABÈTE GESTATIONNEL</li> <li>• EDS</li> <li>• FILIÈRES OUBLIÉES DES SSR*</li> <li>• FORFAIT DE RÉORIENTATION DES URGENCES</li> <li>• IF-PBM*</li> <li>• IPEP</li> <li>• IPSO</li> <li>• OBEPAR</li> <li>• OBEPEDIA</li> <li>• ODYSIGHT*</li> <li>• OPTIMED</li> <li>• PAP DOP</li> <li>• PASSCOG</li> <li>• PATIENTS TRANSPLANTES*</li> <li>• PEPS</li> <li>• STRUCTURES LIBÉRALES LÉGÈRES</li> <li>• SEC PARTICIPATIVES*</li> <li>• THÉRAPIES ORALES/ ONCO'LINK</li> <li>• VIGIE-AGE*</li> <li>• WALK HOP*</li> </ul>
<p><b>77</b> <span style="float: right;">9 projets</span></p>  <p>Seine-et-Marne</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EQUILIBRES</li> <li>• EQUIP'ADDICT**</li> <li>• EQLAAT*</li> <li>• FACILISOINS*</li> <li>• FILIÈRES OUBLIÉES DES SSR*</li> <li>• GPSO</li> <li>• ODYSIGHT*</li> <li>• OPTIMED</li> <li>• URGENCES DENTAIRES*</li> </ul>
<p><b>78</b> <span style="float: right;">6 projets</span></p>  <p>Yvelines</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DRAD</li> <li>• INSPIR'ACTION*</li> <li>• OBEPAR</li> <li>• ODYSIGHT*</li> <li>• OPTIMED</li> <li>• VIGIE-AGE*</li> </ul>
<p><b>91</b> <span style="float: right;">8 projets</span></p>  <p>Essonne</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EQUIP'ADDICT**</li> <li>• GPSO</li> <li>• IPEP</li> <li>• MY DIABBY</li> <li>• ODYSIGHT*</li> <li>• PRIMORDIAL</li> <li>• READ'HY*</li> <li>• RÉPAP*</li> </ul>

\* Nouveau projet

\*\* Intégration prévue courant 2023

<p><b>92</b> <span style="float: right;">12 projets</span></p>  <p><b>Hauts-de-Seine</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>AUTO_NOM*</b></li> <li>• CECICS</li> <li>• EDS</li> <li>• <b>FACILISOINS*</b></li> <li>• <b>FILIÈRES OUBLIÉES DES SSR*</b></li> <li>• <b>IF-PBM*</b></li> <li>• OBEPAR</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ODYSIGHT*</b></li> <li>• OPTIMED</li> <li>• PEPS</li> <li>• THÉRAPIES ORALES/ ONCOLINK</li> <li>• <b>VIGIE-AGE*</b></li> </ul>
<p><b>93</b> <span style="float: right;">13 projets</span></p>  <p><b>Seine-Saint-Denis</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>CAMI SPORT ET CANCER*</b></li> <li>• EQUIP'ADDICT</li> <li>• <b>ENFANCE PROTEGEE*</b></li> <li>• FORFAIT DE RÉORIENTATION DES URGENCES</li> <li>• IPEP</li> <li>• <b>MAM'EN FORME*</b></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MICROSTRUCTURES POST COVID 19</li> <li>• OBEPAR</li> <li>• <b>ODYSIGHT*</b></li> <li>• OPTIMED</li> <li>• MY DIABBY</li> <li>• PEPS</li> <li>• <b>SEC PA*</b></li> </ul>
<p><b>94</b> <span style="float: right;">14 projets</span></p>  <p><b>Val-de-Marne</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>AUTO-NOM*</b></li> <li>• <b>CAMI SPORT ET CANCER*</b></li> <li>• CECICS</li> <li>• EDS</li> <li>• <b>EQUIP'ADDICT**</b></li> <li>• <b>FILIÈRES OUBLIÉES DES SSR*</b></li> <li>• IPEP</li> <li>• OBEPAR</li> <li>• <b>ODYSIGHT*</b></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PAP DOP</li> <li>• PASSPORT BIPOLAIRE</li> <li>• PEPS</li> <li>• THÉRAPIES ORALES/ ONCOLINK</li> </ul>
<p><b>95</b> <span style="float: right;">7 projets</span></p>  <p><b>Val-d'Oise</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>AUTO_NOM*</b></li> <li>• DRAD</li> <li>• EDS</li> <li>• <b>FILIÈRES OUBLIÉES DES SSR*</b></li> <li>• <b>ODYSIGHT*</b></li> <li>• OPTIMED</li> <li>• PRIMORDIAL</li> </ul>

\* Nouveau projet

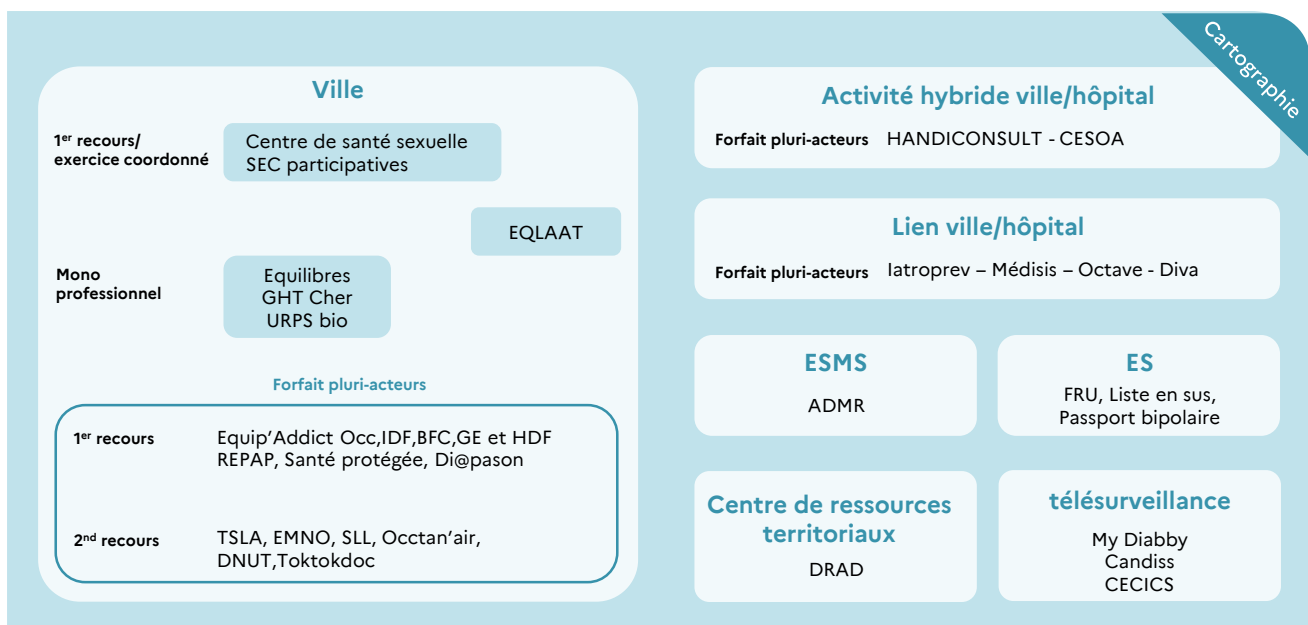
\*\* Intégration prévue courant 2023

# Déploiement des expérimentations France entière



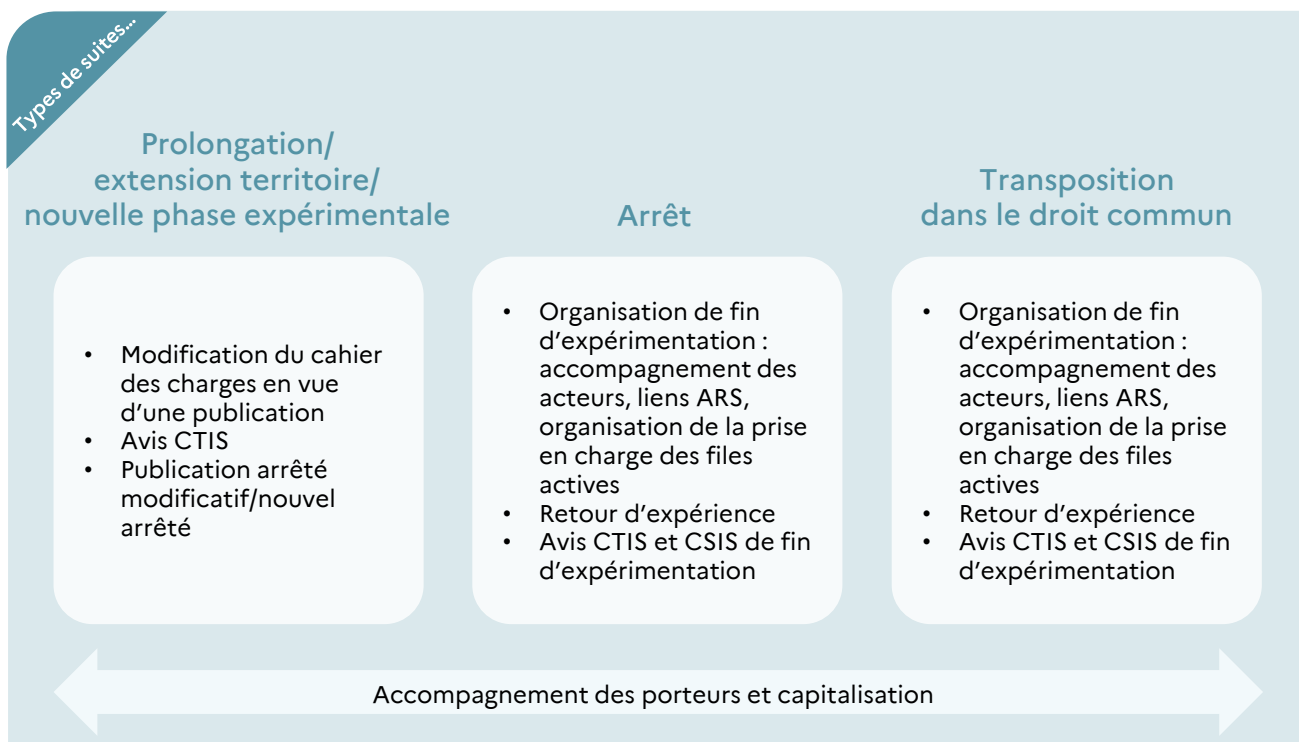
Sources : Ministère de la Santé et de la Prévention 2022, Conseil Stratégique de l'Innovation en Santé du 2 février 2023

## Cartographie des expérimentations à échéance en 2023



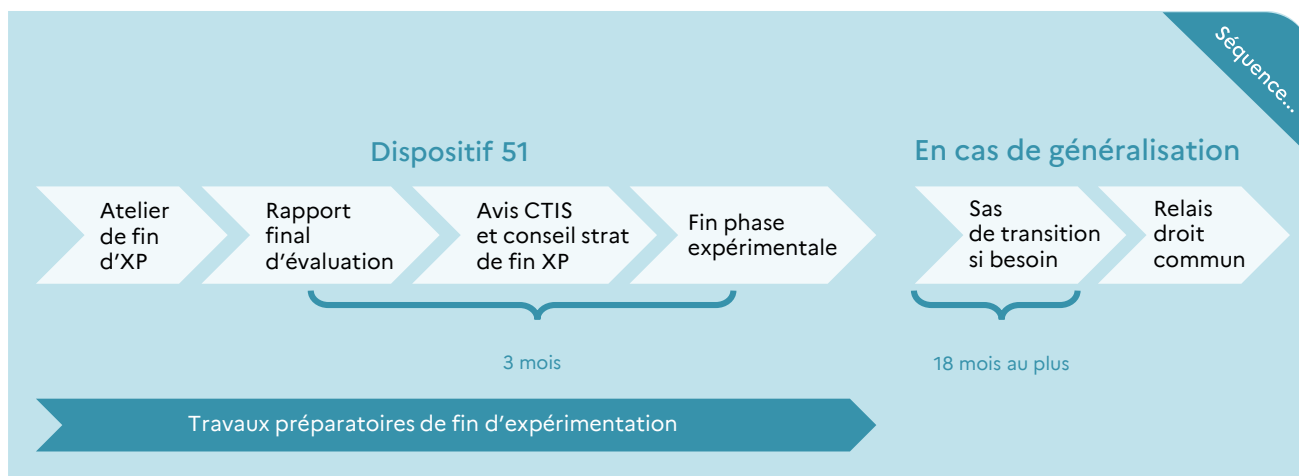
Sources : Ministère de la Santé et de la Prévention 2022, Conseil Stratégique de l'Innovation en Santé du 2 février 2023

# Types de suites aux fins d'expérimentations et travaux afférents



Sources : Ministère de la Santé et de la Prévention 2022, Conseil Stratégique de l'Innovation en Santé du 2 février 2023

## Séquence générique de fin d'expérimentation



Sources : Ministère de la Santé et de la Prévention 2022, Conseil Stratégique de l'Innovation en Santé du 2 février 2023







## **Déploiement territorial des expérimentations article 51 autorisées**





R

## Expérimentations Régionales

## 10 expérimentations Régionales

R

- CECICS •
- CESOA •
- EQUIP'ADDICT •
- FILIÈRES OUBLIÉES DES SSR •
- IPSO •
- MAM' EN FORME •
- OBEPAR •
- OPTIMED •
- URGENCES DENTAIRES •
- VIGIE-AGE •



Mettre en place une cellule d'expertise et de coordination pour l'insuffisance cardiaque sévère (CECICS), au sein de l'hôpital, pour assurer la coordination, la télésurveillance et l'optimisation thérapeutique par transfert de compétences



**Porteur du projet**

Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)

**Expérimentateurs franciliens**

5 GHU – 8 sites : Lariboisière, La Pitié Salpêtrière, Cochin, Bichat, HEGP, Ambroise Paré, Henri Mondor, Bicêtre



75 - 92 - 94



4 ans

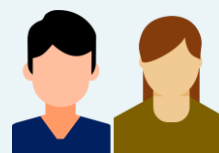
Lancée le 02/01/2020



2 421 K€ (FISS)  
870 K€ (FIR)



Cahier des charges - Avis CTIS



4 880 patients bénéficiaires  
franciliens sur 4 ans



Publié au Recueil des actes administratifs  
le 02/01/2020



Financement complémentaire et  
partiellement substitutif :  
forfait à la séquence (annuelle)  
par patient et selon le niveau de sévérité



ars-idf-art51@ars.sante.fr



**Mots clés :**

ville-hôpital, cardiologie, télésurveillance, coordination

## Caractère innovant

L'expérimentation permet de :

- tester un **modèle de financement forfaitaire** plutôt qu'à l'activité, au service d'une organisation de coordination et de prise en charge intégrale des patients
- organiser une **prise en charge pluri-professionnelle** avec une mobilisation accrue des infirmiers dans un contexte de tension sur la démographie médicale
- favoriser le **maintien à domicile** et la **prise en charge ambulatoire** de patients insuffisants cardiaques sévères

## Modèle organisationnel

### Objet du projet

L'expérimentation vise à mettre en place une **cellule d'expertise et de coordination** ayant pour mission de :

- mettre à disposition un service d'expertise à distance
- coordonner le parcours intra-hospitalier
- évaluer la situation du patient
- mettre en œuvre certains modèles proposés
- contribuer à l'initiation du DMP en lien avec les autres acteurs du territoire
- coordonner le parcours avec les médecins référents du patient

### Population cible

Patients insuffisants cardiaques graves/sévères qui représentent environ 10% des insuffisants cardiaques

### Etapas principales du parcours de soins

Les modules sont complémentaires d'un suivi classique :

- module 1 - télésurveillance avec accompagnement thérapeutique
- module 2 - optimisation du traitement de fond des patients
- module 3 - réalisation, en cas de besoin, de consultations non programmées
- module 4 - identification de la fragilité gériatrique par la CECICS, puis orientation et prise en charge cardio-gériatrique spécialisée
- module 5 - hospitalisation au domicile en substitution à l'hospitalisation classique si possible

### Acteurs impliqués dans la prise en charge

Infirmiers, cardiologues, diététiciens, cardio-rythmologues, gériatres, urgentistes, réanimateurs, médecins traitants, pharmaciens

## Modèle financier

Il est proposé un financement forfaitaire par patient. Les forfaits sont définis selon le niveau de sévérité :

- **forfait patient sévère en sortie d'hospitalisation** : 260 € par an/patient
- **forfait patient très sévère en sortie d'hospitalisation** : 660 € par an/patient
- **forfait patient instable n'ayant pas été hospitalisé mais à risque élevé d'hospitalisation** : 660 € par an/patient



Organiser la prise en charge diagnostique et thérapeutique des pathologies ostéo-articulaires complexes ne relevant pas d'une hospitalisation mais nécessitant l'expertise d'une équipe pluri-professionnelle spécialisée, dans une unité de lieu et de temps



#### Porteur du projet

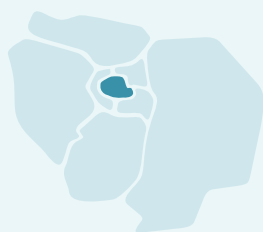
Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) Action sanitaire et sociale

#### Partenaires

Médecins rhumatologues avec activité mixte

### Expérimentateur francilien

Centre de soins ostéo-articulaires ambulatoire de Vaugirard (PARIS 15ème arrondissement)



75



**3 ans et 11 mois**

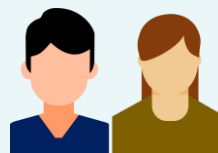
Lancée le 30/07/2019



**2 580 K€ (FISS)  
199 K€ (FIR)**



Cahier des charges - Avis CTIS



Personnes atteintes de pathologies rachidiennes chroniques, pathologies articulaires des membres ou de rhumatismes inflammatoires  
**7 000 patients**



Publié au Recueil des actes administratifs le 30/07/2019, modifié le 31/03/2023



**Financement substitutif :**  
forfait multi-acteurs par patient pour une séquence d'une demi-journée



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

ville, maladies ostéo-articulaires et traumatismes

## Caractère innovant

L'expérimentation permet de tester :

- un **parcours de prise en charge pluridisciplinaire**
- dans une **unité de lieu et de temps** (tous les actes et prestations dont le patient a besoin pour son bilan et l'initiation de la thérapeutique en une seule journée et dans un même lieu)
- le tout financé par un **forfait**

Le CeSOA se situe dans une position de **recours expert en ambulatoire** pour des situations cliniques ne relevant pas d'une hospitalisation mais nécessitant un avis de second recours.

## Modèle organisationnel

### Objet du projet

Organiser la prise en charge diagnostique et thérapeutique des pathologies ostéo-articulaires complexes ne relevant pas d'une hospitalisation mais nécessitant un deuxième recours en permettant un **accès facilité à une équipe pluri-professionnelle spécialisée en ville** évitant ainsi les errances diagnostiques, les délais de prise en charge, la redondance d'examen et les hospitalisations de jour.

### Population cible

Personnes atteintes d'une des pathologies ostéo-articulaires complexes du rachis et/ou de pathologies ostéo-articulaires et/ou de rhumatismes inflammatoires

### Étapes principales du parcours de soins

Chaque patient, après adressage d'un médecin, sera pris en charge une seule fois par an, sur une demi-journée comprenant :

- une consultation avec un rhumatologue
- la réalisation d'examen complémentaires : radiographie, radioscopie, ostéodensitométrie
- la réalisation de gestes techniques (infiltration ou lavage articulaire...)
- une consultation avec l'infirmière spécialisée dans l'apprentissage thérapeutique et/ou un kinésithérapeute
- une consultation avec un ergothérapeute avec la possibilité de confection d'orthèses simples
- la prescription de médicaments
- le lien avec les médecins traitants

### Acteurs impliqués dans la prise en charge

Médecins rhumatologues, infirmiers, kinésithérapeutes ou enseignants en APA, ergothérapeutes

## Modèle financier

Le CeSOA propose la création d'un forfait unique/patient/an de 310 € et facturable une seule fois dans l'année, pour la prise en charge intégrant :

- les actes intellectuels
- les gestes techniques
- les prestations complémentaires comme une démarche d'apprentissage thérapeutique (avec les personnels paramédicaux)
- l'accès à un service de téléexpertise en post-bilan, par exemple





Améliorer le maillage territorial des prises en charge et de l'accès à des soins de proximité pour les patients présentant une situation complexe avec une ou plusieurs conduites addictives avec un nouveau modèle de financement d'une équipe pluri-professionnelle

#### Porteur du projet

ARS Île-de-France



#### Partenaires

Coordination Nationale des Réseaux de MicroStructures Médicales (CNRMS), FémasIF, FNCS, CSAPA, CAARUD

### Expérimentateurs franciliens

12 microstructures addictions en Seine-Saint-Denis coordonnées par Association Proses



**77\* - 91\* - 93 - 94\***

Autres régions : BFC, OCC, HDF, GE  
\* Courant 2023



**3 ans**

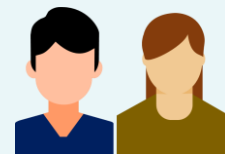
Lancée le 01/10/2020



**1 645 K€ (FISS)  
96 K€ (FIR)**



Cahier des charges - Avis CTIS



Patients présentant une situation complexe avec une ou plusieurs conduites addictives,  
**2 187** personnes



Publié au Recueil des actes administratifs le 02/01/2020, modifié le 02/12/2021



**Financement complémentaire :**  
forfait multi-acteurs annuel par patient



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

population en difficulté spécifique, ville, addiction

## Caractère innovant

Tester :

- un **nouveau mode de financement**
- pour une équipe de soins primaires
- visant à **l'amélioration de l'accès aux soins** et de la **prise en charge en addictologie**
- permettant le développement du nombre de microstructures et leur pérennité

## Modèle organisationnel

### Objet du projet

Sur la base de l'expérience des microstructures médicales addictions existantes, l'expérimentation a pour objet d'améliorer le maillage territorial des prises en charge et de l'accès à des soins de proximité pour les **patients présentant une situation complexe avec une ou plusieurs conduites addictives**.

La microstructure médicale addictions (MSMA) est constituée d'une **équipe de soins primaires** pluridisciplinaire comprenant *a minima* :

- un psychologue
- un travailleur social
- autour du médecin généraliste, dans son cabinet

Le lieu d'exercice de la MSMA peut être un **cabinet individuel ou de groupe de médecine générale, une maison de santé ou un centre de santé**.

12 MSMA et la structure coordinatrice du 93 ont commencé l'expérimentation en octobre 2020, ou décembre 2021. Au total, 25 MSMA et 5 structures coordonnatrices seront impliquées dans le projet.

### Population cible

Patients présentant une ou plusieurs addictions complexes

### Étapes principales du parcours de soins

Repérage - évaluation - inclusion puis plan personnalisé de soins, impliquant des consultations pluridisciplinaires avec médecin traitant, psychologue et travailleur social

### Acteurs impliqués dans la prise en charge

Médecins traitants des structures ambulatoires, psychologues, travailleurs sociaux, coordinateurs médicaux et administratifs exerçant en CAARUD ou CSAPA

## Modèle financier

**Modèle forfaitaire** à 806 € par patient par an, avec en moyenne :

- 1 consultation longue de médecine générale
- 7 consultations avec un psychologue
- 6 consultations avec un travailleur social
- frais de déplacements annuels par patients
- 5 RCP de 1h30
- 0,3 ETP de coordination médicale
- 0,5 ETP de coordination administrative

Nouveau

R

# FILIÈRES OUBLIÉES DES SSR

Traumatisme crânio-cérébral léger en IDF

Proposer, après identification du risque de troubles cognitifs ou comportementaux, une prise en charge adaptée afin d'éviter les pertes de chance, les errances médicales, la chronicisation des symptômes, la désinsertion sociale et favoriser le retour rapide à l'emploi dans de bonnes conditions

### Porteur du projet

Centre Ressources Francilien du Traumatisme Crânien



### Partenaires

15 établissements ; Université Paris 8 ; URPS Masseurs Kinésithérapeutes Île-de-France

### Expérimentateurs franciliens

Hôpital Beaujon - Hôpital R. Poincaré  
Hôpital Pitié-Salpêtrière  
Hôpital Kremlin Bicêtre - HIA Percy  
Hôpital Necker - Hôpitaux de Saint Maurice - Centre Jacques Arnaud et Centre de Neufmoutiers (FSEF)



75 - 77 - 92 - 94 - 95



4 ans

Lancée le 01/03/2023



1 601 K€ (FISS)  
431 K€ (FIR)



Cahier des charges - Avis CTIS



Patients avec un traumatisme crânien léger  
9 800 patients



Publié au Recueil des actes administratifs  
le 01/08/2022



Financement partiellement substitutif  
et complémentaire :

3 forfaits pour la 1<sup>ère</sup> étape,  
1 forfait pour la 2<sup>nd</sup>e étape.



ars-idf-art51@ars.sante.fr



**Mots clés :**

maladies neurologiques et neurodégénératives, traumatismes crâniens et médullaires, SMR

**Caractère innovant**

La prise en charge proposée vient compléter l'offre de soins des services et centres de médecine physique et de réadaptation spécialisés en proposant une **rééducation brève** soit en milieu hospitalier SSR/MPR, soit en médecine de ville dans le cadre d'une **articulation avec les secteurs sanitaire, médico-social et les soins de ville** en donnant un accès à des compétences interdisciplinaires spécialisées.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

Le projet vise à proposer, après identification du risque de troubles cognitifs ou comportementaux, une prise en charge spécifique brève et adaptée afin d'éviter les pertes de chance, les errances médicales, la chronicisation des symptômes, la désinsertion sociale et favoriser le retour rapide à l'emploi dans de bonnes conditions. La rééducation comprend une dizaine de séances de rééducation cognitive, thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles anxieux, les troubles du sommeil et la fatigue, et éventuellement selon les besoins, les douleurs et les troubles de l'équilibre.

Cette prise en charge pourra être mise en œuvre soit dans le cadre hospitalier, soit via une prise en charge en ville (médecin traitant et/ou psychologue et/ou orthophoniste). La prise en charge pourra être réalisée en individuel ou en groupe (maximum 3 à 5 personnes) en fonction des besoins des patients. Le suivi ultérieur est fait en lien avec le secteur libéral (rééducation cognitive par les orthophonistes, suivi psychiatrique, et/ou par le médecin traitant), voire médico-social (Unités d'évaluation de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS)).

**Population cible**

Patients avec un diagnostic de traumatisme crânio-cérébral léger (TCCL) qui, après un bref passage aux urgences, sont renvoyés à domicile

**Etapas principales du parcours de soins**

Le parcours propose deux grandes étapes et mobilise une cellule de coordination spécifique :

- **étape 1** - identification des patients « à risque de parcours défavorable » se déroule en 3 temps : screening, évaluation et orientation. Il est proposé trois niveaux de forfaits pour prendre en compte le temps passé en fonction du niveau de risque pour chaque patient par l'infirmier et le médecin spécialiste.
- **étape 2** - rééducation brève d'une durée maximale de six semaines qui mobilise une équipe pluri-professionnelle en institution et/ou en activité libérale. Elle comprend une dizaine de séances de rééducation cognitive, thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles anxieux, les troubles du sommeil et la fatigue, et éventuellement selon les besoins, les douleurs et les troubles de l'équilibre.

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

Urgentistes, coordinateurs, médecins MPR, neuropsychologues, orthophonistes, infirmiers, ergothérapeutes

**Modèle financier**

Forfait patient lié au stade de prise en charge du patient dans l'expérimentation.

Quatre forfaits ont été déterminés en fonction du degré de rétablissement du patient et de la durée de prise en charge :

- **forfait de PEC\* 1** (repérage et identification des patients à risque), moins de 24h : 38 €
- **forfait de PEC\* 2** (suivi à distance, évaluation et détection des patients à risque), entre 2 et 4 semaines : 62 €
- **forfait de PEC\* 3** (réassurance, conseil, information et orientation), deux semaines : 164 €
- **forfait de PEC\* de la psycho rééducation, 6 semaines** : 590 €

\*PEC : prise en charge



Proposer des nouvelles modalités de prise en charge refondées sur un « nouveau contrat médecin traitant » accompagnées d'un paiement du médecin traitant au forfait par catégorie de patient



#### Porteur du projet

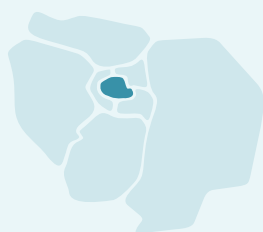
GIE IPSO Santé

#### Partenaires

GH AP-HP Paris X, Centre d'imagerie médicale BACHAUMONT, Siel Bleu, Psychologues de ville

### Expérimentateurs franciliens

IPSO Saint-Martin (Paris 3), IPSO Nation (Paris 11), IPSO Porte d'Italie (Paris 13) et IPSO Ourcq (Paris 19)



75



5 ans

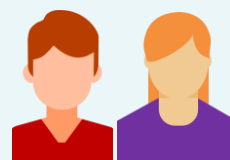
Lancée le 31/01/2020



13 600 K€ (FISS)  
420 K€ (FIR)



Cahier des charges - Avis CTIS



Population générale  
28 000 patients  
bénéficiaires franciliens



Publié au Recueil des actes administratifs  
le 03/02/2020, modifié le 30/12/2021



**Financement substitutif :**  
rémunération forfaitaire mensuelle  
par patient modulée en fonction  
des catégories de patients



ars-idf-art51@ars.sante.fr



**Mots clés :**

ville, médecin traitant, population générale

**Caractère innovant**

L'expérimentation proposée repose sur une **approche interdisciplinaire** intégrant des compétences nouvelles (technologiques, en management et organisation, etc.) permettant à l'équipe soignante formée autour du médecin traitant de proposer des **solutions organisationnelles et financières innovantes** à leur patient.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

L'expérimentation permet de **renforcer le rôle du médecin traitant dans la coordination du parcours de soins** de son patient et d'inciter les médecins traitants à prendre dans leur patientèle des patients complexes en proposant de **nouvelles modalités de financement des soins primaires**, via un paiement au **forfait** par catégorie de patient. L'expérimentation propose une prise en charge coordonnée en fonction des caractéristiques somatiques des patients améliorant ainsi l'accès aux soins et la coordination entre les différents professionnels extérieurs au cabinet médical.

**Population cible**

Tout patient dont le médecin traitant exerce dans un des quatre cabinets IPSO parisiens (Nation, Ourcq, Saint Martin, Porte d'Italie)

**Étapes principales du parcours de soins**

Engagements via un contrat tripartite entre le médecin traitant, l'équipe de soins primaires et le patient avec des engagements respectifs :

- **médecin traitant** - réaliser d'un bilan préventif indiquant les facteurs de risques réévalués annuellement et maintien du dossier médical à jour
- **professionnels du cabinet médical** - assurer la continuité des soins, proposition d'un service administratif, actes de dépistage, suivi du plan d'action mis en place avec le médecin traitant
- **patient** - réaliser son suivi médical de premier recours régulier/habituel en priorité au sein de la structure

Ce contrat engage le patient à consulter spécifiquement dans la structure, sauf urgence et hors résidence habituelle, et le médecin à réaliser une évaluation globale partagée avec le patient, à proposer des programmes de prévention adaptés et à être plus disponible, notamment par messagerie.

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

Médecins traitants, sages-femmes, psychologues, infirmiers, coordinateurs sociaux

**Modèle financier**

Description du contenu du forfait et des évolutions en fonction des phases.

Pour le médecin traitant, une rémunération forfaitaire par patient mensuelle est modulée en fonction des catégories de patient et se substitue à la facturation à l'acte ainsi qu'aux rémunérations forfaitaires conventionnelles actuelles :

- **année 2020 (phase 1)** : mise en place du financement dérogatoire avec un forfait mensuel moyen par patient versé au médecin traitant et une enveloppe annuelle « équipe » visant à organiser et financer des soins et services complémentaires pour les patients inclus dans l'expérimentation (éducation thérapeutique, consultation paramédicale ou hors nomenclature)
- **année 2021 (phase 2)** : financement dérogatoire avec le forfait mensuel moyen par patient versé au médecin traitant (le même que lors de la phase 1) et travaux effectués pour obtenir des forfaits mensuels calculés par catégorie de patient
- **années 2022, 2023, 2024 (phase 3)** : mise en place effective des forfaits différenciés par catégorie de patient et intégrant tout ou en partie des prestations nouvelles financées via l'enveloppe annuelle « équipe »

Nouveau

R

# MAM'EN FORME

Parcours coordonné pour les femmes enceintes vulnérables en situation d'obésité

Proposer aux femmes enceintes qui présentent des facteurs de précarité ou de vulnérabilité (parcours migratoires, psycho-traumatismes, violences...) et en situation d'obésité, une prise en charge personnalisée, coordonnée et pluri-professionnelle tout au long de leur grossesse, jusqu'au un an de l'enfant

### Porteurs du projet

Réseau Naître dans l'Est Francilien (NEF), et CH Delafontaine



### Partenaires

Ville de Saint-Denis, Réseau ROMDES, Villes de La Courneuve et d'Aubervilliers (à venir), Association Sport Santé, Fondation Santé Service, CPTS, PMI et CMS

### Expérimentateurs

CH Delafontaine de Saint-Denis, Réseau NEF, Réseau ROMDES, Villes de Saint-Denis, La Courneuve et Aubervilliers



93



5 ans

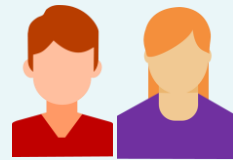
Lancement prévisionnel :  
2<sup>nd</sup> semestre 2023



1 593 K€ (FISS)  
364 K€ (FIR)



Cahier des charges - Avis CTIS



Femmes enceintes, obèses et vulnérables  
1 007 franciliennes



Publié au recueil des actes administratifs  
le 13/03/2023



Financement complémentaire  
et partiellement substitutif :  
forfaits multi-acteurs par patient  
et par étape de prise en charge



ars-idf-art51@ars.sante.fr



**Mots clés :**  
enfant, périnatalité, obésité,  
vulnérabilité, précarité

## Caractère innovant

Les principales innovations de cette expérimentation sont :

- la mise en place d'une solution de **coordination pour un suivi au parcours**
- la coordination assurée par un **médiateur en santé** qui garantit une meilleure compréhension ainsi qu'une meilleure acceptation et observance du suivi proposé
- l'**articulation du suivi de grossesse de droit commun** et des prestations complémentaires dérogatoires

## Modèle organisationnel

### Objet du projet

L'expérimentation vise à :

- améliorer la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale de la grossesse et du post-partum des femmes précaires et/ou vulnérables en situation d'obésité, en vue de diminuer la morbi-mortalité périnatale
- garantir la cohérence et la continuité du parcours des femmes vulnérables entre suivi de grossesse «classique» et prise en charge complémentaire

### Population cible

Femmes enceintes ayant prévu d'accoucher au CH de Saint-Denis, en situation d'obésité et qui présentent des facteurs de précarité ou de vulnérabilité (parcours migratoires, psycho-traumatismes, violences...)

### Étapes principales du parcours de soins

Programme spécifique de 18 mois intégrant des prestations dérogatoires au droit commun et s'articulant avec le suivi de grossesse de droit commun, afin d'en garantir le succès.

Ce programme comprend :

- une **évaluation**, qui pourra se dérouler en ville ou à l'hôpital en fonction du profil de la patiente
- un **plan personnalisé** de soins alternant :
  - a) temps individuels (séances avec un psychologue, un diététicien et promotion de l'activité sportive par un enseignant en activité physique adaptée)
  - b) temps collectifs (pour rompre l'isolement, favoriser la communication entre les patientes et ainsi construire une dynamique de groupe).
- de la **coordination** par un médiateur en santé :
  - a) qui est l'interlocuteur principal de la patiente dans le dispositif
  - b) qui co-construit avec la patiente son accompagnement en lien avec le suivi de grossesse à la suite de l'évaluation initiale
  - c) qui établit un lien de confiance et garde le contact entre les rendez-vous
  - d) qui centralise les informations relatives au parcours de la patiente et assure le partage d'informations, ainsi que le lien entre les professionnels du cercle de soins.

### Acteurs impliqués dans la prise en charge

Médecins gynécologues, psychologues, diététiciens, enseignants en APA, médiateurs en santé

## Modèle financier

Le modèle économique repose sur quatre types de forfaits :

- un **forfait évaluation et inclusion** couvrant les frais liés à l'évaluation des patientes au moment de leur inclusion dans le dispositif : 629 € si réalisé en ville et 457 € si hôpital hors HDJ
- un **forfait suivi du parcours**, sur 18 mois, couvrant les frais liés au suivi de la patiente au long de son parcours (entretiens téléphoniques réguliers, bilans, RCP, coûts de déplacement pour réaliser les bilans, etc.) : 538 €
- un **forfait appui individuel** finançant les différentes séances d'accompagnement de la patiente sur 18 mois : 337 €
- un **forfait appui collectif** permettant de financer les ateliers collectifs des patientes : 120 €





Mettre en place un parcours de prise en charge coordonnée hôpital-ville autour de la chirurgie bariatrique associé à un financement forfaitaire



### Porteur du projet

AP-HP

### Partenaires

4 CSO d'Île-de-France : CSO IDF Sud, CSO IDF Nord, CSO IDF centre et CSO IDF Ouest

### Expérimentateurs franciliens

Pitié Salpêtrière, Bichat, HEGP, Ambroise Paré, Louis Mourier, CHI Poissy St Germain, CH Privé de l'Europe, René Muret, Avicenne, Jean Verdier, CHI Créteil



75 - 78 - 92 - 93 - 94



5 ans

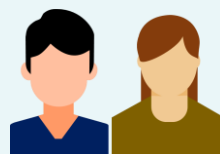
Lancée le 14/12/2022



3 900 K€ (FISS)  
665 K€ (FIR)



Cahier des charges - Avis CTIS



Patients souffrant d'obésité, éligibles à la chirurgie bariatrique et ne présentant pas de comorbidités sévères,  
**2 000** patients



Publié au Recueil des actes administratifs le 19/11/2019, modifié le 14/06/2022



Financement complémentaire et partiellement substitutif :  
forfaits multi-acteurs par patient et par étape de prise en charge



ars-idf-art51@ars.sante.fr



**Mots clés :**  
ville-hôpital, obésité, chirurgie

## Caractère innovant

L'expérimentation permet de tester un **modèle d'organisation en fort partenariat avec la ville** et un modèle de financement au travers des forfaits ville-hôpital de nature à permettre le transfert d'une partie de la prise en charge actuellement réalisée à l'hôpital vers la ville.

## Modèle organisationnel

### Objet du projet

L'expérimentation permet de tester un parcours de soins respectant les recommandations de la HAS et une coordination des soins par un partenariat hôpital-ville dans le but d'améliorer la pertinence et la qualité de la prise en charge, ainsi que de limiter le nombre de perdus de vue à moyen et long terme en mobilisant :

- une équipe pluri-professionnelle
- une cellule de coordination pour les patients adultes éligibles à la chirurgie bariatrique selon les critères d'indication préconisés par la HAS, à l'exclusion des patients les plus sévères

La cellule de coordination comporte un **outil numérique** et une **équipe de coordinateurs**.

Les principaux objectifs de cette cellule de coordination sont de :

- mettre à disposition les informations pour les patients et les professionnels du parcours
- mettre en contact les différents acteurs
- organiser les parcours patients
- rappeler des patients pour éviter les perdus de vue
- recueillir les données pour l'évaluation

### Population cible

Adultes en situation d'obésité éligibles à la chirurgie bariatrique selon les critères de la HAS, à l'exclusion toutefois des patients les plus sévères qui relèvent pour leur part d'une prise en charge très spécialisée en CSO

### Étapes principales du parcours de soins

Le parcours de soins proposé comprend trois étapes :

- **phase 1** - phase préopératoire de préparation à la chirurgie
- **phase 2** - phase post-opératoire d'un an (à terme cette phase inclura l'acte chirurgical lui-même dès que les conditions de son intégration dans le forfait seront stabilisées)
- **phase 3** - phase de suivi annuel

### Acteurs impliqués dans la prise en charge

Médecins endocrinologues, médecins traitants, nutritionnistes, diététiciens, psychologues, enseignants en APA, infirmiers, coordinateurs, chirurgiens

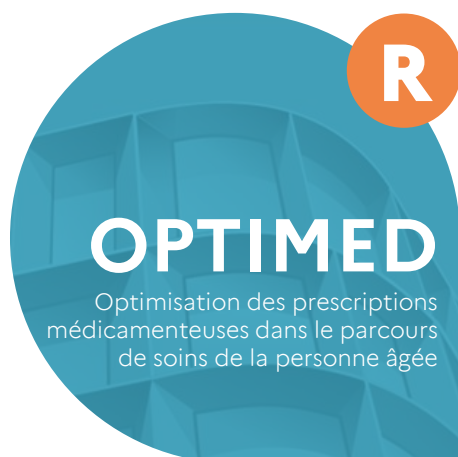
## Modèle financier

Le modèle de financement proposé est **complémentaire au droit commun, avec un forfait patient mobilisable lors de chacune des phases du parcours, pour une séquence de prise en charge de 2 ans et demi minimum..**

Chacun de ces forfaits comprend le financement des actes non inclus dans le droit commun (consultations de psychologues et paramédicaux, bilans et suppléments nutritionnels) et d'un temps de coordination.

L'expérimentation propose 3 forfaits :

- **forfait 1** : 684 € par patient moyen en préopératoire
- **forfait 2** : 621 € pour le suivi la première année
- **forfait 3** : 361 €/an les années suivantes



**Intervention renforcée du pharmacien d'officine en EHPAD pour valoriser le partage pluri-professionnel et une meilleure coordination afin d'améliorer la prise en charge médicamenteuse des résidents**

### Porteur du projet

Le collectif Optiméd Île-de-France (collectif d'EHPAD et de pharmaciens d'officine)



### Partenaires

ARS IDF, OMEDIT IDF, les médecins traitants des résidents des EHPAD, l'URPS des pharmaciens d'Île-de-France, l'Ordre régional des pharmaciens

### Expérimentateurs franciliens

75 = pharmacie Martinez Villemont, EHPAD Pean | 77 = pharmacie Godart, EHPAD Medicis | 78 = pharmacie Leterme- Testu, EHPAD La Tour | 92 = pharmacie Créneaux, pharmacie Val Fleury, EHPAD Champfleury, Les Tybilles, Esterel | 93 = pharmacie Conti, EHPAD La Seigneurie | 95 = pharmacie Bensaïd, EHPAD Achard



75 - 77 - 78 - 92 - 93 - 95



**3 ans**

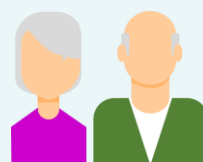
Lancée le 06/07/2021



**509 K€ (FISS)  
200 K€ (FIR)**



Cahier des charges - Avis CTIS



Personnes âgées de 75 ans et plus  
**1 200** patients



Publié au Recueil des actes administratifs  
le 03/08/2020



**Financement complémentaire :**  
forfait annuel, paiement à l'acte et  
à la performance



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

pharmacies, EHPAD, protocole de coopération, personnes âgées, iatrogénie médicamenteuse

**Caractère innovant**

L'expérimentation permet de tester une nouvelle organisation pluri-professionnelle et interdisciplinaire visant à améliorer la prise en charge médicamenteuse chez les résidents en EHPAD, en renforçant **l'intervention du pharmacien d'officine en EHPAD** (activités et temps dédiés), dans l'objectif final de **réduire le risque iatrogène**, avec un financement inédit incluant un **paiement à la performance** pour les 3 parties prenantes de la prise en charge (pharmacien, EHPAD, médecin traitant).

Elle propose aussi la mise en œuvre d'un bilan partagé de médication adapté aux résidents de l'EHPAD et la **possibilité du pharmacien de renouveler des traitements, voire d'ajuster leur posologie, sur la base d'un protocole de coopération.**

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

Le projet vise à :

- sortir d'une logique cloisonnée de financement et de régulation prix-volume au profit d'une logique de prise en charge et de réponse globale auprès du résident en EHPAD
- améliorer la qualité, la pertinence et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des résidents en associant une incitation financière à la qualité dans une logique de territoire (coordination, souplesse et réactivité)

**Population cible**

Résidents permanents dans tout type d'EHPAD pour lequel la délivrance des médicaments est réalisée par une pharmacie d'officine engagée dans le plan régional d'action d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD de l'ARS Île-de-France

**Étapes principales du parcours de soins**

Huit étapes permettent de structurer le projet autour des trois temps du parcours du résident :

- 1 - de l'entrée du résident jusqu'à 1 mois après son admission
- 2 - le suivi quotidien des résidents
- 3 - la rupture dans la prise en charge

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

Pharmacies d'officine, EHPAD, médecins traitants

**Modèle financier**

Le nouveau modèle de financement forfaitaire et complémentaire inclut un paiement à la performance pour les 3 parties prenantes de la prise en charge et est composé :

- **d'une part fixe forfaitaire annuelle pour le pharmacien** de 8 320 € par an pour rémunérer son temps de présence en EHPAD, soit 4 heures hebdomadaires valorisées à hauteur de 40 €/heure
- **d'une part fixe pour l'acte de bilan partagé de médication adapté aux EHPAD** avec les mêmes règles de facturation que celles du bilan partagé de médication (60 € pour les 6 premiers mois et 30 € pour un renouvellement) dans la limite de 3 000 €/an par EHPAD
- **d'une part variable à la performance de type « partage des risques »** (EHPAD, pharmacien et médecin), attribuée selon l'atteinte des objectifs (4 indicateurs de processus dans l'EHPAD pour un total de 900 € maximum et 3 indicateurs de résultats pour les résidents pour un total de 9 000 € maximum)

Nouveau

R

## URGENCES DENTAIRES

Intégration des chirurgiens-dentistes à la régulation du SAMU Centre 15 dimanches et jours fériés

Améliorer la réponse aux besoins de soins dentaires urgents les dimanches et jours fériés, désengorger la régulation du SAMU Centre 15 et disposer d'une meilleure organisation des RDV d'urgence durant la garde dentaire



### Porteurs du projet

Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes 77 (CDOCD Seine-et-Marne) ; ARS Île-de-France

### Partenaire

SAMU 77

### Expérimentateurs franciliens

Chirurgiens-Dentistes Régulateurs volontaires de Seine-et-Marne



77



2 ans

Lancée le 03/04/2022



96 K€ (FISS)  
68 K€ (FIR)



Cahier des charges - Avis CTIS



Tout patient du 77 présentant une urgence dentaire les dimanches et jours fériés



Publié au Recueil des actes administratifs  
le 14/12/2021



**Financement complémentaire :**  
forfait horaire de régulation au sein  
du Centre 15  
les dimanches et jours fériés



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**  
urgence, SAS, dentaire

## Caractère innovant

La réglementation ne prévoit pas la participation des chirurgiens-dentistes à la régulation des urgences dentaires. L'expérimentation permettra de tester **l'efficacité de la garde dentaire** (réalisation de soins réellement nécessaires le jour même) et une **meilleure articulation entre régulation et prise en charge** via un système d'information partagé.

## Modèle organisationnel

### Objet du projet

Le projet vise à :

- améliorer la réponse pour la population à un **besoin de soins dentaires urgents les dimanches et jours fériés**, en fournissant une réponse adaptée à la demande et en diminuant le temps d'attente pour la prise en charge
- disposer d'une **meilleure répartition géographique des rendez-vous d'urgence** entre les différents secteurs de garde au sein des départements
- **désengorger la régulation du SAMU Centre 15** des appels portant sur l'odontologie
- mieux **gérer la prise en charge du soin d'urgence** en permettant au chirurgien-dentiste de garde de mener à son terme ses actes curatifs et ainsi faciliter la continuité des soins dentaires lorsque le patient retournera chez son praticien traitant

### Population cible

Tout patient concerné par une urgence dentaire les dimanches ou jours fériés

### Étapes principales du parcours de soins

Le patient appelle le SAMU Centre 15 où il est mis en contact avec un chirurgien-dentiste régulateur. En cas d'urgence nécessitant une consultation, le patient est orienté vers un chirurgien-dentiste de garde

### Acteurs impliqués dans la prise en charge

SAMU Centre 15, chirurgiens-dentistes régulateurs, chirurgiens-dentistes de garde

## Modèle financier

Le financement des chirurgiens-dentistes est assuré par un **forfait horaire de régulation** identique à celui des médecins généralistes régulant les dimanches et jours fériés au sein du Centre 15 du département, soit 90 €/heure de régulation.

Nouveau



Permettre la mise en place d'une filière de soins gériatriques (aigus et chroniques) connectée et coordonnée avec l'hôpital et le SSIAD, pour le maintien à domicile des patients âgés polypathologiques en situation clinique instable



**Porteurs du projet**

Centre hospitalier Rives de Seine (92) et société EPOCA

**Expérimentateurs franciliens**

CHRDS (Hôpitaux de Neuilly-sur-Seine, Courbevoie et Puteaux), Société EPOCA, Hôpital Léopold Bellan (75), Hôpital La Porte Verte (78), SSIAD Courbevoie (SAPA), SSIAD Neuilly-sur-seine, SSIAD Asnières, SSIAD Lépine (Versailles) et Service parisien d'aide et de soins à domicile Léopold Bellan



**75 - 78 - 92**



**3 ans**

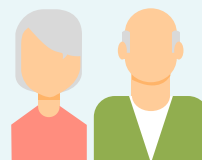
Lancée le 16/02/2022



**5 867 K€ dont 462 K€ de part conditionnelle (FISS) 259 K€ (FIR)**



Cahier des charges - Avis CTIS



Personnes âgées de 70 ans ou plus  
**4 704 patients**



Publié au Recueil des actes administratifs le 29/12/2021



**Financement partiellement substitutif et complémentaire :**

forfaits à la séquence de soins pour les parcours aigus et chroniques, associés à une part complémentaire conditionnelle au profil de la population prise en charge (profil PATHOS T2)



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

télésurveillance, HAD, personnes âgées, polyopathie

**Caractère innovant**

Au regard des enjeux majeurs que représentent le vieillissement de la population et la prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance, les dispositifs permettant de prolonger le maintien à domicile dans des conditions sécurisées, personnalisées et adaptées aux besoins des personnes âgées apparaissent comme une réponse innovante à déployer sur les territoires avec une **expertise gériatrique accessible à domicile et réactive**.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

L'expérimentation Vigie-Age propose une alternative :

- aux personnes âgées de 70 ans ou plus
- polyopathiques en situation clinique et cognitive instable avec perte d'autonomie ou en situation complexe

Il permet leur maintien à domicile. Il a pour objectif d'éviter une hospitalisation ou d'en diminuer la durée et, le cas échéant, de gérer et prévenir des décompensations aiguës à répétition.

Ce parcours repose sur :

- le **suivi médical et médico-social collaboratif par une équipe soignante pluridisciplinaire dédiée** (personnel médical hospitalier, SSIAD, infirmiers)
- agissant aussi bien en **surveillance à distance qu'en intervention mobile support 24H/7J**
- appuyée par une plateforme de **télésurveillance** se basant sur l'analyse des données remontées par des objets connectés pour identifier et anticiper les épisodes de dégradation de l'état de santé du patient

Un **parcours de prise en charge aiguë** (parcours GAD), ainsi qu'un **parcours de prise en charge au long cours** (parcours AMAD, décliné en AMAD 1 ou 2 selon l'intensité des interventions) sont proposés pour la prise en charge du patient.

**Population cible**

Patient âgé de 70 ans ou plus en début de perte d'autonomie ou en situation de dépendance isolée ou non à risque d'hospitalisations régulières ou de décompensation

**Etapas principales du parcours de soins**

A la demande de son cercle de soins, le patient intègre Vigie-Age via un parcours de gériatrie aiguë à domicile ou d'accompagnement médicalisé à domicile. Des évaluations de son état de santé sont effectuées afin de savoir si l'accompagnement est prolongé ou interrompu

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

Médecins traitants, médecins gériatres, infirmiers

**Modèle financier**

Le modèle financier se décline comme suit :

- un **forfait annuel de télésurveillance** socle à hauteur de 132 €, qui couvre la mise à disposition d'une prestation de télésurveillance de premier niveau pour une durée d'un an
- un **forfait Vigie-Age qui intègre les spécificités de l'activité de télésurveillance** liées au profil des patients âgés polyopathiques et dépendants, ainsi que le suivi des patients par les équipes médicales et paramédicales (819 € pour GAD, 1 362 € pour AMAD 1 et 3 298 € pour AMAD 2)
- une **part conditionnelle complémentaire au forfait**, versée sur la base du ratio des profils de soins. Une évaluation des niveaux de soins est réalisée par le porteur à l'aide du référentiel PATHOS pour toute admission. Une coupe PATHOS est réalisée par l'ARS une fois par an pour valider les profils de soins. Un ratio de profils de soins T2/Profils de soins T2, R2, CH, M2, S1 supérieur à 50% déclenche l'attribution de cette part conditionnelle





## Expérimentations Inter-Régionales

## 20 expérimentations Inter-Régionales

IR

- AUTO-NOM •
- CAMI SPORT ET CANCER •
- DRAD •
- ENFANCE PROTÉGÉE •
- EQUILIBRES •
- GPSO •
- IF-PBM •
- INSPIR'ACTION •
- MICROSTRUCTURES MÉDICALES POST-COVID 19 •
- ODYSIGHT •
- ONCOLINK'/THÉRAPIES ORALES •
- PAP DOP •
- PASSCOG •
- PASSPORT BP •
- PRIMORDIAL •
- PRISE EN CHARGE PAR TELE-SURVEILLANCE DU  
DIABÈTE GESTATIONNEL •
- READ'HY •
- SLL •
- TELE-SURVEILLANCE MÉDICALE  
DES PATIENTS TRANSPLANTÉS •
- WALK HOP •

Nouveau



Mettre en place, dans un établissement de santé, une unité mobile (UM) pluridisciplinaire afin d'accompagner les équipes dans les établissements médico-sociaux (ESMS) dans la prévention et la prise en charge de l'Hypertonie Déformante Acquise (HDA) de leurs résidents



Porteur du projet  
Croix rouge française

### Expérimentateurs franciliens

Hôpital R. Poincaré (AP-HP), Hôpitaux de Saint-Maurice, CH Simone Veil et ESMS d'IDF



**92 - 94 - 95**

Autres régions : ARA, BRE, NA



**2,5 ans**

Lancement  
prévisionnel : 2023



**3 105 K€ (FISS)**



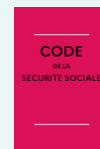
Cahier des charges - Avis CTIS



France entière  
Personnes âgées  
**7 000** résidents ESMS



Publié au Journal officiel  
le 22/12/2022



**Financement substitutif et partiellement complémentaire :**

deux forfaits permettant de prendre en charge la démarche de prévention, les soins et les suivis.



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

personnes âgées, autonomie, sanitaire & médico-social, prévention, unité mobile, téléconsultation, formation

**Caractère innovant**

L'expérimentation vise à tester une **organisation décloisonnée et pluridisciplinaire**, via la mise en place d'**unité mobile (UM) sanitaire** se rendant en ESMS, pour mieux **dépister, prévenir et accompagner** l'atteinte par une **Hypertonie Déformante Acquisse (HDA)** des résidents.

L'UM apporte la technicité et l'expertise pour la réalisation des gestes thérapeutiques mais aussi l'accompagnement des équipes de ces ESMS. Le projet s'appuie sur un volet **prévention** important porté par une **formation des équipes** des ESMS par les unités mobiles.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

L'expérimentation a pour objet de mettre en place, dans un établissement sanitaire, une unité mobile (UM) pluridisciplinaire afin d'accompagner les équipes des établissements médico-sociaux (ESMS) dans la prise en charge de l'Hypertonie Déformante Acquisse (HDA) des personnes en institution.

L'objectif poursuivi est de **répondre à un besoin médico-social non couvert** en accompagnant la prise de conscience autour de la nécessité de la prise en charge précoce des HDA dans les établissements médico-sociaux (ESMS), dans une démarche de prévention et de soins pour le **maintien de l'autonomie des résidents**.

Le projet vise à avoir un impact sur la prise de conscience des enjeux de la maladie, la formation des professionnels et des aidants, la prévention et le traitement en institution dans une logique de maintien de l'autonomie pour les bénéficiaires. Enfin, il vise à **promouvoir « l'aller vers »** à travers la **mobilité des professionnels de santé et des téléconsultations** en amont et en aval de l'intervention sur site.

**Population cible**

Résidents d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ou en situation de handicap présentant une HDA avérée d'origine neurologique ou dysfonctionnelle

**Etapas principales du parcours de soins**

Détection par les aides-soignants formés des symptômes HDA chez le résident. Mise en place des gestes de prévention et possibilité de déplacement de l'UM Auto-nom pour des gestes curatifs dans les cas développés et sévères.

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

Aides-soignants, infirmiers, gériatres, médecins coordonnateurs, médecins traitants, ergothérapeutes

**Modèle financier**

Le modèle de financement proposé permet de financer la prise en charge via **deux forfaits substitutifs et partiellement complémentaires au droit commun** :

- **un forfait populationnel annuel** versé à l'établissement sanitaire porteur pour chaque résident destiné à couvrir l'accompagnement réalisé par l'UM (prévention, dépistage, soins, suivi) de 251 € par résident/an
- **un forfait pour financer la toxine botulique** avec protocole d'utilisation validé par l'ANSM de 224 € par résident/an

Le forfait populationnel doit couvrir toutes les charges relatives au fonctionnement de l'UM liées :

- aux actes de soins et télémédecine
- aux vacations (1/2 journée) : salaires des professionnels sur la base de la grille CNG
- à la coordination : secrétariat médical et temps de coordination des professionnels
- aux frais de transport : sur la base des indemnités kilométriques moyennes
- à la formation en continu et aux conseils : pour la prévention des résidents « à risque »

Nouveau

IR

# CAMI SPORT ET CANCER

Programme coordonné et prise en charge forfaitaire de l'activité physique à visée thérapeutique en cancérologie

Intégrer un programme d'activité physique adaptée à visée thérapeutique au parcours de soins d'un cancer en phase aigüe (sein, colon-rectum, poumon, prostate), selon des modalités combinant des séances en présentiel et distanciel, favorisant la continuité de la pratique au-delà des traitements



**Porteur du projet**  
Association CAMI Sport & Cancer

## Expérimentateurs franciliens

Hôpital La Pitié-Salpêtrière, Hôpital Tenon, Hôpital Avicenne, Institut Gustave Roussy



**75 - 93 - 94**

Autres régions : ARA, NA, PACA, OCC, PDL



**3 ans et 3 mois**

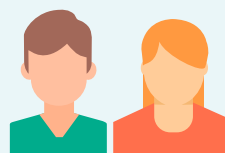
Lancée le 01/09/2022



**789 K€ (FISS)**



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière

Adultes touchés par l'une ou plusieurs des quatre tumeurs solides les plus fréquentes en France : sein, poumon, prostate, colon-rectum

**1 000 patients**



Publié au Journal officiel  
le 24/12/2021



**Financement complémentaire :**  
forfaits pluri-professionnels pour une séquence de 3 mois à 9 mois.



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

cancer, activité physique adaptée, sport santé

**Caractère innovant**

L'expérimentation permet de tester un nouveau mode de financement et un modèle organisationnel innovants pour une **prise en charge coordonnée, personnalisée et sécurisée des patients en post-cancer avec une approche globale**. Elle rend accessible l'**activité physique adaptée au cœur des parcours cancer** en l'articulant à l'**éducation thérapeutique et nutritionnelle**. Elle vise à faire évoluer le système de santé dans une logique de parcours, ainsi qu'à développer les actions de qualité, de pertinence et d'efficacité des soins.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

L'expérimentation a pour objet **de mettre en place un programme d'activité physique adaptée pendant et après le traitement d'un cancer** (sein, colon-rectum, poumon, prostate) selon des modalités nouvelles **combinant séances en présentiel et distanciel**.

Cette expérimentation doit permettre d'**accroître durablement l'activité physique des patients**. Les modalités de mise en œuvre de ce programme doivent également fluidifier le parcours post-cancer des patients en **facilitant la coordination et le partage d'informations entre les professionnels de santé via une application**.

**Population cible**

Adultes touchés par l'une ou plusieurs des quatre tumeurs solides les plus fréquentes en France : sein, poumon, prostate et colon-rectum

**Etapas principales du parcours de soins**

Le parcours proposé comprend un panel d'interventions en présentiel et à distance pour assurer un accompagnement et un suivi des patients : consultations, bilans, séances d'APA en présentiel et à distance, webinaires, animations thématiques, évaluations régulières et actions de coordination.

Ce parcours est composé :

- **d'un programme initial** (3 mois) : comprenant 2 bilans avec tests physiques, 24 séances d'APA et 12 séances en autonomie via des vidéos
- **d'un programme secondaire** (3 + 3 mois) : comprenant 1 bilan avec tests physiques, 24 séances d'APA et 12 séances en autonomie via des vidéos
- **d'un programmes complémentaires** (7, 8 ou 9 mois) comprenant 1 bilan avec tests physiques, 8 séances d'APA et 4 séances en autonomie via des vidéos
- **d'un bilan de sortie** comprenant une évaluation de fin de programme (bilan, tests physique et orientation vers un programme d'APA post-cancer)

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

Oncologues, médecins référents, enseignants en APA salariés de la CAMI, IDEC, autres personnels de santé

**Modèle financier**

Le modèle de financement de cette expérimentation est une rémunération forfaitaire pluri-professionnelle. Pour tenir compte du parcours proposé, quatre forfaits sont définis :

- **forfait 1** - programme initial de 3 mois : 345 €
- **forfait 2** - programme secondaire de 3 mois supplémentaires : 310,50 €
- **forfait 3** - programme complémentaire d'un mois (3 fois max) : 92 €
- **forfait 4** - bilan de sortie à partir de 7 mois : 34,50 €



**Coordination intégrée et renforcée des différents professionnels intervenant auprès de la personne âgée en perte d'autonomie, en mobilisant l'expertise d'un EHPAD**

**Porteurs du projet**

La Croix-Rouge française, la Fédération nationale de la Mutualité française et le groupe Hospitalité-Saint-Thomas de Villeneuve (HSTV)



**Partenaires**

CCAS de Rennes - Fédération ADMR 35 - Association ASSIA - Réseau UNA

**Expérimentateurs franciliens**

SSIAD de Sartrouville, EHPAD Stéphanie, SSIAD EPINAD (expérimentation infirmiers de nuit), EHPAD Jacques Achard, EHPAD Donation Brière, EHPAD Jules Fossier



**78 - 95**

Autres régions : ARA, BFC, BRE, GE, NA, OCC, PACA, PL, Nor



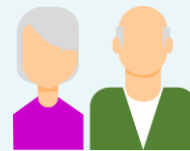
**3 ans et 2,5 mois**  
Lancée le 31/12/2020



**18 672 K€ (FISS)**



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière  
Personnes âgées de plus de 60 ans  
**589** personnes



Publié au Journal officiel  
le 16/10/2020, modifié le 03/03/2023



**Financement partiellement substitutif et complémentaire :**  
à la capitation, forfait par mois et par patient



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

médico-social, personnes âgées, EHPAD à domicile

**Caractère innovant**

Au regard des enjeux majeurs que représentent le vieillissement de la population et la prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance, les dispositifs permettant de **prolonger le soutien à domicile** dans des conditions sécurisées apparaissent comme une réponse innovante et réaliste à déployer sur les territoires.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

Ce dispositif alternatif propose :

- une **coordination intégrée et renforcée des différents professionnels intervenant auprès de la personne âgée**
- tout en s'appuyant sur l'expertise d'un EHPAD dans l'accompagnement au domicile
- un socle de prestations complémentaires à l'offre existante du territoire, dans un environnement sécurisé et adapté, s'inscrivant dans une **logique de prévention de la perte d'autonomie et de soutien aux aidants**

**Population cible**

Le dispositif s'adresse à des personnes âgées de plus de 60 ans en situation de vulnérabilité et de perte d'autonomie physique ou cognitive (GIR 1 à 4) et pour lesquelles un soutien à domicile ne peut être envisagé sans une intervention coordonnée des services d'accompagnement (autrement dit, qui seraient de prime abord orientées vers une entrée en institution).

**Etapas principales du parcours de soins**

La palette de services proposés par chaque dispositif s'inscrit dans le référentiel CNSA/DGCS publié en mai 2019 et propose :

- un plan d'accompagnement prévoyant une aide à la vie quotidienne et des modalités d'accueil séquentiel
- une prise en charge soignante
- la continuité du projet de vie de la personne
- des services d'accompagnement des aidants
- l'évaluation et l'adaptation du logement
- la surveillance et la sécurité à domicile
- la gestion des urgences et la coordination des plans de soins et d'accompagnement

La planification et la coordination des interventions sont confiées à un interlocuteur unique.

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

EHPAD, SSIAD, SAAD, SPASAD

**Modèle financier**

Une **somme forfaitaire fixée à 1 004 € par mois et par patient** est octroyée indépendamment du niveau de dépendance du patient et du volume de soins prodigués.

Cette somme a vocation à financer l'ensemble des services propres au dispositif faisant l'objet de l'expérimentation :

- **l'équipe dédiée à l'évaluation** des situations individuelles
- **la coordination** des actions prévues dans les plans d'aide
- **certaines actions** dont le financement n'est pas mobilisable dans le droit commun

Ne sont en revanche pas inclus dans ce forfait les prestations et services dits de droit commun (exemple de l'allocation personnalisée d'autonomie).



Nouveau

IR

# ENFANCE PROTÉGÉE

Parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés (VABRES)

Parcours de soins coordonné pour les enfants et les adolescents faisant l'objet d'une mesure de protection de l'enfance (ASE) ou suivis par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), incluant une prise en charge somatique et en santé mentale précoce, reposant sur une création d'un forfait annuel par enfant ou adolescent pris en charge à 100% par la sécurité sociale



## Porteurs du projet

Dr Vabres (CHU Nantes) ; Ministère de la Santé et de la Prévention

## Partenaires

Etablissements et services accueillant des enfants et adolescents placés en protection de l'enfance, établissements de santé, professionnels de santé libéraux, association « Parcours territoire Autonomie 87 », association ICA Santé 64, dispositifs d'appui à la coordination de la Seine Saint Denis 93 Nord et Sud, direction de la protection judiciaire de la jeunesse Grand Ouest et direction interrégionale de la PJJ

## Expérimentateurs franciliens

Conseil Départemental 93, Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) : DAC 93 Nord, et DAC 93 Sud



93

Autres régions : NA, PDL



4 ou 5 ans  
selon résultats  
Lancée le 16/06/2019



6 146 K€ (FISS)



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière  
Enfants et adolescents (0-18 ans)  
7 599 patients



Publié au Journal officiel  
le 16/06/2019, modifié le 26/12/2021



Financement complémentaire :  
forfaits annuels par enfant



ars-idf-art51@ars.sante.fr



**Mots clés :**

enfants, DAC, coordination, ville-hôpital, médico-social, santé mentale

**Caractère innovant**

Il s'agit de tester une **structuration du parcours des enfants et adolescents protégés** par une prise en charge combinant l'ensemble des prestations et compléments de rémunération par rapport au droit commun nécessaires pour un parcours adapté. Le projet s'appuie sur une coordination renforcée entre les acteurs des champs sanitaire, médico-social et social.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

L'expérimentation vise à mettre en œuvre un parcours de soins coordonné pour les enfants et les adolescents protégés, incluant une **prise en charge somatique et psychique précoce**, et reposant sur la création d'un forfait annuel par enfant ou adolescent.

**Population cible**

Enfants et adolescents entrant dans le dispositif de **protection de l'enfance (ASE)**

**Etapas principales du parcours de soins**

Le parcours se décompose comme suit :

- entrée dans le dispositif de protection de l'enfance
- entretien avec le référent éducatif et programmation du bilan médical
- évaluation médicale et psychologique par un médecin généraliste ou un pédiatre, qui sert de base au volet du projet pour l'enfant (PPE), relatif à son développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social
- orientation, si nécessaire, pour un bilan en santé mentale
- mise en place d'un suivi adapté (médecin spécialiste, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien...)

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

Professionnels de l'aide sociale à l'enfance, conseil départemental, DAC, médecins traitants, pédiatres, autres professionnels de santé : psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens...

**Modèle financier**

Création d'un **forfait de 430 €/an/enfant** couvrant :

- un **complément de rémunération** par rapport à une consultation médicale ordinaire pour la réalisation de l'évaluation médicale et psychologique, ainsi que l'orientation, si nécessaire, vers un bilan en santé mentale
- une **prise en charge en santé mentale précoce**, le cas échéant, auprès de professionnels libéraux (psychologues et psychomotriciens)
- l'appui à la **coordination des parcours de soins**, incluant la formation des professionnels

Le forfait est versé à une structure de coordination qui est chargée de rémunérer les professionnels impliqués dans le parcours de soins.



Favoriser l'autonomisation des patients bénéficiant de soins infirmiers à domicile grâce à une approche holistique et en équipe (inspirée du modèle Buurtzorg déployé aux Pays-Bas)



**Porteur du projet**

Association « soignons humain »

### Expérimentateurs franciliens

Cabinet IDEL Bussy Saint-Georges (77), Cabinet IDEL Mitry-Mory (77)



**77**

Autres régions : HDF, OCC



**3 ans et 6 mois**

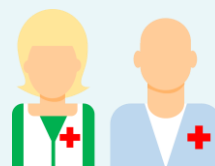
Lancée le 04/11/2019



**24 559 K€ (FISS)**



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière

**142** professionnels impliqués



Publié au Journal officiel  
le 18/07/2019, modifié le 20/10/2022



**Financement substitutif :**  
tarification horaire au temps passé  
auprès du patient



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

ville, soins infirmiers, autonomie, centres de santé

**Caractère innovant**

L'expérimentation permet de tester un modèle organisationnel en équipe ainsi qu'un financement alternatif au financement à l'acte, de nature à améliorer l'autonomisation des patients et ainsi réduire la durée de prise en charge par un professionnel de santé.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

L'expérimentation a pour objet de mettre en place **une forfaitisation au temps passé auprès des patients pour les soins infirmiers à domicile**, associée à une **évaluation standardisée et régulière de la situation des patients**. L'objectif poursuivi est de promouvoir un système de prise en charge en équipe, focalisé sur les patients, leur autonomisation et leur qualité de vie, plutôt que la production d'actes techniques. Il est inspiré du modèle développé aux Pays-Bas par Buurtzorg.

Les **professionnels infirmiers libéraux ou salariés en centres de santé** volontaires s'engagent à rechercher un **exercice en équipe** pour une prise en charge holistique et coordonnée, via l'adhésion à la **charte Equilibres**.

Le principe est de constituer de **petites équipes d'infirmiers de proximité** (« community nursing »), autonomes dans les décisions qui les concernent et soutenues par une organisation mutualisée.

**Population cible**

Patients bénéficiant de soins infirmiers à domicile

**Etapas principales du parcours de soins**

Toute nouvelle prise en charge débute par un rendez-vous à domicile entre le nouveau patient et l'infirmier référent. Cette première rencontre consiste en une évaluation précise et exhaustive des besoins du patient, de manière multidimensionnelle, et de ses ressources. Elle se termine par l'établissement d'un plan de soins sur la base du référentiel multidimensionnel OMAHA (<http://www.omahasystem.org>).

Au-delà des seuls soins prescrits, **l'infirmier accompagne le patient dans l'élaboration de son propre projet de vie qu'il co-signe**, avec comme **objectif principal la reconquête ou le maintien de son autonomie**. La situation du patient est **réévaluée** selon le même référentiel quand nécessaire et **à minima tous les trois mois**.

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

Professionnels infirmiers libéraux ou salariés en centres de santé

**Modèle financier**

Tester un financement **forfaitaire à l'heure par professionnel de santé**, en substitution du paiement à l'acte en vigueur et des frais de déplacement.

Le tarif horaire a été établi à **53,94 €**, correspondant à la rémunération médiane des infirmiers libéraux exerçant à domicile.

Il est **versé collectivement à l'équipe de soins** (Société d'exercice ou Centre de soins infirmiers), ou **à défaut, individuellement à chaque professionnel libéral**.

Le **relevé du temps passé** auprès du patient est établi par les professionnels, sur la base du plan de soins OMAHA établi, le cas échéant ajusté jour par jour en fonction de la réalité des interventions effectuées.

Les autres dispositions en vigueur concernant l'exercice de la profession d'infirmier au domicile sont inchangées.



Structurer la prise en charge précoce et l'accompagnement à long terme des personnes adultes en situation d'obésité par les professionnels de premier recours et organiser le maillage territorial d'une offre de soins cohérente reposant sur des équipes pluri-professionnelles de proximité travaillant en coordination avec les acteurs des secteurs sanitaire et social

#### Porteurs du projet

Association GRESMO (IDF), CSO CHR Orléans (CVL) et Association Rest'O (HDF)



#### Partenaires

8 MSP, 3 centres de santé, 1 cabinet médical, 3 associations de patients, 1 PTA, 1 DAC, 1 CPTS, 7 équipes de proximité, autres partenaires en cours de recrutement

### Expérimentateurs franciliens

Réseau de santé obésité ROMDES et acteurs de santé de l'Essonne et de Seine et Marne



**77 - 91**

Autres régions : HDF, CVL



**5 ans**

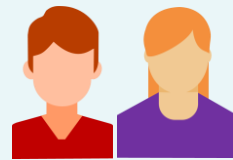
Lancée le 10/01/2022



**2 475 K€ (FISS)**



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière

**3 050** patients bénéficiaires

31 équipes de proximité



Publié au Journal officiel  
le 16/03/2021



**Financement partiellement substitutif  
et complémentaire :**  
forfaits multi-acteurs pour une séquence  
de prise en charge de 2 ans



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

ville, coordination pluri-professionnelle, obésité, éducation thérapeutique

## Caractère innovant

L'expérimentation permet de tester un modèle de **prise en charge de proximité** permettant un accès facilité à un **accompagnement sur du long terme et de nature à induire un changement de comportement durable et favorable à la santé.**

## Modèle organisationnel

### Objet du projet

L'expérimentation a pour objet de :

- structurer la **prise en charge précoce et l'accompagnement sur le long terme** des personnes adultes en situation d'obésité par les professionnels de premier recours
- organiser le maillage territorial d'une offre de soins cohérente reposant sur des **équipes pluri-professionnelles de proximité** travaillant en coordination avec tous les acteurs des secteurs sanitaire et social.

L'objectif poursuivi est d'améliorer l'accès aux soins, l'état de santé et la qualité de vie de ces patients.

### Population cible

Adultes obèses (IMC > 30) ou en surpoids (IMC entre 25 et 30).

### Étapes principales du parcours de soins

L'expérimentation s'articule autour des phases suivantes :

- repérage et sensibilisation des personnes éligibles au programme
- évaluation initiale médicale et éducative
- proposition d'un plan personnalisé après concertation pluridisciplinaire
- parcours collectif pour les cas moins sévères et collectif ou individuel pour les plus sévères
- suivi coordonné des patients

### Acteurs impliqués dans la prise en charge

Médecins traitants, médecins hospitaliers, médecin spécialistes, diététiciens, psychologues, enseignants en APA

## Modèle financier

Dérogation au paiement à l'acte par l'instauration **d'un forfait global pour la prise en charge des professionnels médicaux et non médicaux**. Le forfait inclut des prestations non remboursées telles que les **prestations des diététiciens, psychologues et enseignants en APA**.

Les **parcours de diagnostic et d'accompagnement médico-éducatifs** du patient sont financés par **trois forfaits** :

- le **forfait bilan médico-éducatif** de 325 € qui comprend des consultations du MG (bilan médical initial et final, ainsi que deux consultations annuelles)
- le **forfait éducation de groupe** (diététique, psychologique et d'activité physique) de 272 € comprend 8 séances collectives
- le **forfait éducation individuelle** (diététique, psychologique et d'activité physique) de 373 € comprend 8 séances individuelles si besoin

**Panier de soins** : bilan médical, bilan éducatif, 7 séances collectives d'APA + diététicien et pour les cas sévères, consultations individuelles et suivi psychologique en complément ; suivi et accompagnement de 2 ans avec bilan biannuel.

**Nouveau**



**Organiser la mise en œuvre de la démarche dans les établissements, autour de trois types de chirurgies (cardiovasculaire, orthopédique et gynécologique) par une incitation financière transitoire à l'évolution des pratiques**

**Porteurs du projet**

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) et Société Française de Vigilance et de Thérapeutique Transfusionnelle (SFVTT)



**Partenaires**

Établissement français du sang (EFS) et 20 établissements de santé expérimentateurs

**Expérimentateurs franciliens**

Hôpital des Diaconesses, HEGP, GH Paris St Joseph, Hôpital Marie Lannelongue, clinique des Maussins



**75 - 92**

Autres régions : ARA, BFC, Bretagne, CVL, HDF, NA, OCC, PDL, PACA



**2,5 ans**

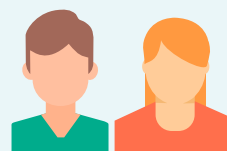
Lancement prévisionnel : 2023



**2 896 K€ (FISS)**



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière

**38 598** patients bénéficiaires



Publié au Journal officiel  
le 07/12/2022



**Financement complémentaire :**  
Part variable basée sur l'atteinte d'indicateurs de moyens et de résultats



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

transfusion sanguine, chirurgie, orthopédie, cardiologie, gynécologie

**Caractère innovant**

L'expérimentation permet de **tester un modèle d'incitation financière** pour donner une **impulsion au changement de pratiques** et inciter à l'appropriation d'une **démarche qualité** par les équipes de soins au sein des établissements. L'expérimentation devrait permettre à court terme d'être relayée par un autofinancement.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

Le Patient Blood Management (PBM) que l'on peut traduire par la « gestion personnalisée du capital sanguin » est une démarche qui vise à améliorer la qualité et la pertinence des soins en **limitant les risques associés à l'anémie/carence martiale, aux saignements et aux transfusions** (morbi-mortalité postopératoire associée à une augmentation de durées moyennes de séjour et à des coûts qui en découlent). Elle repose sur 3 piliers :

- la prise en charge de l'anémie pré et post-opératoire
- la limitation du saignement peropératoire
- la mise en œuvre des stratégies transfusionnelles restrictives.

Elle permet aussi des économies de consommation des produits sanguins qui sont nécessaires du fait de leur pénurie chronique.

**Population cible**

Patients programmés pour **une chirurgie à risque hémorragique pour lesquels une proportion importante d'anémies pré-opératoires est attendue :**

- **orthopédie** pour prothèse totale de hanche et de genou (et reprise), et reprise de prothèse articulaire
- **cardiologie** pour revascularisation coronaire et chirurgie des valves cardiaques
- **gynécologie** pour hystérectomie et ovariectomie

**Etapas principales du parcours de soins**

Le parcours se décompose comme suit :

- consultation avec le chirurgien et programmation de l'intervention
- bilan biologique standardisé réalisé en ville ou à l'hôpital et partage du résultat avec l'anesthésiste
- si le patient est anémié, bilan d'évaluation de la carence martiale -> selon résultats, traitement adapté
- intervention en suivant le protocole dans le cadre de la limitation des pertes sanguines. Potentielle transfusion tracée
- nouveau contrôle de l'anémie et/ou carence martiale et prescription traitement si besoin

Tout est tracé dans un tableau de bord

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

Chirurgiens, anesthésistes et EFS (Etablissement Français du Sang)

**Modèle financier**

Le modèle de financement proposé repose sur une **part variable basée sur l'atteinte d'indicateurs de moyens et de résultats**.

Le montant de l'incitation financière annuelle par établissement sera fonction :

- **du nombre de chirurgies engagées** (cardiovasculaires, orthopédiques et gynécologiques)
- **du nombre de patients** potentiellement pris en charge (entre 60 et 800 ou > 800)
- **du nombre de points acquis à l'atteinte des objectifs spécifiques** à la mise en place du PBM



Nouveau

IR

# INSPIR' ACTION

Parcours de soins innovants de réadaptation dans la bronchopneumopathie chronique obstructive

Mettre en œuvre un programme de télé-réadaptation de soins personnalisés et modulables pour répondre aux besoins spécifiques de chaque malade atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

## Porteur du projet

Fédération de l'Hospitalisation Privée – Soins de Suite et Réadaptation (FHP-SSR)



## Partenaires

10 établissements SSR, Groupes Korian, Elsan, LNA Santé, Orpéa

## Expérimentateurs franciliens

Institut de Réadaptation d'Achères



78

Autres régions :  
ARA, CVL, HDF, OCC, PACA



2 ans et 6 mois

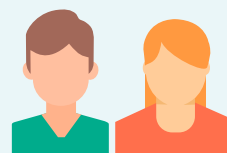
Lancement le 19/09/2022



1 333 K€ (FISS)



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière

500 patients atteints de  
bronchopneumopathie chronique  
obstructive (BPCO)



Publié au Journal officiel  
le 26/01/2022



Financement partiellement  
substitutif et complémentaire :  
forfait à l'épisode de soins  
pour la télé-réadaptation et le suivi  
à distance pour une durée maximale de 18 mois



ars-idf-art51@ars.sante.fr



**Mots clés :**maladies respiratoires,  
BPCO, télé-réadaptation**Caractère innovant**

Ce projet propose une solution innovante en termes d'accès et de modalités de réalisation de **programmes de réhabilitation respiratoire**. Il répond à un enjeu de santé publique au regard de la difficulté d'accès aux programmes de réhabilitation pour les **patients en situation complexe**, et des préconisations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en termes de parcours des **personnes porteuses de BPCO**.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

Mettre en œuvre des parcours innovants de réadaptation respiratoire proposant un **accompagnement modulable, coordonné et partagé** pour **répondre aux besoins spécifiques de chaque malade** atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

**Population cible**

Tous patients BPCO

**Étapes principales du parcours de soins**

Le programme de réadaptation BPCO comprend :

- une **phase intensive** avec une offre de réadaptation d'amorçage adaptable en fonction des besoins et des capacités du patient (hospitalisation complète, hospitalisation de jour, télé-réadaptation)
- une phase d'acquisition maîtrisée avec un **suivi à distance** par les équipes SSR et le cas échéant, un **suivi renforcé**

Ce suivi renforcé pourra être proposé en concertation avec le médecin traitant aux patients présentant certaines difficultés (fragilité, manque d'assiduité, demande du patient).

Basé sur des ateliers supervisés réguliers (1h tous les 15 jours) avec des professionnels de santé mobilisés selon les besoins, il est applicable sur une durée de 6 mois renouvelable sur les 18 mois et pourra comporter des séances collectives.

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

Pneumologues, kinésithérapeutes, médecins adresseurs, nutritionnistes, enseignants en APA, psychologues, addictologues

**Modèle financier**

Le **modèle de financement est partiellement substitutif et complémentaire**.

Le programme comprend **une phase d'amorçage intensif** réalisée dans 70% des cas en SSR (hospitalisation complète et hospitalisation de jour) et dans 30% des cas à distance, en télé-réadaptation. Les phases d'amorçage en hospitalisation conventionnelle sont financées selon les règles de droit commun en vigueur.

**Trois forfaits :**

- forfait **télé-réadaptation d'amorçage intensif** – 1 516 € (1 concertation pluridisciplinaire à l'admission, 16 séances supervisées de réadaptation, 1 concertation pluridisciplinaire de fin de séances d'amorçage)
- forfait **suivi socle** sur 2 ans – 1 351 € (suivi à distance, entretiens téléphoniques, entretiens motivationnels, mise à disposition des contenus éducatifs et administration de questionnaires de suivi via une plateforme)
- forfait **suivi renforcé** additionnel – 322 €, calculé sur 6 mois et renouvelable jusqu'à 2 fois maximum par patient (pour atteindre un maximum de suivi de 18 mois)



Renforcer les microstructures médicales constituées par un ou plusieurs médecins généralistes, un psychologue, un travailleur social au sein du cabinet médical, afin qu'elles assurent, pour des patients fragilisés somatiquement, socialement et psychiquement, une prise en charge pluri-professionnelle de proximité avec l'appui d'un psychiatre et en partenariat avec les acteurs du champ de la santé mentale dans les territoires



#### Porteur du projet

Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures (CNRMS)

#### Partenaires

58 microstructures, association Ithaque, Centre les Wads – CMSEA, RAVH 54, CSPA La Croisée – AVSEA Epinal, Bus 32/32, CSAPA-CAARUD, association Le Mail, FemaSco, Proses CSAPA-CAARUD

#### Expérimentateurs franciliens

CAARUD Proses et 6 microstructures : MSP Joncherolles – Pierrefitte-sur-Seine, Cab médical Les Aulnes – Saint-Denis, MSP Epinay, CMS Sainte-Marguerite - Pantin, MSP Bagnolet, MSP Lamy – Aubervilliers



**93**

Autres régions : BFC, GE, HDF, PACA



**3 ans**

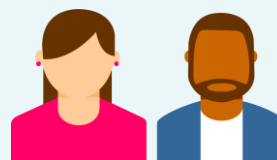
Lancée le 01/02/2021



**1 730 K€ (FISS)**



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière  
**2 055 patients**



Publié au Journal officiel  
le 28/01/2021, modifié le 06/08/2022



**Financement complémentaire :**  
forfait multi-acteurs à la séquence par patient



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



### Mots clés :

population en difficulté spécifique, ville, addiction, santé mentale, Covid

## Caractère innovant

L'expérimentation permet de **tester un nouveau mode de prise en charge pluri-acteurs de premier recours pour des patients fragilisés par la Covid-19 et la période de confinement (avec la perspective de tester à terme la pertinence de créer des microstructures en santé mentale)**. Le projet vise également à tester un nouveau modèle de financement pour une équipe de soins primaires visant à l'amélioration de l'accès aux soins et la prise en charge. Le modèle s'appuie sur le modèle de l'expérimentation art. 51 « **Equip' Addict** ».

## Modèle organisationnel

### Objet du projet

Le projet prévoit de s'appuyer sur le modèle des « MicroStructures Médicales Addictions » et de l'adapter aux besoins émergents liés à la crise sanitaire, à ses incidences et à la crise économique. La prise en charge pluri-professionnelle assurée aujourd'hui par les microstructures, autour d'un médecin généraliste, d'un psychologue et d'une assistante sociale, sera **étendue aux patients qui nécessitent un accompagnement médical, psychologique et social** du fait de la crise sanitaire et de ses conséquences.

L'équipe est complétée par **l'intervention d'un psychiatre et des partenariats** étroits seront à construire par les microstructures **avec les acteurs du champ de la santé mentale** dans les territoires.

### Population cible

Tout patient présentant des troubles psychiques, une situation de vulnérabilité sanitaire, sociale ou affective en lien avec la pandémie de Covid-19.

### Étapes principales du parcours de soins

Repérage - évaluation - inclusion puis plan personnalisé de soins, impliquant des consultations pluridisciplinaires avec médecin traitant, psychologue et travailleur social

### Acteurs impliqués dans la prise en charge

Médecins généralistes, psychologues, assistants sociaux, coordinateurs, psychiatres

## Modèle financier

**Forfait annuel par patient** affecté par la Covid-19 suivi dans une microstructure, qui intègre :

- 1 consultation longue de médecin généraliste
- 6 consultations de psychologues
- 7 consultations de travailleur social
- temps de permanence de psychiatre
- temps de réunions de concertation pluri-professionnelle
- temps de coordination médicale et administrative

Son montant annuel par patient est de 829 €.

Nouveau



Améliorer la prise en charge des maculopathies chroniques afin de réduire au mieux le handicap visuel ou de prévenir leur aggravation par un dépistage précoce des signes d'évolution



Porteur du projet  
Société TILAK HEALTHCARE

Expérimentateurs franciliens  
Prescripteurs d'Odysight



Ensemble de la région  
Ensemble de la France Métropolitaine



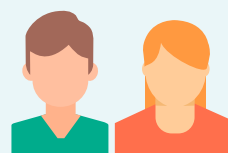
2 ans  
Lancée le 12/05/2022



4 472 K€ (FISS)



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière  
Population âgée de 18 ans et plus  
8 000 patients



Publié au Journal officiel  
le 20/02/2022



Financement complémentaire :  
forfaits annuels par patient pour l'inclusion  
(forfait incitatif au patient converti),  
la télésurveillance et la solution technique.



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**  
dépistage maculopathie,  
télésurveillance

## Caractère innovant

L'expérimentation permet de **tester la télésurveillance de l'acuité visuelle pour le suivi de certaines maculopathies chroniques** afin de réduire au mieux le handicap visuel ou de prévenir leur aggravation par un dépistage précoce des signes d'évolution. L'expérimentation permet également de tester l'efficacité des forfaits proposés pour les cabinets d'ophtalmologues (forfait progressif d'inclusion et forfait de suivi des alertes) et un forfait dégressif par patient pour l'éditeur de solution.

## Modèle organisationnel

### Objet du projet

L'expérimentation permet d'adapter le suivi périodique standardisé de l'acuité visuelle chez l'ophtalmologiste par une télésurveillance de celle-ci effectuée par le patient à un rythme plus fréquent (via un **jeu mobile à modules médicaux** pour suivre la vision, prescrit par les ophtalmologistes).

L'objectif est **de réduire le délai de prise en charge dans les cas urgents pour un meilleur suivi clinique et alléger le nombre de consultations pour des œdèmes maculaires** (liés au diabète), ce qui permettra de mieux traiter les patients.

### Population cible

Patients atteints de maculopathies chroniques ou susceptibles d'en développer une : pathologies de néovascularisation sous-rétinienne se compliquant (DMLA le plus souvent, mais aussi myopie forte) et les œdèmes maculaires (associés à une rétinopathie diabétique le plus souvent, mais aussi à occlusions veineuses rétinienne).

### Étapes principales du parcours de soins

L'expérimentation est structurée de la manière suivante :

- **étape 1 = diagnostic** posé par l'ophtalmologiste puis traitement direct ou adressage à un spécialiste en rétine
- **étape 2 = induction** : phase initiale avec un traitement toutes les 4 semaines (3 injections en 3 mois) par l'ophtalmologiste spécialisé en rétine
- **nouvelle étape = prescription de l'application Odysight** qui permet d'identifier des baisses de vision entre les consultations et d'améliorer l'auto-surveillance
- **dernière étape = injections régulières** avec identification du plus long intervalle possible entre 2 injections jusqu'à stabilisation ; **espacement et réduction des visites** ; préconisations d'**auto-surveillance monoculaire via Odysight** pour déclencher des **consultations précoces** en cas de besoin

### Acteurs impliqués dans la prise en charge

Ophtalmologues.

## Modèle financier

Le modèle de financement proposé est composé de **trois forfaits** :

- **forfait progressif d'inclusion par patient** : le médecin recevra une somme forfaitaire de 100 € pour l'inclusion de 6 à 15 patients utilisateurs effectifs, de 112 € pour l'inclusion de 16 à 50 patients utilisateurs effectifs, de 118 € pour l'inclusion de 51 à 100 patients utilisateurs effectifs, de 126 € au-delà de l'inclusion de 101 patients utilisateurs effectifs
- **forfait de suivi des alertes par an par patient** : en fonction du nombre de patients utilisateurs effectifs, le médecin recevra une somme forfaitaire de 9,30 € par mois durant la première année d'utilisation (soit 111,60 €/an), puis un nouveau forfait de 9,30 € par mois pour chaque patient renouvelé la deuxième année
- **forfait dégressif par an par patient pour l'éditeur de solution** : en fonction du nombre de patients convertis, le dispositif sera financé à hauteur de 22,10 € par mois par patient pour les 2 500 premiers patients (soit 265,20 €/an), 19,20 € par mois pour les 2 500 suivants (soit 230,40 €/an) et 16,70 € par mois pour les 3 000 restants (soit 200,40 €/an)

Ces forfaits sont renouvelables 12 fois en année 1 pour tous les patients et x fois en année 2 pour les patients renouvelés selon le mois de renouvellement.



Proposer une innovation organisationnelle et financière permettant le suivi à distance des patients sous anticancéreux oraux par des équipes hospitalières puis des professionnels de ville (pharmaciens d'officine essentiellement)

#### Porteurs du projet

34 établissements de santé (représentant 45 sites) de toute nature juridique : 18 centres de lutte contre le cancer, 10 centres hospitaliers généraux, 3 centres hospitaliers et universitaires, 2 cliniques privées à but lucratif, 1 établissement de santé privé d'intérêt collectif autre



#### Partenaire

Conseil national de l'Ordre des pharmaciens

#### Expérimentateurs franciliens

Instituts Curie (sites Paris/Saint-Cloud) et Gustave-Roussy, Hôpitaux Saint-Louis, Saint-Antoine, Pitié-Salpêtrière, Cochin, Tenon, Georges-Pompidou (HEGP), Henri-Mondor



75 - 92 - 94

Autres régions : ARA, BFC, BRE, Corse, GE, HDF, NA, OCC, PDL, PACA, Nor



3 ans

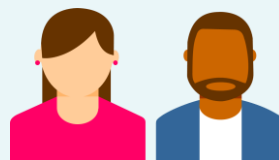
Lancée le 01/10/2021



19 204 K€ (FISS)



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière

13 768 patients



Publié au Journal officiel  
le 09/12/2020, modifié le 09/11/2022



Financement partiellement substitutif  
et complémentaire :

forfait à la séquence par patient,  
avec 3 types de séquences



ars-idf-art51@ars.sante.fr



**Mots clés :**

ville-hôpital, cancer, médicament, pharmacie

**Caractère innovant**

Ce projet introduit non seulement une **organisation innovante mais aussi un nouveau modèle de financement**, afin de sécuriser et favoriser le recours **aux traitements oraux du cancer**. Le caractère innovant porte sur les leviers mobilisés pour que la prise en charge soit progressivement **transférée des professionnels hospitaliers vers des professionnels de ville** : le pharmacien d'officine et le médecin traitant. Ce passage de relais est incité par un modèle organisationnel de **suivi évolutif et à distance des patients**.

Il est également encouragé par un **modèle de financement, lui aussi évolutif**, avec une bascule depuis les établissements de santé vers les officines et médecins traitants. Un tel **modèle solidarise l'ensemble des acteurs** de la prise en charge.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

Ce **transfert de missions et de compétences** des établissements de santé vers la ville est de nature à **améliorer l'effectivité des traitements, à réduire les effets indésirables graves et les soins** qu'ils engendrent, et à **améliorer la qualité de vie** des patients qui peuvent alors **suivre leur traitement à domicile**.

**Population cible**

Tous les patients avec un diagnostic de cancers solides et hématologiques sous traitements anticancéreux oraux hors hormonothérapie adjuvante, qui sont pris à domicile (hors HAD). Possibilité d'inclure des patients sous traitements combinés.

**Etapas principales du parcours de soins :**

Le **parcours protocolisé** fait l'objet d'une **forfaitisation qui solidarise les acteurs** de ville et l'équipe hospitalière, **avec 3 séquences distinctes** pour un épisode de 10 mois, permettant le retrait progressif de l'équipe hospitalière :

- **séquence 1** - 1 mois : primo-prescription hospitalière, accompagnement éducatif, primo-dispensation, surveillance initiale
- **séquence 2** - 3 mois renouvelables : renouvellement du traitement, suivi du patient (observance, interactions, effets indésirables, coordination ville-hôpital)
- **séquence 3** - 6 mois renouvelables : uniquement pour les patients dont le traitement le permet, renouvellement du traitement, suivi du patient (observance, interactions, effets indésirables, coordination ville-hôpital)

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

Oncologues, IDEC et IDEL, pharmaciens hospitaliers, pharmaciens d'officine, médecins traitants

**Modèle financier**

Pour chaque séquence, et quelle qu'en soit la durée effective, **deux niveaux de forfaits** sont définis selon les éventuelles restrictions de dispensation des médicaments :

- **un parcours A** pour les médicaments éligibles à la dispensation en ville
- **un parcours B** pour les médicaments sous réserve hospitalière

Les différents forfaits sont répartis entre chaque structure ou professionnel.

- **forfait hospitalier**
- **forfait pharmacien d'officine**
- **forfait médecin traitant**

Selon la séquence et selon l'option A ou B, des montants sont affectés à chacun des 3 forfaits:

- Parcours A : 357 € pour la séquence 1, 372 € pour la séquence 2, 169 € pour la séquence 3
- Parcours B : 358 € pour la séquence 1, 362 € pour la séquence 2, 307 € pour la séquence 3





Inciter financièrement les professionnels et les organisations de santé à une prévention et une prise en charge de la dénutrition en amont et en suivi de l'hospitalisation du patient afin d'améliorer les résultats de la chirurgie

**Porteur du projet**  
Association Alliance VOLTAIRE



**Partenaires**  
Institut mutualiste Montsouris de Paris, Gustave Roussy, Villejuif, CHU de Nantes, CHU de Nice, Université Paris Dauphine et École Polytechnique

**Expérimentateurs franciliens**  
Instituts mutualistes Montsouris et Gustave Roussy



**75 - 94**  
Autres régions : PDL, PACA



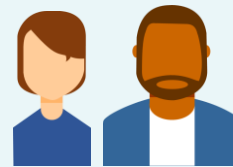
**2 ans**  
Lancée le 05/01/2022



**1 400 K€ (FISS)**



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière  
**800 patients**



Publié au Journal officiel  
le 17/12/2020



**Financement partiellement substitutif et complémentaire :**  
une part fixe à la séquence de soins pré et post-opératoire de 1,5 mois par patient et une part variable basée sur les économies générées.



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

ville-hôpital, dénutrition, chirurgie, cancer, maladies vasculaires

**Caractère innovant**

Ce projet consiste à proposer un « **forfait parcours nutritionnel** » pour favoriser la transformation des pratiques des professionnels de santé et la mise en œuvre d'un parcours coordonné du patient entre la ville et l'hôpital visant à **mesurer, prévenir et agir sur la dénutrition des personnes opérées, afin de limiter les complications évitables et les surcoûts associés**, via la mise en place d'une incitation financière.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

L'expérimentation vise à améliorer la prévention et à aider les professionnels de santé à s'organiser pour **réaliser un bilan nutritionnel et traiter la dénutrition en amont et en suivi de l'hospitalisation** afin de limiter les risques de complications peropératoires pour les patients.

La coordination entre les professionnels de santé en ville et les établissements de santé est au centre du dispositif proposé.

**Population cible**

Patients pour lesquels une intervention chirurgicale a été programmée et pour lesquels aucun support nutritionnel n'a été mis en place avant la décision chirurgicale. Critères d'inclusion : chirurgies cancérologiques digestives ou gynécologiques ou vasculaires avec diagnostic de dénutrition légère ou modérée ayant fait l'objet d'une prescription de renutrition.

**Étapes principales du parcours de soins :**

Parcours de prise en charge en 3 étapes :

- un bilan nutritionnel préopératoire
- un programme de renutrition (7-14 jours)
- un suivi nutritionnel post-opératoire (1 mois)

**Acteurs impliqués dans la prise en charge :**

Médecins traitants, diététiciens, nutritionnistes, chirurgiens, anesthésistes, infirmiers de coordination, biologistes, pharmaciens, entourage du patient, prestataires de services, professionnels de santé exerçant en ville

**Modèle financier**

Le forfait, **réparti entre tous les acteurs du parcours de soins du patient** est calculé pour couvrir l'ensemble des surcoûts liés à la réalisation d'un bilan nutritionnel systématique, à la prise en charge de la dénutrition en amont de l'hospitalisation, ainsi que le suivi des patients pendant et après l'hospitalisation.

Le financement de cette expérimentation repose sur un modèle combinant :

- **une part fixe à la séquence de soins pré et post-opératoire (forfait parcours nutritionnel)** répartie entre tous les acteurs du parcours de soins de 250 €/patient (65 € pour le diagnostic, 90 € pour le suivi, 75 € pour la coordination, 20 € de frais de gestion)
- **une part variable (performance), redistribuée aux établissements**, basée sur les économies générées par la mise en place du programme et l'absence de dénutrition comme comorbidité, de 30 à 1 000 € par patient

Le forfait varie de 280 à 1 250 €.



Déployer et tester des parcours ambulatoires de diagnostic pour les seniors de plus de 50 ans, consultant leur médecin généraliste pour une plainte cognitive et pour lesquels il existe une suspicion de trouble cognitif léger, puis des parcours ambulatoires de prise en charge pour ceux effectivement atteints d'une maladie neurocognitive à un stade léger, ainsi que pour leurs aidants, afin d'améliorer leur qualité de vie et de réduire la dépendance



#### Porteur du projet

Réseau Aloïs

#### Partenaires

Association ADNA, OFPN, France Alzheimer, CMRR Paris Nord

### Expérimentateurs franciliens

Territoires de Paris 14<sup>ème</sup> et Paris 15<sup>ème</sup>



**75**

Autre région : Bretagne



**4,5 ans**

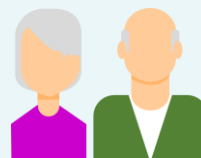
Lancée le 15/07/2021



**2 800 K€ (FISS)**



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière

Patients de 50 ans et plus présentant une plainte cognitive et leurs aidants

**930** personnes en repérage, **677** en suivi post-diagnostic et **244** aidants



Publié au Journal officiel  
le 05/08/2020, modifié le 12/08/2022



**Financement substitutif  
et complémentaire :**  
forfaits multi-acteurs par patient  
à la séquence de soins



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

ville, personnes âgées, aidant, neurologie, Alzheimer, santé mentale, téléexpertise

**Caractère innovant**

L'expérimentation permet de tester un parcours nouveau : la prise en charge des patients au **stade léger de la maladie d'Alzheimer** par des professionnels de premiers recours, quasi inexistant actuellement.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

L'expérimentation a pour objet de structurer et mettre en place des **parcours ambulatoires** de diagnostic et de **prise en charge précoce des patients de plus de 50 ans** consultant pour une **plainte cognitive**, en mobilisant les professionnels de premiers recours, notamment **les médecins généralistes**, en complémentarité et en articulation avec l'hôpital, qui seraient **formés et outillés pour intervenir au stade léger de la maladie**. L'articulation avec les centres mémoires est également assurée.

**Population cible**

Patients de plus de 50 ans consultant pour une plainte cognitive

**Étapes principales du parcours de soins**

Le parcours se structure autour de deux grandes phases :

**1ère phase du parcours = diagnostic**

- consultation initiale dédiée par le MG pour plainte cognitive avec évaluation cognitive, comportementale de l'autonomie, psycho-sociale + examen clinique et neurologique
- si tests de premiers niveaux anormaux : biologie, imagerie et bilan neuropsychologique ou orthophonique, consultation de synthèse MG. Si examens anormaux :
  - téléexpertise par le neurologue référent (NR) pour la confirmation du diagnostic
  - consultation avec le MG et téléexpertise avec le NR (1 itération possible). Si besoin, d'autres examens complémentaires
  - consultation d'annonce du diagnostic et consultation post-annonce du diagnostic

**2<sup>de</sup> phase du parcours = prise en charge**

- consultations médicales de suivi par le MG : au moins 4 par an dont 2 longues
- consultation avec le neurologue : 1 fois par an (droit commun) ou + si nécessaire
- accompagnement neuropsychologique : 4 à 8 séances d'1 heure, renouvelable 2 fois
- réhabilitation cognitive : 12 à 18 séances d'1h, renouvelable 2 fois
- éventuellement si nécessaire : HDJ de réadaptation
- pour l'aidant, 4 à 8 séances de psychoéducation, renouvelables 1 fois

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

Neurologues, médecins généralistes, gériatres, neuropsychologues, orthophonistes Centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR)

**Modèle financier**

Le modèle de financement est **substitutif et complémentaire**.

Les parcours diagnostic et de prise en charge du patient et de l'aidant sont financés au travers de **4 forfaits** :

- **deux forfaits diagnostics** sont proposés :
  - 300 € pour le **bilan neuropsychologique**
  - 140 € (pondéré) qui comprend
    - des **consultations du MG** dont certaines sont longues et complexes
    - une **téléexpertise** du neurologue.
- un **forfait de prise en charge du patient** de 727 € comprenant :
  - plusieurs consultations annuelles de suivi par le MG dont certaines consultations longues
  - l'accompagnement neuropsychologique
  - la réhabilitation cognitive.
- un **forfait de prise en charge de l'aidant** de 185 € comprenant la psychoéducation

Il est prévu que 930 patients soient intégrés au parcours diagnostic. Il est estimé que 752 d'entre eux auront achevé le parcours diagnostic et 677 feront le parcours de prise en charge. Par ailleurs, 244 aidants bénéficieraient de l'accompagnement proposé.



Mettre en œuvre une prise en charge intégrée psychiatrique et somatique spécialisée et personnalisée des patients atteints de trouble bipolaire avec un suivi rapproché et coordonné par des *case managers* à l'aide d'outils numériques.

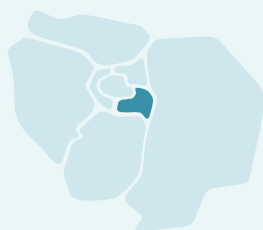


**Porteur du projet**  
Fondation FondaMental

**Partenaires**  
3 CHU, 2 CH, Maison de santé de Créteil, 2 UFR, SEMEIA, SBT/Happy Neuron, UNAFAM, ARGOS

### Expérimentateurs franciliens

Pôle de Psychiatrie des Hôpitaux universitaires Henri Mondor, Maison de santé de Créteil, URPS Pharmaciens IDF



**94**  
Autres régions : ARA, BFC



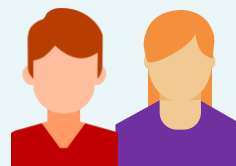
**5 ans**  
Lancée le 21/09/2019



**5 060 K€ (FISS)**



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière  
Patients souffrant d'un trouble bipolaire  
**1 100 patients**



Publié au Journal officiel  
le 21/09/2019, modifié le 31/03/2023



**Financement complémentaire :**  
forfait multi-acteurs, par patient puis  
financement au parcours rétrospectif  
avec intéressement pour une séquence  
de 36 mois



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

ville-hôpital, santé mentale, télésurveillance, dispositif médical, case managers

**Caractère innovant**

L'expérimentation permet de tester une nouvelle organisation pour :

- la prise en charge spécifique du patient bipolaire par un suivi rapproché par des **case managers**
- **l'adaptation de l'intensité du suivi à l'aide d'un algorithme** de stratification du risque de rupture de parcours
- le **recours intensif aux outils numériques** d'accompagnement du patient

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

Expérimenter la **mise en œuvre d'une prise en charge intégrée (psychiatrique et somatique), personnalisée, spécialisée et coordonnée des patients atteints de trouble bipolaire (BP)**, en aval de leur passage dans un service de psychiatrie adultes (post-hospitalisation complète ou partielle ou à l'issue du passage en centre médico-psychologique), et associée à un modèle de financement au parcours de soins.

**Population cible**

Patients atteints de trouble bipolaire

**Etapas principales du parcours de soins**

- **Bilan spécifique initial en centre spécialisé** dans la prise en charge des patients bipolaires
- Elaboration d'un **plan personnalisé de soins élaboré de façon pluridisciplinaire au cours de consultations spécialisées et longues**
- **Suivi rapproché, adapté et coordonné par une équipe de gestionnaires de cas (case managers, fonction assurée par un infirmier ayant reçu une formation dédiée spécifique)**. Ce dernier sera en charge de détecter les indices de détérioration de la santé du patient et d'ajuster le plan de soins en fonction. Il contribuera également à l'articulation ville-hôpital des différents acteurs sanitaires et médico-sociaux et favorisera la diffusion des bonnes pratiques

Le projet s'appuie sur une **utilisation intensive des outils numériques et le traitement massif de données de santé** pour piloter le projet de soins du patient, répondre à ses besoins de santé et mettre à sa disposition des thérapies psychosociales peu disponibles en soins courants.

Il s'appuie ainsi sur un **algorithme prédictif de risque d'hospitalisation et d'arrêt de traitement** issu du traitement des données du patient utilisant l'intelligence artificielle ainsi que de **divers outils numériques** (plateforme de télésurveillance et applications de psychoéducation et de remédiation cognitive).

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

Case managers, médecins généralistes et spécialistes de ville, psychiatres, infirmiers

**Modèle financier**

Le modèle de financement proposé est **complémentaire au droit commun avec une modalité de paiement mixte, à la dotation** (pour les établissements de santé) **et au forfait par patient** (pour les industriels fournisseurs des solutions et outils numériques), **assortis d'une part d'intéressement selon les résultats** (pour tous les intervenants).

Le montant total de cette prise en charge correspond à 775 € par patient par an:

- 600 € par patient par an pour le surcoût induit pour les acteurs hospitaliers pour mettre en œuvre ce nouveau parcours de soins (interventions dérogatoires de l'équipe soignante, notamment des CM)
- 175 € par patient par an pour le coût des licences des solutions et outils numériques

A partir de 2023, ce financement dérogatoire est associé à un intéressement sur les résultats d'efficacité modulé sur des indicateurs de qualité.



Appliquer le nouveau modèle de financement au forfait issu de l'expérimentation PEPS à des centres de santé nouvellement créés dans des zones de désertification médicale



**Porteur du projet**  
Ramsay Générale de Santé

### Expérimentateurs franciliens

Centre de santé de Ris-Orangis, et Centre de santé d'Argenteuil



**91 - 95**

Autres régions : ARA (3 centres de santé)



**5 ans**

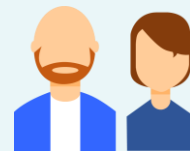
Lancée le 06/12/2021



**12 227 K€ (FISS)**



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière  
**31 500** patients



Publié au Journal officiel  
le 31/10/2020, modifié le 09/07/2021



**Financement substitutif :**  
rémunération forfaitaire des médecins généralistes et des infirmières, en substitution du paiement à l'acte des soins pour l'ensemble de la patientèle du médecin traitant



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

ville, médecin traitant, population générale, centres de santé, désert médical

**Caractère innovant**

L'expérimentation Primordial a pour objet d'appliquer le nouveau modèle de financement au forfait issu de **l'expérimentation PEPS à des centres de santé nouvellement créés dans des zones de désertification médicale**. Elle repose sur un parcours standard de prise en charge des patients, intégrant **l'utilisation d'un outil digital et/ou une infirmière d'orientation** ainsi que la **délégation de tâches** dans la mesure du possible en utilisant les protocoles de coopération. Elle repose également sur une **standardisation des processus médicaux** pour les principales prises en charge et le **suivi systématique d'indicateurs de résultats** ainsi que sur l'utilisation croissante de la **télé médecine pour des prises en charge ciblées**.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

L'expérimentation a pour but de proposer le **déploiement de structures de soins primaires basé sur une approche par capitation**. L'enjeu de l'expérimentation est de soigner et maintenir en bonne santé la population d'un territoire, en particulier dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

**Population cible**

Patientèle « médecin traitant » du centre de santé

**Étapes principales du parcours de soins**

La structure ambulatoire d'exercice collectif doit répondre aux critères d'éligibilité suivants :

- présence d'au **moins 5 professionnels de santé conventionnés volontaires** (dont au moins 3 médecins généralistes et 1 infirmier)
- avoir **au moins 250 patients ayant leur médecin traitant dans l'équipe**

Le passage à une rémunération forfaitaire doit soutenir la mise en place de **modifications organisationnelles et d'activités nouvelles au sein de la structure**, comme les mises en place de protocoles de coopération, la coordination pluri-professionnelle, une démarche qualité en partie mesurée par l'expérience des patients eux-mêmes, des actions de prévention notamment d'éducation thérapeutique.

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

Médecins généralistes, infirmiers

**Modèle financier**

Le modèle de financement est celui défini dans le cadre de l'expérimentation Peps : une **rémunération forfaitaire des médecins généralistes**, en substitution du paiement à l'acte des soins concernés par le champ de l'expérimentation, **pour l'ensemble de la patientèle avec médecin traitant du centre de santé**

Le paiement à l'acte est maintenu pour les actes « hors Peps » et pour les patients qui n'ont pas de médecin traitant au centre de santé. Pour chaque profil de patient, un montant forfaitaire est calculé sur la base des dépenses constatées au niveau national.

Le **financement prend également en compte différents facteurs**, telles que :

- les **caractéristiques de l'équipe** et de sa **patientèle**
- les **caractéristiques des territoires** concernés via une modulation relative au taux de pauvreté de la commune d'implantation des CDS
- la **qualité de la prise en charge**





Améliorer la prise en charge du diabète gestationnel grâce à la télésurveillance médicale, en remplacement de certains actes en présentiel, associée à un financement au forfait

**Porteur du projet**  
Association MDHC SAS



**Partenaires**  
17 centres (établissements de santé publics/privés et cabinets de ville)

### Expérimentateurs franciliens

CH SUD Francilien, CHI Montreuil, Jean Verdier (APHP), Cabinet du Dr Lecornet-Sokol (75), Cabinet du Dr Ouzounian (91).



**75 - 91 - 93**

Autres régions : ARA, CVL, GE, HDF, IDF, OCC, PDL, PACA



**3 ans et 11 mois**

Lancée le 18/07/2019



**5 540 K€ (FISS)**



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière

Femmes ayant un diabète gestationnel

**14 225** patientes



Publié au Journal officiel  
les 16/06/2019, modifié le 24/12/2022



**Financement substitutif :**  
forfait multi-acteurs, par parturiente,  
pour une séquence de 3 à 6 mois



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

ville-hôpital, diabète, périnatalité, télésurveillance, dispositif médical

## Caractère innovant

L'expérimentation permet de tester **une prise en charge forfaitaire combinant des actes et prestations en présentiel et à distance**, et incluant la solution technique de télésurveillance.

## Modèle organisationnel

### Objet du projet

Le projet vise à inclure la **télésurveillance médicale dans la prise en charge spécialisée du diabète gestationnel** afin d'améliorer la qualité des soins grâce à l'accès aux données des patientes en temps réel, et de réduire le nombre d'actes médicaux non nécessaires

### Population cible

Femmes enceintes présentant un diabète gestationnel (dépisté au premier trimestre de la grossesse)

### Étapes principales du parcours de soins

L'expérimentation s'articule de la manière suivante :

- primo consultation de diabétologie
- entretien avec le médecin effectuant la télésurveillance
- éducation thérapeutique de la patiente
- télésurveillance médicale
- consultations médicales et paramédicales nécessaires au suivi

### Acteurs impliqués dans la prise en charge

Médecins traitants, médecins diabéto-endocrinologues, gynécologues, sages-femmes

## Modèle financier

**Rémunération forfaitaire** par patiente et par grossesse (comprenant l'ensemble des actes et outils nécessaires au suivi du diabète gestationnel) dans le but d'améliorer la qualité des soins.

**Forfait multi-acteurs, par parturiente, pour une séquence de 3 à 6 mois.**

Détail des forfaits :

- **Forfait 1 :**
  - si l'établissement n'a pas de programme d'éducation thérapeutique : 270 € par patiente/ grossesse
  - si l'établissement a un programme d'éducation thérapeutique : 196 € par patiente/grossesse
- **Forfait 2 :** pour les patientes nécessitant un traitement par insuline : 150 € par patiente/grossesse
- **Forfait 3 :** location du matériel de télésurveillance : 180 € par patiente et 90 € au-delà de 150 patientes

Nouveau



Déployer un programme de télé-réadaptation cardiaque de 10 semaines avec un suivi à distance et une évaluation hebdomadaire (ou bimensuelle) en présentiel

**Porteur du projet**

Centre hospitalier de Bligny



**Partenaires**

Association Bligny cardiologie, laboratoire européen performance altitude santé de l'université de Perpignan, centre hospitalier de Bastia, Clinique Saint Yves

**Expérimentateurs franciliens**

Centre hospitalier de Bligny, Briis-sous-Forges, 91



91

Autres régions : Bretagne, Corse



3 ans

Lancée le 17/01/2022



585 K€ (FISS)



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière

500 patients



Publié au Journal officiel

le 10/07/2021



**Financement partiellement substitutif et complémentaire :**

forfaits pour une séquence de soins de télé-réadaptation de 10 semaines et un suivi jusqu'à 3 mois



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**  
cardiologie, télé-réadaptation

## Caractère innovant

L'expérimentation permet de **tester un nouveau mode de réadaptation combinant prise en charge en présentiel et en autonomie** avec une solution technique de télésurveillance. Elle est de nature à modifier substantiellement la prise en charge actuelle des patients à très haut risque cardiovasculaire.

## Modèle organisationnel

### Objet du projet

Offrir un **programme pluridisciplinaire spécialisé de réadaptation** aux patients, diversifier l'offre de soins pour s'adapter aux contraintes professionnelles et familiales des patients et **éviter le renoncement aux soins**, favoriser la **modification des habitudes de vie** des patients, obtenir un **engagement durable vis-à-vis d'une activité physique régulière**, augmenter la qualité de vie, la longévité et diminuer la mortalité. Cette prise en charge permet aux patients de bénéficier de réadaptation cardiaque alors qu'ils rencontrent des difficultés à accéder à un séjour en présentiel (manque de place, distance avec le centre...).

### Population cible

Patients à très haut risque cardiovasculaire

### Etapas principales du parcours de soins

Le projet vise le **déploiement de programmes de télé-réadaptation cardiaque** pour les patients stabilisés associant :

- une séance hebdomadaire en centre
- des séances d'activité physique adaptée en autonomie à domicile, tracées par des outils connectés et avec un suivi prolongé (> 3 mois) par le SSR

La mise en place des programmes se fait après **un bilan initial en hôpital de jour SSR**. Les programmes ont une **durée de 10 semaines** et comprennent l'ensemble des composantes recommandées par les sociétés savantes et l'HAS :

- le reconditionnement physique du patient
- l'éducation thérapeutique et, en fonction des besoins, un accompagnement diététique
- une aide au sevrage tabagique et/ou
- un accompagnement psychologique

### Acteurs impliqués dans la prise en charge

Cardiologues, infirmiers, enseignants en APA, kinésithérapeutes, diététiciens, psychologues, cadres de soins

## Modèle financier

Le **modèle de financement est partiellement substitutif et complémentaire**. Le **forfait de 629 €** comprend :

- le **bilan éducatif**
- l'**entretien motivationnel**
- les **séances d'éducation thérapeutique** : 2 à 3 séances, si besoin
- les **séances d'activité physique** à raison de 2 à 6 séances par semaine en fonction du bilan fonctionnel et motivationnel

**La rémunération de base est fondée sur le temps moyen de suivi à distance et de coordination sur 10 semaines.**

Le forfait n'inclut pas les actes et prestations réalisés lors des séances en présentiel en HDJ (bilan fonctionnel et motivationnel, consultation, séance individuelle éducation thérapeutique et séance d'activité physique individualisée).



Réhabilitation cardiaque pluri-professionnelle en milieu libéral, en lien avec le médecin traitant et les établissements de santé



**Porteur du projet**

SELARL Cœur & Santé Bernoulli

**Partenaires**

SELARL Cœur et Santé 51 (Reims) et Centre Ellipse (Strasbourg)

**Expérimentateur francilien**

Centre Cœur et Santé Paris 8ème



**75**

Autres régions : GE



**3 ans**

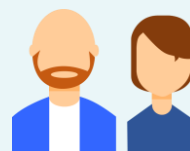
Lancée le 07/09/2020



**1 205 K€ (FISS)**



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière

Patients atteints d'infarctus  
du myocarde, d'insuffisance cardiaque ou  
en post chirurgie cardiaque,  
**2 076** personnes



Publié au Journal officiel  
le 20/02/2020, modifié le 31/12/2022



**Financement complémentaire :**  
forfait de prise en charge ambulatoire  
multi-acteurs



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

cardiologie, réadaptation, ville-hôpital, APA, éducation thérapeutique

**Caractère innovant**

L'expérimentation permet de tester un **modèle d'organisation libérale alternative au SSR pour la rééducation des patients coronariens et insuffisants cardiaques**, à proximité de leur domicile.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

Les structures libérales légères ont l'objectif de **répondre à l'absence de prise en charge** après l'hospitalisation aiguë de 70% des patients cardiaques (insuffisants coronariens et insuffisants cardiaques).

La structure libérale légère est une **organisation souple, en lien avec le médecin traitant et les établissements de santé**, permettant une **prise en charge pluri-professionnelle, flexible et sur le long terme** des patients nécessitant une **réhabilitation cardiaque**.

Elle permet une prise en charge complète conforme aux recommandations de la Société Française de Cardiologie (SFC). Elle intègre l'éducation pour la santé de ces patients chroniques qui complète la prescription médicamenteuse et la réadaptation par le réentraînement. Avec des **horaires d'ouverture élargis adaptés aux horaires de travail** des patients, la structure permet d'accueillir des patients jusqu'alors non pris en charge pour leur réhabilitation.

**Population cible**

Patients adressés après hospitalisation pour syndrome coronaire aigu, chirurgie cardiaque, décompensation cardiaque, angioplastie programmée, angor chronique, insuffisance cardiaque chronique et haut risque cardiovasculaire, ou par des cardiologues de ville

**Etapas principales du parcours de soins**

Le parcours s'articule comme tel :

- premier contact IDE appuyé par un livret guide pour explication de la pathologie et de la prise en charge
- diagnostic et définition du plan personnalisé de soins par le cardiologue
- organisation des séances et réalisation d'un diagnostic éducatif du patient
- phase de rééducation – séances collectives
- consultation médicale d'évaluation par le cardiologue à mi-parcours
- évaluation finale (par l'ensemble des praticiens) et retour à domicile avec suivi à long terme

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

Cardiologues, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciens, psychologues, addictologues, éducateurs thérapeutiques, enseignants en APA

**Modèle financier**

Le modèle de financement est un **forfait par patient** de 445 € (années 1 et 2) révisé à la hausse à 465 € **par séquence de soins** en année 3. **Certains patients** (dont la proportion est estimée à 42%) nécessiteront une **prise en charge complémentaire décidée par le cardiologue à la fin de la première séquence**, et dont le forfait est de 151 € (années 1 et 2) révisé à la hausse à 165 € en année 3.



Prévenir la perte de fonction du greffon et l'apparition de comorbidités par une surveillance optimisée et personnalisée à domicile de chaque patient transplanté



**Porteur du projet**  
Société SEMEIA (Optim'Care)

**Partenaires**  
CHU et professionnels libéraux participants au suivi des patients

### Expérimentateurs franciliens

Hôpital Pitié-Salpêtrière et Hôpital Bichat (AP-HP)



**75**  
Autres régions :  
ARA, BFC, GE, HDF, NA, OCC



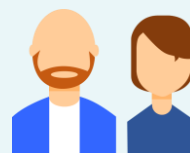
**3 ans et 9 mois**  
Lancée le 03/03/2021



**467 K€ (FISS)**



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière  
Patients transplantés  
**550** patients



Publié au Journal officiel  
le 12/10/2019, modifié le 24/06/2021



**Financement complémentaire :**  
forfaits semestriels par patient pour la  
télésurveillance, l'accompagnement  
thérapeutique et la solution technique.



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

télésurveillance, transplantation  
(hépatologie, pneumologie, cardiologie)

## Caractère innovant

L'expérimentation permet de tester un modèle organisationnel de **suivi à distance des patients ayant bénéficié d'une transplantation**, permettant ainsi une surveillance plus fine et continue. Ce modèle repose sur un **travail pluri-professionnel** associant une **expertise médicale** et une **expertise paramédicale**. L'accompagnement thérapeutique proposé est destiné à impliquer le patient dans sa propre surveillance.

## Modèle organisationnel

### Objet du projet

L'expérimentation a pour objet de mettre en place un financement forfaitaire pour la **télésurveillance médicale des patients transplantés (cœur, foie, poumon)**, afin de prévenir la perte de fonction du greffon.

Cette télésurveillance a notamment pour objectif **de détecter et prendre en charge au plus tôt les éventuelles comorbidités**, d'améliorer la qualité de vie du patient et son adhésion au traitement.

### Population cible

Patients transplantés d'organes (en IDF : La Pitié Salpêtrière = foie, et Bichat = cœur)

### Etapas principales du parcours de soins

La télésurveillance repose sur trois composantes :

- le recueil par une solution technique de données cliniques, biologiques et, si besoin, psychologiques, ainsi que leur traitement par un algorithme
- le suivi à distance, par un médecin, des données cliniques et biologiques recueillies
- l'accompagnement thérapeutique à distance par un professionnel paramédical

### Acteurs impliqués dans la prise en charge

Médecins transplantateurs, hépatologues, cardiologues, pneumologues, médecins traitants, autres professions paramédicales

## Modèle financier

L'expérimentation ambitionne de tester un **financement forfaitaire semestriel** par patient avec trois composantes distinctes :

- un **forfait de 60€ par patient/semestre**, pour le médecin effectuant la **télésurveillance** (ou sa structure employeur)
- un **forfait de 60€ par patient/semestre**, pour le professionnel assurant l'**accompagnement thérapeutique** (ou sa structure employeur)
- un **forfait de 220 € par patient/semestre**, pour le **fournisseur de la solution technique**





Déployer un programme de réadaptation cardiaque pour les patients coronariens stabilisés après un accident aigu et avec un risque de réadaptation faible (score RARE $\geq$ 2)

### Porteur du projet

Centre de réadaptation de Durtol



### Partenaires territoriaux

Centre Maurice-Delort, CH Loire Vendée Océan, CRCRL, Centre les Hautois, Centre la Mitterie, Centre des Capucins

### Expérimentateurs franciliens

Hôpital Saint-Joseph et Hôpital Léopold Bellan



75

Autres régions : ARA, HDF, PDL



3 ans et 6 mois

Lancée le 27/01/2022



4 251 K€ (FISS)



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière

2 579 patients



Publié au Journal officiel  
le 28/07/2021, modifié le 06/04/2023



Financement partiellement substitutif  
et complémentaire :

forfait pour une séquence  
en télé-réadaptation de 16 jours  
et un suivi jusqu'à 6 mois



ars-idf-art51@ars.sante.fr



**Mots clés :**

télé-réadaptation, cardiologie, coaching à distance, APA

**Caractère innovant**

L'expérimentation permet de tester un **nouveau mode de réadaptation combinant une prise en charge en présentiel et en autonomie avec une solution technique de télésurveillance**. Il s'appuie sur le principe du coaching à distance avec une supervision indirecte et asynchrone des exercices de rééducation cardiaque prescrits par les équipes de SSR.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

L'expérimentation vise à :

- proposer une **amélioration de l'accès aux soins** de réadaptation cardiaque
- obtenir les **mêmes résultats** en termes de capacités fonctionnelles **qu'avec un programme classique en centre**
- préparer et faciliter l'adhésion à la phase III : le patient se réadaptant depuis chez lui, dans son environnement du quotidien, sera déjà **éduqué à une auto-gestion de l'exercice physique au long cours**
- diminuer les **coûts de transport**
- optimiser le **temps médical et d'autres soignants**

**Population cible**

Patients coronariens stabilisés suite à un accident aigu et nécessitant une réadaptation cardiaque

**Étapes principales du parcours de soins**

Le déploiement de programmes de télé-réadaptation cardiaque débute par un **bilan initial en hôpital de jour SSR et 2 à 3 séances en centre** et se poursuit sur **16 jours en autonomie à domicile** avec un programme comprenant :

- des **séances d'activité physique adaptée** à l'évolution des capacités du patient
- des **séances d'accompagnement thérapeutique** à distance
- un **accompagnement psychosocial**

Une adaptation du programme est réalisée par l'équipe SSR en fonction des données transmises par la plateforme relatives à :

- l'observance
- l'adhésion du patient au programme
- la qualité des séances

À l'issue du parcours de télé-réadaptation :

- une attention particulière est portée sur le maintien du patient dans une dynamique d'activité physique (Phase III)
- un suivi et une évaluation sont réalisés à 6 mois

**Acteurs impliqués dans la prise en charge :**

Cardiologues, infirmiers, enseignants en APA, kinésithérapeutes, diététiciens, psychologues, tabacologues

**Modèle financier**

Le modèle de **financement est partiellement substitutif et complémentaire**. Le parcours de télé-réadaptation sur 20 jours est financé par un forfait. Ce forfait de 990,73 € comprend les séances hebdomadaires d'accompagnement thérapeutique et les séances d'activité physique adaptée à raison de 2 à 6 séances par semaine en fonction du bilan fonctionnel et motivationnel. La rémunération de base est fondée sur le temps moyen de suivi à distance et de coordination sur 20 jours.



## Expérimentations Ministérielles

## 10 expérimentations Ministérielles



- CSSAC •
- EDS •
- EQLAAT •
- FACILISOINS •
- FORFAIT DE RÉORIENTATION DES URGENCES •
- IPEP •
- OBEPEDIA •
- PEPS •
- RÉPAP •
- SEC PARTICIPATIVES •



Offrir un accueil et un accompagnement d'approche communautaire qui vise à mettre en place un parcours de « test and treat » pour faciliter les dépistages et accompagner la mise en place d'un traitement pour le VIH, les hépatites virales et les IST et *in fine* évaluer l'impact de cette offre spécifique sur l'incidence des infections virales (VIH, VHB, VHC) et des infections sexuellement transmissibles (IST).

#### Porteur du projet

Ministère de la Santé et de la Prévention

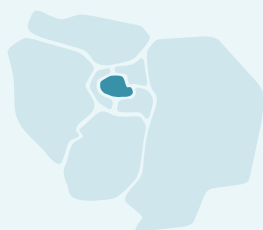


#### Partenaires

Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), coordination régionale de la lutte contre l'infection due au VIH (COREVIH), hospices civils de Lyon, association « Vers Paris sans Sida », AKS (plateforme ELSA- Ensemble luttons contre le sida en Afrique)

#### Expérimentateur francilien

CDS Le Checkpoint (Kiosque info sida et toxicomanie) Paris 2<sup>ème</sup>



75

Autres régions : ARA, OCC, PACA



2 ans et 5 mois

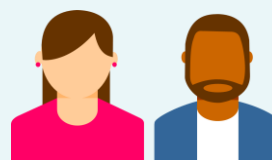
Lancée le 01/07/2021



15 238 K€ (FISS)



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière

Personnes les plus exposées aux infections virales (VIH, VHB, VHC) et aux infections sexuellement transmissibles (IST) et réticentes à consulter dans les structures sanitaires classiques,

**81 619** passages  
(consultation et vaccin)



Publié au Journal officiel  
le 29/11/2020



Financement partiellement substitutif et complémentaire : forfait multi-acteurs annuel par patient et dotations spécifiques



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

ville, santé sexuelle, VIH, IST

**Caractère innovant**

L'expérimentation permet la **mise en place de nouvelles organisations proposant des parcours de santé sexuelle intégrés**, innovants et simplifiés, ainsi qu'un accompagnement communautaire. Elle s'inspire du parcours anglo-saxon « Test and Treat » qui propose, dans une unité de lieu et dans un temps acceptable, une phase de dépistage suivie, si nécessaire, d'une phase de traitement.

L'expérimentation permet également de **tester un nouveau mode de financement innovant** sur la base du financement de trois forfaits pluri-professionnels et de dotations, afin de proposer aux populations cibles des parcours de prise en charge complets et simplifiés, adaptés à leurs besoins.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

L'objectif de la création de **centres de santé dédiés à la santé sexuelle** est d'offrir un accueil et un accompagnement communautaire qui vise, **sur un même site et dans un temps court**, à **faciliter les dépistages** des infections sexuellement transmissibles (IST), **traiter** les personnes les plus exposées et, **in fine, évaluer l'impact de cette offre spécifique sur l'incidence des infections virales** (VIH, VHB, VHC) et des IST.

Il pourra également être proposé une mise à jour des vaccinations pour les pathologies concernées, des consultations spécialisées et/ou un accompagnement social et communautaire.

**Population cible**

**Ensemble de la population**, plus particulièrement les **populations les plus exposées** aux IST, VIH ou hépatites virales (HSH, travailleurs du sexe, consommateurs de produits psychoactifs injectables) dont certains **publics cibles réticents** à consulter dans les structures sanitaires classiques.

**Étapes principales du parcours de soins**

L'expérimentation peut se décliner en plusieurs modules :

- **parcours Test** : entretien de santé sexuelle/prélèvements biologiques et/ou TROD
- **parcours Treat** : si un résultat est positif dans le parcours Test, un traitement est prescrit, et au besoin le Traitement Post Exposition (TPE) aussi. Un médiateur peut intervenir à cette étape selon les besoins
- **parcours PrEP** : examens de biologie médicale et consultations médicales en initiation et en suivi
- **parcours Vaccination** : consultations et prescriptions des vaccinations VHB, VHA, HPV et méningocoques C, selon les recommandations du calendrier vaccinal
- **parcours consultations spécialisées** : indépendamment du parcours de dépistage et de prise en charge, des consultations spécialisées sont réalisées avec des psychologues, sexologues médicaux ou non, en parallèle d'un accompagnement social et/ou d'un accompagnement communautaire individuel et collectif

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

Médecins, infirmiers, psychologues, sexologues, assistants sociaux, médiateurs communautaires

**Modèle financier**

Le modèle financier repose sur un **modèle mixte**, combinant plusieurs forfaits et dotations annuelles.

**Trois forfaits** pour un panier de prestations :

- un forfait « Dépistage » : 186 €
- un forfait « Traitement » : 72 €
- un forfait « PreP » : 58 €

**Trois dotations annuelles** :

- une dotation « Vaccins »
- une dotation « Consultations spécifiques »
- une dotation « Structure »



Mettre en place un paiement à l'épisode de soins chirurgical comprenant, dans un périmètre défini, l'amont, le séjour hospitalier et l'aval, pour la colectomie pour cancer, la prothèse totale de hanche et la prothèse totale de genou



#### Porteurs du projet

Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Ministère de la Santé et de la Prévention

#### Expérimentateurs

38 établissements en France dans 11 régions : en IDF, 9 établissements de santé

#### Expérimentateurs franciliens

Hôpital Saint-Joseph, Institut mutualiste Montsouris, hôpital Lariboisière - Widal, clinique Arago, GH Diaconesses-Croix Saint-Simon, hôpital Ambroise-Paré, hôpital d'instruction des armées Begin, clinique Claude -Bernard, clinique Domont



**75 - 92 - 94 - 95**

Autres régions : BRE, NOR, HDF, GE, BFC, CVL, NA, ARA, OCC, PACA



**5 ans**

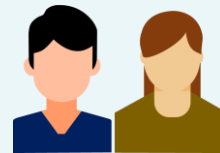
Lancée le 26/10/2020



**28 000 K€ (FISS)**



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière

Patients devant faire l'objet d'une chirurgie pour une prothèse totale de hanche ou du genou ou d'une colectomie pour cancer

**23 400 patients**



Publié au Journal officiel  
le 23/07/2019, modifié le 21/12/2021



#### Financement complémentaire :

forfait à l'épisode de soins  
(7,5 mois pour prothèse de genou 4,5 mois pour prothèse de hanche et colectomie) prenant en compte les caractéristiques et les facteurs de risques des patients, associé à un paiement à la qualité et à la performance



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

ville-hôpital, chirurgie, orthopédie, colectomie

**Caractère innovant**

Le financement à l'épisode de soins vise à inciter les professionnels de santé concourant au même parcours patient à concevoir la prise en charge dans sa globalité, en intégrant davantage l'impact de la période pré-opératoire. Elle s'appuie sur une mise à disposition par l'Assurance Maladie de données agrégées relatives à leur patientèle auprès des acteurs (caractéristiques, consommations de soins et parcours de soins des patients) afin de permettre le pilotage du projet.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

L'expérimentation poursuit un objectif d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins grâce notamment à une **organisation fondée sur les bonnes pratiques de prise en charge et la coordination des acteurs intra et extrahospitaliers**. 3 épisodes de soins sont concernés par l'expérimentation (3 cahiers des charges) :

- **prothèse totale de hanche (PTH)** : durée de 45 jours avant l'intervention et jusqu'à 3 mois après
- **prothèse totale de genou (PTG)** : durée de 45 jours avant l'intervention et jusqu'à 6 mois après
- **colectomie pour cancer** : durée de 45 jours avant l'intervention et jusqu'à 3 mois après

**Population cible**

Patients ayant une chirurgie programmée pour une prothèse totale de hanche, une prothèse totale de genou ou une colectomie pour cancer

**Etapes principales du parcours**

Le parcours s'organise comme tel :

- consultation chirurgicale menant à la décision d'intervention
- pré-habilitation (dépistage et prise en charge de l'anémie et la dénutrition) et anticipation du mode de sortie
- intervention chirurgicale (séjour ambulatoire ou hospitalisation complète)
- période post-opératoire : partage de protocoles de soins et d'informations de suivi avec les partenaires SSR et HAD, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes, médecins MPR
- questionnaires visant à recueillir les retours des patients (PREMs spécifiques et PROMs identifiés par l'HAS)

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

Ensemble des acteurs participant à l'EDS (acteurs de ville, établissements de santé MCO, SSR, HAD...)

**Modèle financier**

**Forfaits nationaux ajustés sur le risque par épisode pour chaque établissement en fonction des caractéristiques du patient (environnement social, âge..), son parcours et du risque de ré-hospitalisation.**

- rémunération groupée des établissements de santé (MCO/SSR/HAD), des professionnels de santé et structures de soins de ville concourant, par leurs prestations de soins, à la prise en charge d'un patient
- dérogation aux règles relatives au partage d'honoraires et de bénéfices provenant de l'activité professionnelle entre professionnels de santé

**Modalités de fonctionnement :**

- financement rétrospectif et non substitutif : gestion *a posteriori* des écarts entre forfait EDS et dépenses d'AM observées pour l'ensemble des patients inclus, calcul d'un intéressement aux économies réalisées
- une enveloppe qualité, calculée sur le même principe qu'IFAQ, le score qualité est déterminant pour permettre le versement du bonus
- partage de l'éventuel intéressement entre l'établissement MCO porteur et les structures ou acteurs partenaires (SSR, HAD, ville) ayant conventionné avec lui



**Nouveau**

Mettre en place des équipes locales accessibles rapidement et aisément, indépendantes de toutes activités commerciales sur les aides techniques, pour l'évaluation et l'accompagnement au choix et à la prise en main des aides techniques pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées



**Porteur du projet**  
CNSA

**Partenaires**  
24 équipes EQLAAT

### Expérimentateurs franciliens

Site de l' Espace conseil pour l'autonomie en milieu ordinaire de vie (ESCAVIE) de Savigny-Le-Temple, PAT de Melun, appartenant au Centre d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques (CICAT) de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Île-de-France (CRAMIF)



**77**

Autres régions : toutes les régions de France métropolitaine, Guadeloupe et Martinique



**2 ans**

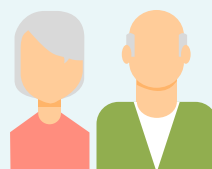
Lancée le 01/09/2021



**11 853 K€ (FISS)**



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière

Personnes en situation de handicap et personnes âgées pour lesquelles un besoin d'aide technique est identifié

**13 000 patients**



Publié au Journal officiel le 24/02/2021, modifié le 26/08/2022



**Financement complémentaire :**  
4 forfaits selon la durée d'évaluation, d'accompagnement et la topographie du territoire



ars-idf-art51@ars.sante.fr



**Mots clés :**

personnes handicapées, personnes âgées, autonomie, aides techniques

**Caractère innovant**

L'expérimentation permet de **tester un parcours de prise en charge pluridisciplinaire et coordonné incluant des prestations non prises en charge actuellement par l'Assurance Maladie**. Cette expérimentation s'appuie sur des structures existantes mais offre le cadre à l'émergence de différents modèles organisationnels n'ayant pas encore de telles activités et répondant aux contextes territoriaux.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

L'expérimentation propose une organisation innovante concourant à **l'amélioration de l'accès aux aides techniques et à leur bonne adaptation (pertinence) pour les personnes en situation de handicap et plus particulièrement des personnes âgées** par une prise en charge pluridisciplinaire intégrant des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux.

**Population cible**

Personnes en situation de handicap et personnes âgées pour lesquelles un besoin d'aide technique est identifié

**Étapes principales du parcours de soins**

Le projet est structuré autour de 7 étapes :

1. **initiative** : premier contact avec les services dédiés à l'accès aux aides techniques
2. **évaluation** : évaluation des besoins
3. **sélection de la solution d'assistance** : définition de l'accompagnement individuel
4. **sélection de l'équipement** : choix de l'aide technique, type et le cas échéant modèle
5. **autorisation** : obtention du financement
6. **mise en œuvre** : livraison à l'utilisateur, montage et formation
7. **gestion et suivi** : maintenance et vérification périodique

Ces sept étapes sont utilisées comme cadre conceptuel. Leur cardinalité est à apprécier de façon souple.

A chaque étape, l'équipe veillera à la place de la personne et de ses proches aidant. Si des actions complémentaires semblent nécessaires pour la personne (soins, aménagements de logement, accès à des services...), l'équipe orientera la personne vers les professionnels ou services adéquats.

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

A minima ergothérapeutes et travailleurs sociaux + autres professionnels réadaptateurs comme par exemple des paramédicaux rééducateurs (kinésithérapeutes, orthoptistes ou orthophonistes) ou des professionnels médico-techniques (opticiens ou audioprothésistes)

**Modèle financier**

L'expérimentation prévoit la mise en place de **4 forfaits** permettant de prendre en charge 13 000 patients sur la durée de l'expérimentation, et intégrant l'accompagnement, l'évaluation, la coordination, les frais de gestion ainsi que les frais et temps de déplacement des professionnels :

	<b>Forfait 10 heures</b>	<b>Forfait 15 heures</b>
en plaine	607 €	916 €
en montagne	632 €	951 €

Nouveau

M

# FACILISOINS

Forfait santé pour les personnes atteintes de handicap en établissement ou service médico-social

Mettre en place un nouveau modèle de financement et d'organisation de la prévention et des soins pour les personnes en situation de handicap (enfants et adultes) accueillies en établissement médico-social, afin de leur garantir un parcours de santé inclusif et coordonné, qui mobilise au mieux les ressources en santé du territoire, en particulier les soins de ville



### Porteur du projet

Ministère de la Santé et de la Prévention

### Partenaires territoriaux

20 établissements médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap

### Expérimentateurs franciliens

EAM APF France Handicap Combs-la-Ville (77), FAM de Billancourt (92)



77 - 92

Autres régions : ARA, BFC, BRE, HDF, NOR, NA, OCC, PDL



2 ans

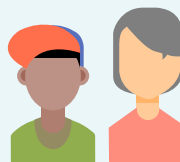
Lancée le 22/07/2022



1 000 K€ (FISS)



Cahier des charges - Avis CTIS



### France entière

Enfants et adultes en situation de handicap accueillis en établissement médico-social



Publié au recueil des actes administratifs le 21/04/2021, modifié le 22/07/2022



Financement substitutif et complémentaire : droit commun pour les soins de ville et les produits de santé



ars-idf-art51@ars.sante.fr



**Mots clés :**

personnes handicapées, autonomie, prévention, parcours de soin, aidants

**Caractère innovant**

L'expérimentation permet de **tester un modèle de financement et d'organisation de nature à améliorer l'accès aux soins et la santé des personnes en situation de handicap et de provoquer un changement des pratiques des établissements médico-sociaux** en les recentrant sur leur cœur de métier en terme d'accompagnement des personnes dans leur parcours de santé.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

Cette expérimentation vise à :

- **améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap accueillies en établissement médico-social** en favorisant un parcours de santé inclusif, en promouvant la prévention et en évitant les ruptures de parcours de soins
- **donner un accès aux soins de ville aux personnes accueillies en établissement médico-social** dans les conditions du droit commun, et **considérer que le financement de ces soins et des produits de santé ne relèvent plus du budget des établissements**
- permettre aux établissements **d'expérimenter des modes d'organisation et de coopération pour faciliter le recours aux soins et à la prévention des personnes accompagnées**

**Population cible**

**Personnes en situation de handicap, adultes et enfants, hébergées ou accueillies** dans les établissements médico-sociaux parties prenantes à l'expérimentation.

**Etapas principales du parcours de soins**

Le recentrage financier s'accompagne d'une réforme organisationnelle afin de **permettre aux établissements de développer la mission de coordination et d'organisation du parcours de soins**. Ceci repose notamment sur une **contractualisation entre l'établissement, l'ARS et la CPAM pour fixer le cadre du forfait santé mais également de poser un diagnostic des axes organisationnels et qualitatifs à mettre en œuvre** par l'établissement **pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins** des personnes en situation de handicap accompagnées.

Le cahier des charges de l'expérimentation **n'est pas prescriptif quant aux modes d'organisation et de coopération** à mettre en place pour répondre à ces objectifs de suivi et de coordination du parcours de santé des personnes accompagnées et n'a pas vocation à proposer des « solutions toutes faites ».

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

ESMS, cercle de soins du patient résidant en institution : médecins généralistes et spécialistes, dentistes, infirmiers, professionnels paramédicaux, ainsi que les aidants

**Modèle financier**

Le modèle de financement proposé repose à la fois sur :

- une **dotation allouée dans le cadre du droit commun par l'ARS via l'ONDAM médico-social à l'établissement** lui permettant de financer ses missions propres ainsi que ses missions spécifiques de suivi du parcours de santé de la personne (nursing, coordination de la prévention et des soins, accompagnement de la déficience et à l'autonomie)
- le **financement des soins de ville relatifs à la « maladie » au sens large (soins « médicaux », pharmacie, actes de prévention, etc. ) par le droit commun dans le cadre de l'ONDAM soins de ville.**

Ce financement se fera prioritairement par le biais de dispositifs déjà existants et mis en œuvre par l'Assurance Maladie (ententes préalables et soins complémentaires) dans le cadre du droit commun.

Nouveau

M

## FORFAIT DE RÉORIENTATION DES URGENCES

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.



### Porteur du projet

Ministère de la Santé et de la Prévention

### Partenaires

36 établissements de santé en France, dont 2 en Île-de-France

### Expérimentateurs franciliens

Hôpital Robert-Debré (AP-HP) et Hôpital Jean-Verdier



75 - 93

Autres régions : ARA, BFC, BRE, COR, GUA, GE, HDF, MAY, NA, NOR, OCC, PDL, PACA, REU



2 ans

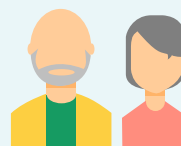
Lancée le 01/05/2021



15 240 K€ (FISS)



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière  
Jusqu'à 90 000  
patients bénéficiaires



Publié au Journal officiel  
le 06/03/2021



**Financement substitutif :**  
forfait à la réorientation, substitutif  
au financement d'une prise en charge  
aux urgences (actes, consultations et ATU)



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

ville-hôpital, urgences, soins non programmés

**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 contre-intuitif** du dispositif est une application dans les modes de financement en santé de la théorie d'influence comportementale (nudge).

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

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

**Population cible**

Patients accueillis aux urgences

**Étapes principales du parcours de soins**

Les différentes phases du parcours sont les suivantes :

1. présentation du patient aux urgences
2. évaluation de l'urgence par l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO), questionnaire de réorientation consentement oral du patient à entrer dans l'expérimentation
3. validation de la réorientation par un médecin sénior
4. prise de rendez-vous de réorientation
5. édition du bulletin de réorientation
6. prise en charge par un médecin de ville (objectif : 70% des rendez-vous en ville honorés)

La **décision de réorientation est prise par un médecin senior** mais la soumission du questionnaire peut être déléguée à un médecin junior ou une infirmière (protocoles identifiés au D. 6124-18 du Code de la santé publique (CSP)).

Le patient est réorienté vers un **praticien de ville avec lequel la structure a signé une convention** (maison médicale de garde, cabinet de groupe, maison de santé, cabinet, centre de santé, etc.). Un **bulletin de réorientation**, comportant le jour du rendez-vous chez un médecin de ville, est remis au patient et adressé au médecin en parallèle.

La réorientation n'est pas obligatoire, le **patient peut toujours la refuser**.

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

Médecins urgentistes, IAO, médecins exerçant en structure ambulatoire de médecine générale

**Modèle financier**

**Forfait de 60 € délivré à l'établissement en substitution à l'ATU (Accueil Traitement des Urgences) et autres actes potentiels**, possible partage de ce forfait avec les médecins partenaires de ville.

Cible de réorientation : 5 à 10% des passages non suivis d'hospitalisation en moyenne (certains établissements de santé sont plus ambitieux et envisagent jusqu'à 12 à 15%).



Tester des organisations innovantes en santé et un nouveau mode de financement complémentaire aux financements de droit commun, reposant sur un intéressement collectif fondé sur des critères de qualité, d'expérience patient et de maîtrise des dépenses de santé

#### Porteurs de projet

Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Ministère de la Santé et de la Prévention



#### Expérimentateurs

30 groupements d'acteurs en France dont 7 franciliens engagés collectivement autour d'un principe de responsabilité populationnelle

#### Expérimentateurs franciliens

Vague 1 : IPEP 93- CPTS Bondy-Bobigny/Hôpital Jean Verdier (AP-HP); IPEP 75 - CPTS Paris 13-14; IPEP 94 - CPTS 94 de la Bièvre | Vague 2 : IPEP 91- HYGIE; IPEP Epidaure 93 - La Courneuve Aubervilliers; IPEP Epidaure 75 - Paris Richerand; IPEP 94 - Epidaure Champigny



**75 - 91 - 93 - 94**

Autres régions : ARA, BRE, OCC, NA, NOR, PDL, HDF, GE, BFC, CVL, PACA, ARA, REU, GUY



**5 ans**

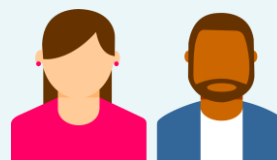
Lancée le 05/08/2020



**22 436 K€ (FISS)**



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière

**460 000 patients**

(volume minimal de 5 000 patients par groupement d'acteurs)



Publié au Journal officiel  
le 03/07/2019, modifié le 12/08/2022



**Financement complémentaire :**  
intéressement collectif



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

ville-hôpital, actions coordonnées, patients complexes, qualité

## Caractère innovant

Le projet Ipep concrétise la mise en place du **concept de responsabilité populationnelle** et permet de **tester un modèle de rémunération collective de type shared savings (partage de gains)**, issu d'expériences étrangères telles que les accountable care organizations (ACO) et fondé sur la performance d'un groupement d'acteurs de santé. Les **groupements sont libres de l'utilisation des fonds alloués** dans ce cadre, **y compris pour le financement** de prestations dites « dérogatoires », **hors panier de soins** ou hors nomenclature. La prise en compte des résultats à un **questionnaire portant sur l'expérience du patient** au cours de son parcours de santé constitue également une innovation.

## Modèle organisationnel

### Objet du projet

Le modèle IPEP consiste à **allouer un intéressement financier collectif à un groupement** d'acteurs, leur permettant la mise en place d'organisations les plus adaptées à une prise en charge partagée des patients, en visant à :

- promouvoir la responsabilité populationnelle : apporter aux patients à la fois un meilleur accès aux soins et davantage de fluidité dans leur prise en charge
- favoriser l'approche coordonnée des différents acteurs autour d'une prise en charge
- accompagner les modes d'exercice regroupés ou coordonnés et participer à la structuration des soins ambulatoires
- développer la pertinence des soins, diminuer les actes et hospitalisations évitables

### Population cible

Ensemble de la **patientèle des médecins traitants membres du groupement**, et plus particulièrement les patients ayant les **parcours de santé les plus complexes ou à risque de complications** (atteints de pathologies chroniques, poly-pathologies ou personnes âgées...) et ceux ayant des **difficultés d'accès aux soins** (notamment aux soins non programmés)

### Etapas principales du parcours de soins

Les actions mises en place portent sur des objectifs d'amélioration de l'accès aux soins, de coordination des prises en charge, en particulier ville-hôpital, de pertinence des prescriptions médicamenteuses et de prévention.

### Acteurs impliqués dans la prise en charge

Médecins traitants et tous autres PS impliqués dans des actions de santé publique

## Modèle financier

L'expérimentation vise à tester un nouveau **mode de financement complémentaire aux financements** de droit commun, reposant sur un **intéressement collectif** fondé sur des critères de qualité, d'expérience du patient et de maîtrise des dépenses de santé.

### Intéressement collectif :

- **non substitutif** - complémentaire aux modes de rémunération principaux (à l'acte ou à l'activité)
- **conditionné à l'atteinte d'objectifs** - basé sur la qualité et la maîtrise des dépenses
- **purement incitatif** - sans sanction financière en cas de non-atteinte des objectifs fixés
- **sans fléchage** - versé à un groupement d'acteurs libre dans l'utilisation qui en est faite

### Avec modulation de l'intéressement collectif en fonction de :

- la qualité des soins et prise en compte de l'expérience patient à travers des indicateurs de qualité et de performance (socles et à la carte) et un questionnaire patient
- la maîtrise des dépenses à travers la comparaison des dépenses au niveau national (écart et évolution)





**Prendre en charge des enfants et adolescents atteints d'obésité sévère par la mise en œuvre d'un parcours médical et d'accompagnement personnalisé mobilisant des coopérations multidisciplinaires entre l'hôpital et la ville**

**Porteur du projet**

Ministère de la Santé et de la Prévention

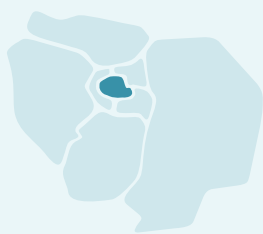
**Expérimentateurs**

11 centres spécialisés d'obésité (CSO) partenaires à l'échelle de 9 territoires : CSO Nancy, CSO Bordeaux, CSO Angers – Structure régionale d'appui et d'expertise nutrition, CSO de Lill, CIO HCL de Lyon, CSO Toulouse, CSO Nice – Centre de soutien santé social (C3S, APHP/CINFO, CIO Centre IDF, CSO Sud IDF; CSO de la Réunion



**Expérimentateurs franciliens**

Les 3 Centres Spécialisés d'Obésité (CSO) pédiatriques (AP-HP) : Bicêtre, Debré, Trousseau



**75**

Autres régions : ARA, GE, HDF, NA, OCC, PACA, PDL, REU



**4 ans**

Lancée le 01/09/2021



**2 700 K€ (FISS)**



Cahier des charges - Avis CTIS



**France entière**

Enfants et adolescents de 3 à 18 ans atteints d'obésité sévère

**900** jeunes



Publié au Journal officiel le 24/11/2019



**Financement complémentaire et partiellement substitutif : forfaits multi-acteurs par patient et par an**



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**  
ville-hôpital, obésité, enfant

## Caractère innovant

L'expérimentation prévoit une **intervention intégrée et globale** incluant des prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie, avec la participation des **acteurs du secteur social et médico-social**. Un suivi est assuré par une **équipe pluridisciplinaire de proximité** faisant le **lien entre le CSO, la ville et intégrant le domicile et l'environnement de l'enfant**. Un **forfait global** pour cette prise en charge est versé par phase du parcours de soins avec **possibilité d'un intéressement sur la base de la qualité des soins prodigués**.

## Modèle organisationnel

### Objet du projet

L'expérimentation a pour objet la **prise en charge des enfants et adolescents (de 3 à 18 ans) atteints d'obésité sévère** incluant la mise en œuvre d'un projet médical de soins et d'accompagnement personnalisé qui inclut des coopérations multidisciplinaires impliquant aussi bien l'hôpital que la ville. L'objectif final est une diminution et une stabilisation significative de la corpulence et les objectifs intermédiaires permettent de mesurer l'amélioration progressive.

### Population cible

Enfants et adolescents (de 3 à 18 ans) atteints d'obésité sévère

### Étapes principales du parcours de soins

Le parcours décline cinq phases (durée recommandée de 2 ans) :

- la phase de pré-inclusion (3 mois)
- la phase intensive "1" (4 mois)
- la phase d'accompagnement "1" (8 mois)
- la phase intensive "2" (4 mois)
- la phase d'accompagnement "2" (5 mois) avec une équipe de proximité composée de quatre professionnels de santé

L'expérimentation vise aussi, à travers des **méthodes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)**, à **rationnaliser la demande de soins de celui-ci**.

Après un bilan initial réalisé à l'hôpital, chaque patient se voit proposer un **projet personnalisé de soins avec une double coordination** : deux référents hôpital-ville dédiés au projet pilotent la mise en œuvre *ad hoc* de chaque parcours sur le terrain et un professionnel libéral accompagne le patient et l'équipe de proximité.

### Acteurs impliqués dans la prise en charge

Équipes pédiatriques des centres spécialisés d'obésité, professionnels exerçant en ville à titre libéral ou dans une association parmi lesquels : médecins, infirmiers, diététiciens, psychologues, enseignants en APA, etc.

## Modèle financier

Trois forfaits correspondant aux 3 grandes étapes du parcours de soins, hors bilan initial, avec possibilité d'un intéressement sur la base de la qualité des soins prodigués :

- **phase de pré-inclusion** : 366 €
- **phases intensives - 1 à 2 phases intensives** :
  - phase intensive 1 : 528 €
  - phase intensive 2 : 628 €
- **phases d'accompagnement - 1 à 2 phases d'accompagnement** :
  - phase d'accompagnement 1 : 741 €
  - phase d'accompagnement 2 : 344 €

**Montant total du forfait** : 3 000 €/enfant pour la durée de l'expérimentation (soit 750 €/enfant/an)



**Expérimenter une rémunération forfaitaire collective des professionnels de santé en ville, substitutive au paiement à l'acte et libre dans son utilisation et dans sa répartition.**

**Porteurs du projet**

Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Ministère de la Santé et de la Prévention



**Expérimentateurs**

22 équipes d'expérimentateurs, agissant en centres de santé ou maisons de santé, dont 8 équipes de soins de centres de santé franciliennes

**Expérimentateurs franciliens**

Vague 1 : 10 CDS = 6 équipes de soins « EPIDAURE », : CMS Richerand , CMS Nanterre (2 CDS), CMS Gennevilliers (2 CDS), CMS Malakoff (2 CDS), CMS La Courneuve, CMS Champigny-sur-Marne (2 CDS)  
 Vague 2 : Deux CMS du 93 = CMS Aubervilliers Pesqué et CDS communautaire ACSBE La Place Santé St Denis ;  
 + modèle Primordial = CDS Ris-Orangis (91) et CDS Argenteuil (95)



**75 - 92 - 93 - 94**

Autres régions : ARA, NA, OCC, PDL, PACA



**5 ans**

Lancée le 13/11/2020



**17 000 K€ (FISS)**



**Cahier des charges - Avis CTIS**



**France entière**

patientèle totale (dont les 8 équipes IDF),  
 patientèle âgée, patientèle diabétique  
**54 481 patients**



Publié au Journal officiel  
 le 03/07/2019, modifié le 26/11/2022



**Financement complémentaire et partiellement substitutif :**

modèle de paiement collectif forfaitaire substitutif à l'acte sur un périmètre d'actes et de patients défini pour une équipe pluri-professionnelle de santé



**ars-idf-art51@ars.sante.fr**



**Mots clés :**

ville, médecin traitant, équipe de soins primaires, coordination pluri-professionnelle, qualité

**Caractère innovant**

Le projet PEPS permet aux équipes volontaires de **se libérer des contraintes du paiement à l'acte**. Ces équipes sont **libres de l'utilisation des rémunérations forfaitaires** allouées dans ce cadre, ce qui permet d'optimiser la prise en charge des patients en favorisant l'exercice pluri-professionnel. La rémunération PEPS tient également compte d'**indicateurs de qualité**, notamment un indicateur portant sur **l'expérience du patient** au cours de son parcours de santé.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

L'expérimentation PEPS vise à la mise en œuvre d'un **paiement collectif forfaitaire, substitutif à l'acte, pour une équipe** de professionnels de santé pluri-professionnelle en charge du suivi en ville de certains patients au profit de l'amélioration de la qualité et l'accès aux soins des patients.

**Population cible**

Patientèle « médecin traitant » de la structure d'exercice collectif

**Etapas principales du parcours de soins**

La structure ambulatoire d'exercice collectif doit répondre aux critères d'éligibilité suivants :

- présence d'**au moins 5 professionnels de santé conventionnés** volontaires (dont au moins 3 médecins généralistes et 1 infirmier)
- avoir **au moins 250 patients** ayant leur médecin traitant dans l'équipe

Le passage à une rémunération forfaitaire **doit soutenir des modifications organisationnelles et la mise en place d'activités nouvelles au sein de la structure**, comme les mises en place de :

- **protocoles de coopération** : les professionnels de santé sont invités à utiliser les protocoles autorisés et à innover, en proposant de nouveaux protocoles de coopération
- **coordination pluri-professionnelle** : les professionnels de santé sont invités à se coordonner en vue d'une plus grande efficacité des prises en charge et amélioration de leur patientèle médecin traitant
- **démarche qualité** : les professionnels de santé sont incités à améliorer la qualité de leur prise en charge, en partie mesurée par l'expérience des patients eux-mêmes
- **action de prévention** : les équipes peuvent librement cibler leurs efforts sur des actions de prévention primaire, secondaire ou tertiaire, et notamment d'éducation thérapeutique

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

Médecins traitants, infirmiers

**Modèle financier****Forfait MG/IDE :**

- partenariat renforcé dans PEPS, avec **partage du forfait entre les membres** d'une équipe au sein d'une même structure
- incitation à avoir une **pratique médicale efficiente** (orientation vers le professionnel de l'équipe le plus pertinent à la situation)
- objectifs de **qualité partagés** par tous les professionnels de l'équipe
- **gouvernance plus exigeante** (partage du forfait entre professionnels)

**PEPS est un forfait :**

- calculé **par patient** inclus dans la patientèle médecin traitant
- **versé à la structure** pour l'ensemble de l'équipe pluri-professionnelle participante
- **substitutif à l'acte** sur le champ concerné (consultations, visites et soins infirmiers (hors PDSA))
- **ajusté aux caractéristiques de la patientèle** (ex : âge et nombre d'ALD)
- prenant en compte le niveau de l'activité de l'équipe et la qualité
- **libre dans l'utilisation et la répartition** entre PS qui en est faite

**Nouveau**



Proposer à toutes les femmes enceintes, et en particulier aux plus vulnérables, un accompagnement personnalisé et gradué par un référent parcours périnatalité, de la grossesse aux trois mois de l'enfant, en complémentarité et en coordination avec les dispositifs et professionnels existants (ville/hôpital/PMI)

**Porteur du projet**

Ministère de la Santé et de la Prévention

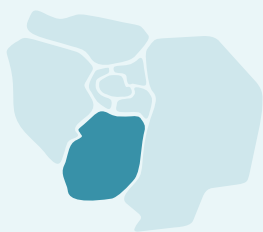


**Partenaires territoriaux**

CPTS Centre Essonne, Réseau de santé périnatalité: Périnat IF sud, CHIC Amboise Château Renault, Contrat Local de Santé Pays de Loire Touraine, CAF Touraine, CH Valence, CH Montélimar, CH Romans, Réseau de santé périnatalité Guyane

**Expérimentateurs franciliens**

CPTS Centre Essonne, Réseau de santé périnatalité : Périnat IF Sud



**91**

Autres régions : ARA, CVL, GUY



**2 ans**

Lancée le 20/01/2022



**930 K€ (FISS)**



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière

**2 178** femmes enceintes



Publié au Journal officiel  
le 10/08/2021, modifié le 03/03/2023



**Financement complémentaire**  
forfait à la séquence par parturiente, avec deux niveaux (socle et renforcé en fonction des facteurs de vulnérabilité)



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**  
enfant, périnatalité

## Caractère innovant

L'expérimentation permet de **tester une organisation et un financement** innovants en ce qu'elle permet de financer de **nouvelles prestations de coordination et d'accompagnement** de la femme dans son **parcours de grossesse et post-accouchement**. L'organisation prévue propose un **accès continu au référent pendant toute la durée du parcours** (entretiens et accès téléphonique), selon une approche graduée et qu'elle s'intègre dans le **parcours de grossesse et du post-natal en favorisant le lien ville-hôpital**. L'ouverture de l'expérimentation à des **profils variés de professionnels** assurant l'accompagnement permet de **s'adapter aux spécificités d'un territoire et à son contexte démographique** des professionnels de santé.

## Modèle organisationnel

### Objet du projet

L'expérimentation vise à **proposer à toutes les femmes enceintes**, et en particulier **aux plus vulnérables**, un accompagnement personnalisé et gradué par un référent parcours périnatalité, de la grossesse aux trois mois de l'enfant, en complémentarité et en coordination avec les dispositifs et professionnels existants (ville/hôpital/PMI), en poursuivant les objectifs suivants :

- **améliorer la santé globale des femmes et des enfants** en permettant un accompagnement continu du parcours de la grossesse au post-partum, et jusqu'aux trois mois de l'enfant
- **détecter précocement les vulnérabilités** et permettre le suivi de leur prise en charge, aussi bien dans les **champs sanitaire et social que psychique**

L'expérimentation s'articule avec les autres programmes de suivi en vigueur dans le champ de la périnatalité (ex : PRADO maternité), les autres expérimentations en cours, ainsi que les dispositifs s'inscrivant dans le chantier des 1000 premiers jours.

### Population cible

Femmes enceintes de moins de 7 mois au jour de leur entrée dans le dispositif, y compris les femmes présentant des facteurs de vulnérabilité et de fragilité

### Etapes principales du parcours de soins

Le parcours s'articule autour de plusieurs entretiens :

- 1<sup>er</sup> entretien en présentiel avec le RéPAP (détection vulnérabilité)
- 2<sup>ème</sup> entretien au 8<sup>ème</sup> mois
- 3<sup>ème</sup> entretien 15 jours après l'accouchement
- 4<sup>ème</sup> entretien 12 semaines après l'accouchement

Entretiens supplémentaires tout au long du parcours si facteur de risque et/ou vulnérabilités.

### Acteurs impliqués

Sages-femmes, gynécologues, médiateurs en santé, psychologues, assistantes sociales quel que soit leur mode d'exercice, tout professionnel impliqué dans le parcours de périnatalité

## Modèle financier

Le modèle de financement proposé est **un modèle financé au forfait** par femme comprenant :

- **pour chaque femme** accompagnée par un RéPAP : un **forfait socle de 165 €** correspondant à un parcours global (comportant 4 entretiens, de la coordination de parcours, et un accès téléphonique)
- **pour les femmes présentant des facteurs de vulnérabilité** et donc nécessitant un accompagnement renforcé du RéPAP : un **forfait renforcé additionnel de 99 €**. Ce dernier peut être déclenché au début ou au cours du parcours en fonction du moment où la vulnérabilité de la femme est décelée.

Nouveau



## Tester le modèle économique des centres et maisons de santé « participatifs »

### Porteur du projet

Délégation à la Prévention et à la Lutte contre la Pauvreté (DIPLP)



### Partenaires

Agence Nationale de la cohésion des territoires, Ministère de la Santé et de la Prévention et 26 structures d'exercice coordonné

### Expérimentateurs franciliens

ACSBE La Place Santé-Saint-Denis, La Fabrique Santé – Aubervilliers, MSP Mathagon – Paris, MSP Pyrénées Belleville - Paris



75 - 93

Ensemble de la France Métropolitaine



2 ans et 5 mois

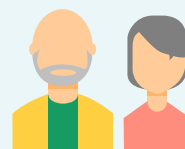
Lancée le 01/08/2021



30 000 K€ (FISS)



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière  
Population vulnérable



Publié au Journal officiel  
le 01/08/2021, modifié le 05/07/2022



**Financement complémentaire :**  
dotations pour la rémunération des activités « participatives », l'interprétariat professionnel et le soutien psychologique



[ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-art51@ars.sante.fr)



**Mots clés :**

ville, santé « participative »

**Caractère innovant**

L'expérimentation a pour objet de tester le modèle économique des **centres et maisons de santé « participatifs »**. Ces **structures de soins de premier recours pluri-professionnelles** mettent en œuvre un **projet de santé co-construit avec les usagers**, prévoyant une **prise en charge globale médico-psychosociale** et recourant à des **services de médiation sanitaire et d'interprétariat**.

**Modèle organisationnel****Objet du projet**

Ces structures déploient un accueil spécifiquement adapté aux personnes vulnérables et **mènent des actions de prévention, promotion et d'éducation à la santé, tournées vers les besoins des usagers**

Leur démarche participative est un processus progressif et fait l'objet de formation et d'évaluation continue.

Le cahier des charges définit les activités et les missions des structures dites « participatives ».

Les SEC doivent :

- avoir une **file active de 1 000 patients minimum**
- **s'implanter prioritairement dans ou à proximité de quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV)**

**Population cible**

Habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville

**Etapes principales du parcours de soins**

Les structures de soins de premier recours proposent une organisation adaptée à l'accueil et à la prise en charge globale de personnes vulnérables, de façon **pluri-professionnelle et intégrée, à la fois médicale, psychologique et sociale**.

**Acteurs impliqués dans la prise en charge**

Médecins généralistes, personnels d'accueil, médiateurs en santé, travailleurs sociaux, coordinateurs, psychologues

**Modèle financier**

Le financement est constitué de **4 dotations** destinées uniquement à financer du temps humain et non des frais de fonctionnement, versées à la structure et fongibles entre elles :

- **dotations pour la rémunération des activités « participatives »** réalisées par des professionnels autres que les professionnels de santé. Le nombre d'ETP est fixé en fonction de la file active en médecine générale de l'année précédente de la structure (entre 1000 et 6000 patients)
- **dotations de rémunération de la démarche participative** des professionnels de santé et de leur prise en charge d'une patientèle précaire ou vivant dans un territoire fragilisé, basée sur le taux de pauvreté du territoire dans lequel est implantée la structure
- **dotations de recours** à l'interprétariat professionnel en présentiel et/ou téléphonique
- **dotations de soutien psychologique** (en complément de la mesure de renforcement en psychologues des centres et maisons de santé pluri-professionnelles du Ségur de la santé) d'un montant maximum de 66 000 € par structure, après accord de l'ARS compétente





## Annexes



# Sites franciliens impliqués dans les expérimentations

Expérimentations  
Régionales

## CECICS

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	SIÈGE APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	184 RUE DU FAUBOURG SAINT-ANTOINE	75	PARIS 12
EXPÉRIMENTATEUR	HU SAINT LOUIS SITE LARIBOISIÈRE APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	2 RUE AMBROISE PARE	75	PARIS 10
EXPÉRIMENTATEUR	HU PITIE SALPETRIÈRE APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	47 BOULEVARD DE L'HÔPITAL	75	PARIS 13
EXPÉRIMENTATEUR	HU PARIS CENTRE SITE COCHIN APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	27 RUE DU FAUBOURG SAINT JACQUES	75	PARIS 14
EXPÉRIMENTATEUR	HU PARIS NORD SITE BICHAT APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	46 RUE HENRI HUCHARD	75	PARIS 18
EXPÉRIMENTATEUR	HU PARIS OUEST SITE G POMPIDOU APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	20 RUE LEBLANC	75	PARIS 15
EXPÉRIMENTATEUR	HU OUEST SITE AMBROISE PARE APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	9 AVENUE CHARLES DE GAULLE	92	BOULOGNE-BILLANCOURT
EXPÉRIMENTATEUR	HU HENRI MONDOR SITE HENRI MONDOR APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	51 AVENUE MAL DE LATTRE DE TASSIGNY	94	CRÉTEIL
EXPÉRIMENTATEUR	HU PARIS SUD SITE KREMLIN BICETRE APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	78 AVENUE DU GENERAL LECLERC	94	KREMLIN-BICÈTRE

## CeSOA

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR/ EXPÉRIMENTATEUR	CESOA-MGEN	AMBULATOIRE	LIB/ CAB LIB	178 RUE VAUGIRARD	75	PARIS 15

## EQUIP'ADDICT

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	ARS ILE-DE-FRANCE	INSTITUTION	AUTRE	13 RUE DU LANDY	93	ST DENIS
EXPÉRIMENTATEUR/ COORDONNATEUR	CAARUD PROSES	MEDICO-SOCIAL	CSAPA/ CAARUD	83B R ALEXIS PESNON	93	MONTREUIL
EXPÉRIMENTATEUR/ MSMA	MSP LAMY SANTE	AMBULATOIRE	MSP	13 R GAETAN LAMY	93	AUBERVILLIERS
EXPÉRIMENTATEUR/ MSMA	MSP DE BAGNOLET	AMBULATOIRE	MSP	40 R FRANCOIS MITTERAND	93	BAGNOLET
EXPÉRIMENTATEUR/ MSMA	MSP POLE DE SANTE DU CENTRE D'EPINAY	AMBULATOIRE	MSP	2 R LACEPEDE	93	EPINAY SUR SEINE
EXPÉRIMENTATEUR/ MSMA	CDS DANIEL RENOULT	AMBULATOIRE	CDS	31 BD THEOPHILE SUEUR	93	MONTREUIL
EXPÉRIMENTATEUR/ MSMA	CMS SAVATTEO	AMBULATOIRE	CDS	1 PL AIME CESAIRE	93	MONTREUIL
EXPÉRIMENTATEUR/ MSMA	MSP PANTINOISE	AMBULATOIRE	MSP	4 R DES GRILLES	93	PANTIN
EXPÉRIMENTATEUR/ MSMA	CDS MUNICIPAL PANTIN	AMBULATOIRE	CDS	28 R SAINTE MARGUERITE	93	PANTIN
EXPÉRIMENTATEUR/ MSMA	CABINET MÉDICAL DES JONCHEROLLES	AMBULATOIRE	LIB/ CAB LIB	45 CHE DES JONCHEROLLES	93	PIERREFITTE SUR SEINE
EXPÉRIMENTATEUR/ MSMA	CDS MUNICIPAL JEAN DOLIDIER	AMBULATOIRE	CDS	18 R GUEROUX	93	PIERREFITTE SUR SEINE
EXPÉRIMENTATEUR/ MSMA	CABINET MÉDICAL LES AULNES SAINT-DENIS	AMBULATOIRE	LIB/ CAB LIB	2 RUE DES AULNES	93	ST DENIS
EXPÉRIMENTATEUR/ MSMA	CDS ACSBE LA PLACE SANTE	AMBULATOIRE	CDS	17 R DE LORRAINE	93	ST DENIS
EXPÉRIMENTATEUR/ MSMA	CDS MUNICIPAL HENRI BARBUSSE	AMBULATOIRE	CDS	14 R HENRI BARBUSSE	93	ST DENIS

## FILIÈRES OUBLIÉES DES SSR

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	CENTRE RESSOURCES FRANCIEN DU TRAUMATISME CRÂNIEN (CRFTC)	ASSOCIATION	SYNDICAT / REP SPE	80 R DE PARIS	93	MONTREUIL
EXPÉRIMENTATEUR	HU PARIS NORD SITE BEAUJON APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	100 BD DU GENERAL LECLERC	92	CLICHY
EXPÉRIMENTATEUR	HU PARIS SITE RAYMOND POINCARÉ APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	104 BD RAYMOND POINCARÉ	92	GARCHES
EXPÉRIMENTATEUR	HU PITIE SALPETRIERE APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	47 BD DE L HOPITAL	75	PARIS 13
EXPÉRIMENTATEUR	HU PARIS SUD SITE KREMLIN BICETRE APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	78 AV DU GENERAL LECLERC	94	LE KREMLIN BICETRE
EXPÉRIMENTATEUR	HIA PERCY	SANITAIRE	ES SSA	101 AV HENRI BARBUSSE	92	CLAMART
EXPÉRIMENTATEUR	HU NECKER ENFANTS MALADES APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	149 R DE SEVRES	75	PARIS 15
EXPÉRIMENTATEUR	LES HOPITAUX DE SAINT MAURICE	SANITAIRE	EPS	12 R DU VAL D OSNE	94	ST MAURICE
EXPÉRIMENTATEUR	CLINIQUE FSEF BOUFFEMONT	SANITAIRE	ESPIC	5 R PASTEUR	95	BOUFFEMONT
EXPÉRIMENTATEUR	CLINIQUE FSEF NEUFMOUTIERS EN BRIE	SANITAIRE	ESPIC	19 R DU DOCTEUR LARDANCHET	77	NEUFMOUTIERS EN BRIE

## IPSO

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	GIE IPSO	AMBULATOIRE	LIB/ CAB LIB	323 RUE SAINT-MARTIN	75	PARIS 3
EXPÉRIMENTATEUR	IPSO SAINT-MARTIN	AMBULATOIRE	LIB/ CAB LIB	323 RUE SAINT-MARTIN	75	PARIS 3
EXPÉRIMENTATEUR	IPSO NATION	AMBULATOIRE	LIB/ CAB LIB	73 RUE DE MONTREUIL	75	PARIS 11
EXPÉRIMENTATEUR	IPSO PORTE D'ITALIE	AMBULATOIRE	LIB/ CAB LIB	153 AVENUE D'ITALIE	75	PARIS 13
EXPÉRIMENTATEUR	IPSO OURCQ	AMBULATOIRE	LIB/ CAB LIB	151 AVENUE JEAN JAURÈS	75	PARIS 19
PARTENAIRE	IMAGERIE BACHAUMONT	AMBULATOIRE	LIB/ CAB LIB	12 RUE BACHAUMONT	75	PARIS 2
PARTENAIRE	HU SAINT LOUIS SITE LARIBOISIÈRE APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	2 R AMBROISE PARE	75	PARIS 10
PARTENAIRE	JM RICARD, SIEL BLEU	ASSOCIATION	ACTEUR PREVENTION	19 RUE MERCEUR	75	PARIS 11

## MAM'EN FORME

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	ASSOCIATION NEF	AMBULATOIRE	RESEAUX	32 BD PAUL VAILLANT COUTURIER	93	MONTREUIL
PORTEUR/ EXPÉRIMENTATEUR	CH GENERAL DELAFONTAINE	SANITAIRE	EPS	2 R DU DR DELAFONTAINE	93	ST DENIS
EXPÉRIMENTATEUR	RÉSEAU ROMDES	AMBULATOIRE	RESEAUX	BASSIN DE RECRUTEMENT	93	SEINE-SAINT-DENIS
EXPÉRIMENTATEUR	VILLE DE SAINT-DENIS	COLLECTIVITE TERRITORIALE	AUTRE	VILLE DE SAINT-DENIS	93	ST DENIS
EXPÉRIMENTATEUR	VILLE DE LA COURNEUVE	COLLECTIVITE TERRITORIALE	AUTRE	VILLE DE LA COURNEUVE	93	LA COURNEUVE
EXPÉRIMENTATEUR	VILLE D'AUBERVILLIERS	COLLECTIVITE TERRITORIALE	AUTRE	VILLE D'AUBERVILLIERS	93	AUBERVILLIERS
PARTENAIRE	FONDATION SANTÉ SERVICE	MIXTE	HAD	88 RUE DE VILLIERS	92	LEVALLOIS-PERRET
PARTENAIRE	ASSOCIATION DU SPORT-SANTÉ	ASSOCIATION	ACTEUR PREVENTION	51 AV. ROGER SALENGRO	93	LA COURNEUVE

## OBEPAR

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	SIÈGE AP-HP	SANITAIRE	EPS AP-HP	184 RUE DU FAUBG ST ANTOINE	75	PARIS 12
EXPÉRIMENTATEUR	HU PARIS SSTDENIS SITE MURET APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	52 AV DU DOC SCHAFFNER	93	SEVRAN
EXPÉRIMENTATEUR	HU PARIS SITE AVICENNE APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	125 R DE STALINGRAD	93	BOBIGNY
EXPÉRIMENTATEUR	HU PARIS SITE JEAN VERDIER APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	AV DU 14 JUILLET	93	BONDY
EXPÉRIMENTATEUR	CHI DE CRETEIL	SANITAIRE	EPS	40 AV DE VERDUN	94	CRETEIL
EXPÉRIMENTATEUR	HU PITIE SALPETRIÈRE	SANITAIRE	EPS AP-HP	47 BOULEVARD DE L HÔPITAL	75	PARIS 13
EXPÉRIMENTATEUR	HU PARIS NORD SITE BICHAT	SANITAIRE	EPS AP-HP	46 RUE HENRI HUCHARD	75	PARIS 18
EXPÉRIMENTATEUR	HU PARIS OUEST SITE G POMPIDOU	SANITAIRE	EPS AP-HP	20 RUE LEBLANC	75	PARIS 15
EXPÉRIMENTATEUR	CHI POISSY SAINT GERMAIN	SANITAIRE	EPS	20 RUE ARMAGIS	78	SAINT-GERMAIN-EN-LAYE
EXPÉRIMENTATEUR	CH PRIVE DE L EUROPE	SANITAIRE	ES Privé	9 RUE DE SAINT GERMAIN	78	LE PORT-MARLY
EXPÉRIMENTATEUR	HU OUEST SITE AMBROISE PARE	SANITAIRE	EPS AP-HP	9 AVENUE CHARLES DE GAULLE	92	BOULOGNE-BILLANCOURT
EXPÉRIMENTATEUR	HU PARIS NORD SITE LOUIS MOURIER	SANITAIRE	EPS AP-HP	178 RUE DES RENOULLIERS	92	COLOMBES

## OPTIMED

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	COLLECTIF OPTIMED ILE-DE FRANCE	MIXTE	AUTRE		IDF	
EXPÉRIMENTATEUR	PHARMACIE MARTINEZ-VILLEMONT	AMBULATOIRE	PHARMACIE	58 BOULEVARD DE PORT ROYAL	75	PARIS 5
EXPÉRIMENTATEUR	EHPAD ACPPA PEAN	MÉDICO-SOCIAL	EHPAD	9 RUE DE LA SANTE	75	PARIS 13
EXPÉRIMENTATEUR	SELARL PHARMACIE GODART	AMBULATOIRE	PHARMACIE	23 AVENUE DU GÉNÉRAL DE GAULLE	77	FONTENAY-TRÉSIGNY
EXPÉRIMENTATEUR	EHPAD LES JARDINS DE MÉDICIS	MÉDICO-SOCIAL	EHPAD	9 RUE DU DOCTEUR PRÉVOST	77	FONTENAY-TRÉSIGNY
EXPÉRIMENTATEUR	PHARMACIE LETERME - TESTU	AMBULATOIRE	PHARMACIE	2 RUE ALBERT SCHWEITZER	78	CONFLANS-SAINTE-HONORINE
EXPÉRIMENTATEUR	EHPAD RÉSIDENCE DE LA TOUR	MÉDICO-SOCIAL	EHPAD	44 AVENUE DU MARECHAL FOCH	78	CONFLANS-SAINTE-HONORINE
EXPÉRIMENTATEUR	SELARL PHARMACIE DES CRÉNEAUX	AMBULATOIRE	PHARMACIE	1059 AVENUE ROGER SALENGRO	92	CHAVILLE
EXPÉRIMENTATEUR	PHARMACIE DU VAL FLEURY	AMBULATOIRE	PHARMACIE	24 RUE BANES	92	MEUDON
EXPÉRIMENTATEUR	EHPAD RÉSIDENCE CHAMPFLEURY	MÉDICO-SOCIAL	EHPAD	12 RUE JULES HETZEL	92	SÈVRES
EXPÉRIMENTATEUR	EHPAD KORIAN LES TYBILLES	MÉDICO-SOCIAL	EHPAD	1 RUE DES TYBILLES	92	MEUDON
EXPÉRIMENTATEUR	EHPAD RÉSIDENCE ESTEREL	MÉDICO-SOCIAL	EHPAD	50 RUE DE BRANLY	92	COLOMBES
EXPÉRIMENTATEUR	PHARMACIE CONTI	AMBULATOIRE	PHARMACIE	13 AVENUE JEAN JAURÈS	93	LE PRÉ-SAINT-GERVAIS
EXPÉRIMENTATEUR	EHPAD LA SEIGNEURIE	MÉDICO-SOCIAL	EHPAD	7 RUE KLEBER	93	PANTIN
EXPÉRIMENTATEUR	PHARMACIE BENSARD	AMBULATOIRE	PHARMACIE	17 RUE ROBERT PELTIER	95	GOUSSAINVILLE
EXPÉRIMENTATEUR	EHPAD JACQUES ACHARD	MÉDICO-SOCIAL	EHPAD	36 RUE DU COLONEL FABIEN	95	MARLY-LA-VILLE

## URGENCES DENTAIRES

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	ARS ILE-DE-FRANCE	INSTITUTION	AUTRE	13 RUE DU LANDY	93	ST DENIS
PORTEUR / EXPÉRIMENTATEUR	CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS DENTISTES	REPRÉSENTANTS PS	SYNDICAT / REP SPE	34 AV THIERS	77	MELUN
EXPÉRIMENTATEUR	CHIRURGIENS-DENTISTES RÉGULATEURS VOLONTAIRES DE SEINE-ET-MARNE	AMBULATOIRE	LIB/ CAB LIB		77	
PARTENAIRE	CH DE MELUN SITE SANTEPOLE - SAMU 77	SANITAIRE	EPS	270 AV MARC JACQUET	77	MELUN

## VIGIE AGE

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	EPOCA SAS	ASSOCIATION	AUTRE	2 RUE MICHEL GIRARDOT	HORS IDF	52 CHAUMONT
PORTEUR / EXPÉRIMENTATEUR	CH RIVES DE SEINE SITE NEUILLY S/SEINE	SANITAIRE	EPS	36 BD DU GENERAL LECLERC	92	NEUILLY SUR SEINE
EXPÉRIMENTATEUR	CH RIVES DE SEINE SITE COURBEVOIE	SANITAIRE	EPS	30 R KILFORD	92	COURBEVOIE
EXPÉRIMENTATEUR	CH RIVES DE SEINE SITE DE PUTEAUX	SANITAIRE	EPS	1 BD RICHARD WALLACE	92	PUTEAUX
EXPÉRIMENTATEUR	HOPITAL LEOPOLD BELLAN	SANITAIRE	ESPIC	185 R RAYMOND LOSSERAND	75	PARIS 14
EXPÉRIMENTATEUR	HOPITAL LA PORTE VERTE	SANITAIRE	ESPIC	6 AV FRANCHET D ESPEREY	78	VERSAILLES
EXPÉRIMENTATEUR	SSIAD COURBEVOIE	MÉDICO-SOCIAL	SSIAD	139 BD SAINT DENIS	92	COURBEVOIE
EXPÉRIMENTATEUR	SSIAD DE NEUILLY	MÉDICO-SOCIAL	SSIAD	2 R DE L'EGLISE	92	NEUILLY SUR SEINE
EXPÉRIMENTATEUR	SSIAD FONDATION AULAGNIER	MÉDICO-SOCIAL	SSIAD	30 R AUGUSTE BAILLY	92	ASNIERES SUR SEINE
EXPÉRIMENTATEUR	SSIAD ESA LEPINE VERSAILLES	MÉDICO-SOCIAL	SSIAD	53 R DES CHANTIERS	78	VERSAILLES
EXPÉRIMENTATEUR	SERVICE PARISIEN D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE LÉOPOLD BELLAN	MÉDICO-SOCIAL	ESMS	214 R LECOURBE	75	PARIS 15

Expérimentations  
Inter-Régionales

## AUTO-NOM

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	CROIX ROUGE FRANÇAISE	MIXTE	SYNDICAT / REP SPE	21 RUE DE LA VANNE	92	MONTROUGE
EXPÉRIMENTATEUR	SIÈGE AP-HP	SANITAIRE	EPS AP-HP	184 RUE DU FAUBG ST ANTOINE	75	PARIS 12
EXPÉRIMENTATEUR	HU PARIS SITE RAYMOND POINCARÉ APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	104 BD RAYMOND POINCARÉ	92	GARCHES
EXPÉRIMENTATEUR	LES HOPITAUX DE SAINT MAURICE	SANITAIRE	EPS	12 R DU VAL D OSNE	94	ST MAURICE
EXPÉRIMENTATEUR	GHEM SIMONE VEIL SITE EAUBONNE	SANITAIRE	EPS	14 R DE SAINT PRIX	95	EAUBONNE
PARTENAIRE	ESMS D'IDF	MÉDICO-SOCIAL	ESMS		IDF	

## CAMI SPORT ET CANCER

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	ASSOCIATION CAMI SPORT ET CANCER	ASSOCIATION	ACTEUR PREVENTION	107 AVENUE PARMENTIER	75	PARIS 11
EXPÉRIMENTATEUR	HU PITIE SALPETRIERE APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	47 BD DE L HOPITAL	75	PARIS 13
EXPÉRIMENTATEUR	HU EST PARISIEN SITE TENON APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	4 R DE LA CHINE	75	PARIS 20
EXPÉRIMENTATEUR	HU PARIS SITE AVICENNE APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	125 R DE STALINGRAD	93	BOBIGNY
EXPÉRIMENTATEUR	GUSTAVE ROUSSY	SANITAIRE	ESPIC	39B R CAMILLE DESMOULINS	94	VILLEJUIF

## DRAD

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	FÉDÉRATION NATIONALE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE	FÉDÉRATION	SYNDICAT / REP SPE	255 RUE DE VAUGIRARD	75	PARIS 15
PORTEUR	CROIX ROUGE FRANÇAISE	MIXTE	ESPIC	21 RUE DE LA VANNE	92	MONTRouGE
PORTEUR	HOSPITALITÉ DE ST-THOMAS DE VILLENEUVE	SANITAIRE	ESPIC		HORS IDF	
EXPÉRIMENTATEUR	EHPAD STÉPHANIE	MÉDICO-SOCIAL	EHPAD	1 RUE BORDIN	78	SARTROUVILLE
EXPÉRIMENTATEUR	SSIAD DE SARTROUVILLE	MÉDICO-SOCIAL	SSIAD	115 AVENUE DE LA RÉPUBLIQUE	78	SARTROUVILLE
EXPÉRIMENTATEUR	SSIAD EPINAD	MÉDICO-SOCIAL	SSIAD	55 AVENUE DE PARIS	95	SOISY-SOUS-MONTMORENCY
EXPÉRIMENTATEUR	EHPAD JACQUES ACHARD	MÉDICO-SOCIAL	EHPAD	36 RUE DU COLONEL FABIEIN	95	MARLY-LA-VILLE
EXPÉRIMENTATEUR	EHPAD DONATION BRIÈRE	MÉDICO-SOCIAL	EHPAD	14 RUE DU SEVY	95	FONTENAY-EN-PARIS
EXPÉRIMENTATEUR	EHPAD JULES FOSSIER	MÉDICO-SOCIAL	EHPAD	3 RUE DEMAISON	95	LOUVRES
PARTENAIRE	SAAD CRF SARTROUVILLE	MÉDICO-SOCIAL	SAAD	115 AVENUE DE LA RÉPUBLIQUE	78	SARTROUVILLE

## ENFANCES PROTÉGÉES

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	CHU NANTES-DR VABRES	SANITAIRE	EPSU		HORS IDF	
PORTEUR	MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ	INSTITUTION	AUTRE	14 AV DUQUESNE	75	PARIS 7
EXPÉRIMENTATEUR	CONSEIL DÉPARTEMENTAL 93	COLLECTIVITÉ TERRITORIALE	AUTRE	93 RUE CARNOT	93	BOBIGNY
EXPÉRIMENTATEUR	DAC SANTÉ 93 NORD (ASSO ARC EN CIEL)	AMBULATOIRE	CPTS / DAC/ POLE DE SANTE	12 CHEMIN DU MOULIN BARRET	93	SAINT-DENIS
EXPÉRIMENTATEUR	DAC SANTÉ 93 SUD (PARCOURS SANTE 93 SUD)	AMBULATOIRE	CPTS / DAC/ POLE DE SANTE	CENTRE D'AFFAIRE ROSNY 2, 112 AVENUE DU GENERAL DE GAULLE	93	ROSNY SOUS BOIS

## EQUILIBRES

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	STRUCTURE D'UNE AUTRE RÉGION	AMBULATOIRE	AUTRE		HORS IDF	
EXPÉRIMENTATEUR	CABINET IDEL BUSSY-SAINT-GEORGES	AMBULATOIRE	LIB/ CAB LIB		77	BUSSY-SAINT-GEORGES
EXPÉRIMENTATEUR	CABINET IDEL MITRY-MORY	AMBULATOIRE	LIB/ CAB LIB		77	MITRY-MORY

## GPSO

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	ASSOCIATION GRESMO	AMBULATOIRE	RESEAUX	25 RUE DE SCHIO	91	GRIGNY
EXPÉRIMENTATEUR	RÉSEAU ROMDES	AMBULATOIRE	RESEAUX	BASSIN DE RECRUTEMENT	77	SEINE-ET-MARNE NORD
EXPÉRIMENTATEUR	RÉSEAU ROMDES	AMBULATOIRE	RESEAUX	BASSIN DE RECRUTEMENT	91	ESSONNE

## IF-PBM

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE ET DE RÉANIMATION (SFAR)	REPRÉSENTANTS PS	SYNDICAT / REP SPE			
PORTEUR	SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE VIGILANCE ET DE THÉRAPEUTIQUE TRANSFUSIONNELLE (SFVTT)	REPRÉSENTANTS PS	SYNDICAT / REP SPE			
EXPÉRIMENTATEUR	HOPITAL DES DIACONESSES	SANITAIRE	ESPIC	12 R DU SERGENT BAUCHAT	75	PARIS 12
EXPÉRIMENTATEUR	HU PARIS OUEST SITE G POMPIDOU APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	20 R LEBLANC	75	PARIS 15
EXPÉRIMENTATEUR	GH PARIS SITE SAINT JOSEPH	SANITAIRE	ESPIC	185 R RAYMOND LOSSERAND	75	PARIS 14
EXPÉRIMENTATEUR	HOPITAL MARIE LANNELONGUE	SANITAIRE	ESPIC	133 AV DE LA RESISTANCE	92	LE PLESSIS ROBINSON
EXPÉRIMENTATEUR	CLINIQUE MAUSSINS NOLLET	SANITAIRE	ES Privé	67 R DE ROMAINVILLE	75	PARIS 19
PARTENAIRE	ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG (EFS)	INSTITUTION	AUTRE			

## INSPIR'ACTION

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE – SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION (FHP-SSR)	REPRÉSENTANTS PS	ES Privé			
EXPÉRIMENTATEUR	INSTITUT DE READAPTATION D'ACHERES	SANITAIRE	ES Privé	7 PL SIMONE VEIL	78	ACHERES

## MICROSTRUCTURES MEDICALES POST COVID 19

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	COORDINATION NATIONALE DES RÉSEAUX DE MICROSTRUCTURES (CNRMS)	AMBULATOIRE	RESEAUX	12 RUE KUHN	HORS IDF	67 STRASBOURG
EXPÉRIMENTATEUR / COORDONNATEUR	CAARUD PROSES	MEDICO-SOCIAL	CSAPA/ CAARUD	83B R ALEXIS PESNON	93	MONTREUIL
EXPÉRIMENTATEUR / MSMA	MSP LAMY SANTE	AMBULATOIRE	MSP	13 R GAETAN LAMY	93	AUBERVILLIERS
EXPÉRIMENTATEUR / MSMA	MSP DE BAGNOLET	AMBULATOIRE	MSP	40 R FRANCOIS MITTERAND	93	BAGNOLET
EXPÉRIMENTATEUR / MSMA	MSP POLE DE SANTE DU CENTRE D'EPINAY	AMBULATOIRE	MSP	2 R LACEPEDE	93	EPINAY SUR SEINE
EXPÉRIMENTATEUR / MSMA	CDS MUNICIPAL PANTIN	AMBULATOIRE	CDS	28 R SAINTE MARGUERITE	93	PANTIN
EXPÉRIMENTATEUR / MSMA	CABINET MÉDICAL DES JONCHEROLLES	AMBULATOIRE	LIB/ CAB LIB	45 CHE DES JONCHEROLLES	93	PIERREFITTE SUR SEINE
EXPÉRIMENTATEUR / MSMA	CABINET MÉDICAL LES AULNES SAINT-DENIS	AMBULATOIRE	LIB/ CAB LIB	2 RUE DES AULNES	93	ST DENIS

## ODYSIGHT

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	SOCIÉTÉ TILAK HEALTHCARE	INDUSTRIEL	AUTRE	74 RUE DU FAUBOURG SAINT-ANTOINE	75	PARIS 4
EXPÉRIMENTATEUR	MÉDECINS PRESCRIPTEURS DE LA SOLUTION ODYSIGHT	AMBULATOIRE	LIB/ CAB LIB		IDF	



## ONCO'LINK/THERAPIE ORALE

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR / EXPÉRIMENTATEUR	CLCC INSTITUT CURIE	SANITAIRE	ESPIC	26 RUE D ULM	75	PARIS 5
PORTEUR / EXPÉRIMENTATEUR	HU SAINT LOUIS SITE SAINT LOUIS APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	1 AVENUE CLAUDE VELLEFAUX	75	PARIS 10
PORTEUR / EXPÉRIMENTATEUR	HU EST PARISIEN SITE ST ANTOINE APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	184 RUE DU FAUBG ST ANTOINE	75	PARIS 12
PORTEUR / EXPÉRIMENTATEUR	HU PITIE SALPETRIERE APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	47 BOULEVARD DE L HOPITAL	75	PARIS 13
PORTEUR / EXPÉRIMENTATEUR	HU PARIS CENTRE SITE COCHIN APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	27 RUE DU FAUBG ST JACQUES	75	PARIS 14
PORTEUR / EXPÉRIMENTATEUR	HU EST PARISIEN SITE TENON APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	4 RUE DE LA CHINE	75	PARIS 20
PORTEUR / EXPÉRIMENTATEUR	HU PARIS OUEST SITE G POMPIDOU APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	20 RUE LEBLANC	75	PARIS 15
PORTEUR / EXPÉRIMENTATEUR	CLCC RENE HUGUENIN INSTITUT CURIE	SANITAIRE	ESPIC	35 RUE DAILLY	92	SAINT-CLOUD
PORTEUR / EXPÉRIMENTATEUR	HOPITAL FOCH	SANITAIRE	ESPIC	40 RUE WORTH	92	SURESNES
PORTEUR / EXPÉRIMENTATEUR	GUSTAVE ROUSSY	SANITAIRE	ESPIC	39 RUE CAMILLE DESMOULINS	94	VILLEJUIF
PORTEUR / EXPÉRIMENTATEUR	HU HENRI MONDOR SITE HENRI MONDOR APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	51 AV MAL DE LATTRE DE TASSIGNY	94	CRÉTEIL

## PAP DOP

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	ALLIANCE VOLTAIRE	ASSOCIATION	SYNDICAT / REP SPE	185 RUE RAYMOND LOSSERAND	75	PARIS 14
EXPÉRIMENTATEUR	INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS	SANITAIRE	ESPIC	42 BOULEVARD JOURDAN	75	PARIS 14
EXPÉRIMENTATEUR	GUSTAVE ROUSSY	SANITAIRE	ESPIC	39 RUE CAMILLE DESMOULINS	94	VILLEJUIF

## PASSCOG

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	RÉSEAU MÉMOIRE ALOÏS	AMBULATOIRE	RESEaux	53 RUE DE L'ABBÉ GROULT	75	PARIS 15
PARTENAIRE	CMRR PARIS NORD ILE-DE-FRANCE	AMBULATOIRE	AUTRE	200 RUE FAUBOURG SAINT DENIS	75	PARIS 10
PARTENAIRE	FRANCE ALZHEIMER	ASSOCIATION	SYNDICAT / REP SPE	11 RUE TRONCHET	75	PARIS 8
PARTENAIRE	CENTRE MÉMOIRE DE RESSOURCES ET DE RECHERCHE PARIS NORD	ASSOCIATION	SYNDICAT / REP SPE	200 RUE FAUBOURG SAINT DENIS	75	PARIS 10
PARTENAIRE	ORGANISATION FRANÇAISE DES PSYCHOLOGUES SPÉCIALISÉS EN NEUROPSYCHOLOGIE (OFPN)	ASSOCIATION	SYNDICAT / REP SPE			

## PASSEPORT BIPOLAIRE

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	FONDATION FONDAMENTAL	SANITAIRE	ESPIC	40 RUE DE MESLY	94	CRÉTEIL
EXPÉRIMENTATEUR	HU HENRI MONDOR SITE HENRI MONDOR APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	51 AV MAL DE LATTRE DE TASSIGNY	94	CRETEIL
PARTENAIRE	URPS PHARMACIENS	REPRÉSENTANTS PS	AUTRE			

## PRIMORDIAL

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	RAMSAY SANTÉ	REPRÉSENTANTS PS	ES Privé			
EXPÉRIMENTATEUR	CDS MEDICAL RIS ORANGIS	AMBULATOIRE	CDS	5 R JEAN MOULIN	91	RIS ORANGIS
EXPÉRIMENTATEUR	CDS MEDICAL ARGENTEUIL	AMBULATOIRE	CDS	60 BD DU GENERAL LECLERC	95	ARGENTEUIL

**PRISE EN CHARGE AVEC TÉLÉSURVEILLANCE DU DIABÈTE GESTATIONNEL – MY DIABBY**

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	MDHC SAS (Société MyDiabby)	INDUSTRIEL	AUTRE	66 AV. DES CHAMPS ELYSÉES	75	PARIS 8
EXPÉRIMENTATEUR	CH SUD FRANCILIEN	SANITAIRE	EPS	59 BOULEVARD HENRI DUNANT	91	CORBEIL-ESSONNES
EXPÉRIMENTATEUR	CHI DE MONTREUIL	SANITAIRE	EPS	56 BOULEVARD DE LA BOISSIERE	93	MONTREUIL
EXPÉRIMENTATEUR	HU PARIS SITE JEAN VERDIER APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	AVENUE DU 14 JUILLET	93	BONDY
EXPÉRIMENTATEUR	CABINET DU DR LECORNET-SOKOL	AMBULATOIRE	LIB/ CAB LIB	3 RUE FRANCISQUE SARCEY	75	PARIS 16
EXPÉRIMENTATEUR	CABINET DU DR OUZOUNIAN	AMBULATOIRE	LIB/ CAB LIB	20 ROUTE DE BOUSSY-SAINT-ANTOINE	91	QUINCY-SOUS-SÉNART

**READ'HY**

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR/ EXPÉRIMENTATEUR	CENTRE HOSPITALIER DE BLIGNY	SANITAIRE	ESPIC	RTE DE BLIGNY	91	BRIIS SOUS FORGES

**STRUCTURES LIBERALES LEGERES (SLL)**

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	SELARL CŒUR&SANTÉ BERNOULLI	AMBULATOIRE	AUTRE	3 RUE BERNOULLI	75	PARIS 8
PARTENAIRE	SNSMCV [SYNDICAT NATIONAL DES SPÉCIALISTES DES MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX]	REPRÉSENTANTS PS	SYNDICAT / REP SPE	13 RUE NIEPCE	75	PARIS 14

**TÉLÉSURVEILLANCE MÉDICALE DES PATIENTS TRANSPLANTÉS**

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	SOCIÉTÉ SEMEIA (OPTIM' CARE)	INDUSTRIEL	AUTRE			
EXPÉRIMENTATEUR	HU PITIE SALPETRIERE APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	47 BD DE L HOPITAL	75	PARIS 13
EXPÉRIMENTATEUR	HU PARIS NORD SITE BICHAT APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	46 R HENRI HUCHARD	75	PARIS 18

**WALK HOP**

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	CENTRE DE RÉADAPTATION DE DURTOL	SANITAIRE	ESPIC		HORS IDF	
EXPÉRIMENTATEUR	HOPITAL LEOPOLD BELLAN	SANITAIRE	ESPIC	16 R DE L AQUEDUC	75	PARIS 10
EXPÉRIMENTATEUR	GH PARIS SITE SAINT JOSEPH	SANITAIRE	ESPIC	185 R RAYMOND LOSSERAND	75	PARIS 14

**Expérimentations  
Ministérielles**

**CSSAC**

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ	INSTITUTION	AUTRE	14 AV DUQUESNE	75	PARIS 7
EXPÉRIMENTATEUR	CDS SEXUELLE CHECKPOINT PARIS	AMBULATOIRE	CDS	13 R D'ALEXANDRIE	75	PARIS 2

## EDS

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE	INSTITUTION	AUTRE	50 AVENUE DU PR-ANDRÉ-LEMIERRE	75	PARIS 20
PORTEUR	MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ	INSTITUTION	AUTRE	14 AV DUQUESNE	75	PARIS 7
EXPÉRIMENTATEUR EDS PTH-PTG	HU OUEST SITE AMBROISE PARE	SANITAIRE	EPS AP-HP	9 AVENUE CHARLES DE GAULLE	92	BOULOGNE-BILLANCOURT
EXPÉRIMENTATEUR EDS PTH-PTG	HU SAINT LOUIS SITE LARIBOISIÈRE	SANITAIRE	EPS AP-HP	2 RUE AMBROISE PARE	75	PARIS 10
EXPÉRIMENTATEUR EDS PTH-PTG	GH DIACONESSES CROIX SAINT-SIMON	SANITAIRE	ESPIC	12-18 RUE DU SERGENT BAUCHAT	75	PARIS 12
EXPÉRIMENTATEUR EDS PTH-PTG	INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS	SANITAIRE	ESPIC	42 BOULEVARD JOURDAN	75	PARIS 14
EXPÉRIMENTATEUR EDS PTH-PTG	GH PARIS SAINT JOSEPH	SANITAIRE	ESPIC	185 RUE RAYMOND LOSSERAND	75	PARIS 14
EXPÉRIMENTATEUR EDS PTH-PTG	CLINIQUE ARAGO (ALMAVIVA SANTÉ)	SANITAIRE	ES Privé	187 RUE RAYMOND LOSSERAND	75	PARIS 14
EXPÉRIMENTATEUR EDS PTH-PTG	CLAUDE-BERNARD À ERMONT (RAMSAY)	SANITAIRE	ES Privé	9 AVENUE LOUIS ARMAND	95	ERMONT
EXPÉRIMENTATEUR EDS PTH-PTG	CLINIQUE DOMONT (RAMSAY)	SANITAIRE	ES Privé	85 ROUTE DE DOMONT	95	EZANVILLE
EXPÉRIMENTATEUR EDS PTH-PTG	HIA BEGIN	SANITAIRE	ES SSA	69 AVENUE DE PARIS	94	SAINT-MANDÉ
EXPÉRIMENTATEUR EDS COLECTOMIE	HU OUEST SITE AMBROISE PARE APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	9 AVENUE CHARLES DE GAULLE	92	BOULOGNE-BILLANCOURT
EXPÉRIMENTATEUR EDS COLECTOMIE	GH PARIS SAINT JOSEPH	SANITAIRE	ESPIC	185 RUE RAYMOND LOSSERAND	75	PARIS 14
EXPÉRIMENTATEUR EDS COLECTOMIE	INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS	SANITAIRE	ESPIC	42 BOULEVARD JOURDAN	75	PARIS 14
EXPÉRIMENTATEUR EDS COLECTOMIE	HIA BEGIN	SANITAIRE	ES SSA	69 AVENUE DE PARIS	94	SAINT-MANDÉ

## EQLAAT

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	CNSA	INSTITUTION	AUTRE	66 AV DU MAINE	75	PARIS 14
EXPÉRIMENTATEUR	ESCAVIE (CRAMIF)	ASSOCIATION	AUTRE	16 RUE DE L'ALUMINIUM	77	SAVIGNY LE TEMPLE
PARTENAIRE	PÔLE AUTONOMIE TERRITORIAL MELUN		CPTS / DAC/ POLE DE SANTE	24 RUE DU COLONEL PICOT	77	MELUN

## FACILISOINS

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ	INSTITUTION	AUTRE	14 AV DUQUESNE	75	PARIS 7
EXPÉRIMENTATEUR	FAM RESIDENCE SENART	MÉDICO-SOCIAL	ESMS	1 R PABLO PICASSO	77	COMBS LA VILLE
EXPÉRIMENTATEUR	FAM DE BILLANCOURT	MÉDICO-SOCIAL	ESMS	47 R MARCEL BONTEMPS	92	BOULOGNE-BILLANCOURT

## FORFAIT RÉORIENTATION DES URGENCES

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ	INSTITUTION	AUTRE	14 AV DUQUESNE	75	PARIS 7
EXPÉRIMENTATEUR	HU ROBERT DEBRE APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	48 BOULEVARD SERURIER	75	PARIS 19
EXPÉRIMENTATEUR	HU JEAN VERDIER	SANITAIRE	EPS AP-HP	AVENUE DU 14 JUILLET	93	BONDY

**IPEP**

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE	INSTITUTION	AUTRE	50 AVENUE DU PR-ANDRÉ-LEMIERRE	75	PARIS 20
PORTEUR	MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ	INSTITUTION	AUTRE	14 AV DUQUESNE	75	PARIS 7

**IPEP 75 - CPTS PARIS 13-14**

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
EXPÉRIMENTATEUR	LE PÔLE SANTÉ PARIS 13	AMBULATOIRE	CPTS / DAC/ POLE DE SANTE	12 RUE LAHIRE	75	PARIS 13
PARTENAIRE	MSP MARYSE BASTIE	AMBULATOIRE	MSP	2 SQUARE DU LIMOUSIN	75	PARIS 13
PARTENAIRE	MSP PORTE DE VANVES	AMBULATOIRE	MSP	112 RUE WILFRID LAURIER	75	PARIS 14
PARTENAIRE	MSP ALESIA DENFERT	AMBULATOIRE	MSP	29 AVENUE GENERAL LECLERC	75	PARIS 14
PARTENAIRE	M2A PARIS SUD 13, 14	AMBULATOIRE	RESEAUX	33 RUE DE LA FONTAINE À MULARD	75	PARIS 13

**IPEP EPIDAURE 75 - PARIS RICHERAND**

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
EXPÉRIMENTATEUR	COOPÉRATIVE DE SANTÉ RICHERAND	AMBULATOIRE	CDS	4 AVENUE RICHERAND	75	PARIS 10
EXPÉRIMENTATEUR	VOYAGE SANTÉ	ASSOCIATION	AUTRE	38 QUAI DE JEMMAPES	75	PARIS 10
EXPÉRIMENTATEUR	MSP DES DEUX PORTES	AMBULATOIRE	MSP	8 RUE SAINT QUENTIN	75	PARIS 10

**IPEP 91 - HYGIE**

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
EXPÉRIMENTATEUR	INSTITUTION HYGIE	AMBULATOIRE	RESEAUX	91 AVENUE D'ALSACE LORRAINE	91	PARAY-VIEILLE-POSTE
PARTENAIRE	MSP PARAY VIEILLE POSTE	AMBULATOIRE	MSP	91 AVENUE ALSACE LORRAINE	91	PARAY-VIEILLE-POSTE
PARTENAIRE	CABINETS INFIRMIERS DE PARAY-VIEILLE-POSTE	AMBULATOIRE	LIB/ CAB LIB	110 AVENUE ALSACE LORRAINE	91	PARAY-VIEILLE-POSTE

**IPEP EPIDAURE 93 - LA COURNEUVE AUBERVILLIERS**

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
EXPÉRIMENTATEUR	CDS MUNICIPAL PESQUE	AMBULATOIRE	CDS	5 RUE DU DOCTEUR PESQUE	93	AUBERVILLIERS
EXPÉRIMENTATEUR	CDS MED DENTAIRE SALVADOR ALLENDE	AMBULATOIRE	CDS	2 MAIL DE L'EGALITE	93	LA COURNEUVE

**IPEP 93 - CPTS BONDY-BOBIGNY/HÔPITAL JEAN VERDIER (AP-HP)**

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
EXPÉRIMENTATEUR	CPTS BONDY-BOBIGNY/HÔPITAL JEAN VERDIER	AMBULATOIRE	CPTS / DAC/ POLE DE SANTE		93	
PARTENAIRE	CDS MUNICIPAL HENRI TAULEIGNE	AMBULATOIRE	CDS	38 AVENUE DE LA REPUBLIQUE	93	BONDY
PARTENAIRE	MSP MIRIAM MAKEBA	AMBULATOIRE	MSP	5 RUE MIRIAM MAKEBA	93	BOBIGNY
PARTENAIRE	HU PARIS SITE JEAN VERDIER APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	AVENUE DU 14 JUILLET	93	BONDY
PARTENAIRE	RÉSEAU ACSANTÉ	AMBULATOIRE	RESEAUX	2 RUE DE LORRAINE	93	BONDY

**IPEP EPIDAURE 94 - CHAMPIGNY**

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
EXPÉRIMENTATEUR	CDS MUNICIPAL MAURICE TENINE	AMBULATOIRE	CDS	15 RUE M ET G SEMBAT	94	CHAMPIGNY-SUR-MARNE
EXPÉRIMENTATEUR	CDS MUNICIPAL PIERRE ROUQUES	AMBULATOIRE	CDS	5 RUE DE L'ABREUVOIR	94	CHAMPIGNY-SUR-MARNE

## IPEP 94 - CPTS 94 DE LA BIÈVRE

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
EXPÉRIMENTATEUR	DAC SANTE 94 OUEST	AMBULATOIRE	CPTS / DAC/ POLE DE SANTE	24, RUE ALBERT THURET	94	CHEVILLY-LARUE
PARTENAIRE	PÔLE DE SANTÉ DU 94	AMBULATOIRE	CPTS / DAC/ POLE DE SANTE		94	L'HAÏ-LES-ROSES

## OBEPEDIA

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ	INSTITUTION	AUTRE	14 AV DUQUESNE	75	PARIS 7
EXPÉRIMENTATEUR	HU ROBERT DEBRÉ APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	48 BOULEVARD SÉRURIER	75	PARIS 19
EXPÉRIMENTATEUR	HU EST PARISIEN SITE TROUSSEAU	SANITAIRE	EPS AP-HP	26 AV DU DR ARNOLD NETTER	75	PARIS 12
EXPÉRIMENTATEUR	HU NECKER ENFANTS MALADES APHP	SANITAIRE	EPS AP-HP	149 R DE SEVRES	75	PARIS 15

## PEPS

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE	INSTITUTION	AUTRE	50 AVENUE DU PR-ANDRÉ-LEMIERRE	75	PARIS 20
PORTEUR	MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ	INSTITUTION	AUTRE	14 AV DUQUESNE	75	PARIS 7
EXPÉRIMENTATEUR GROUPE EPIDAURE	CENTRE NATIONAL DE SANTÉ RICHERAND	AMBULATOIRE	CDS	4 AVENUE RICHERAND	75	PARIS 10
EXPÉRIMENTATEUR GROUPE EPIDAURE	CDS MUNICIPAL GENNEVILLIERS	AMBULATOIRE	CDS	3 RUE DE LA PAIX	92	GENNEVILLIERS
EXPÉRIMENTATEUR GROUPE EPIDAURE	CDS MÉDICO-SOCIAL MUNICIPAL TENINE	AMBULATOIRE	CDS	74 AVENUE PIERRE LAROUSSE	92	MALAKOFF
EXPÉRIMENTATEUR GROUPE EPIDAURE	CDS MUNICIPAL HENRI BARBUSSE	AMBULATOIRE	CDS	74 RUE JULES GUESDE	92	MALAKOFF
EXPÉRIMENTATEUR GROUPE EPIDAURE	CDS MAURICE THOREZ	AMBULATOIRE	CDS	18 RUE MAURICE THOREZ	92	NANTERRE
EXPÉRIMENTATEUR GROUPE EPIDAURE	CDS MUNICIPAL DU PARC	AMBULATOIRE	CDS	79 AVENUE PABLO PICASSO	92	NANTERRE
EXPÉRIMENTATEUR GROUPE EPIDAURE	CDS MUNICIPAL DANIEL TIMSIT	AMBULATOIRE	CDS	80 AVENUE CHANDON	92	GENNEVILLIERS
EXPÉRIMENTATEUR GROUPE EPIDAURE	CDS MED DENTAIRE SALVADOR ALLENDE	AMBULATOIRE	CDS	2 MAIL DE L'EGALITE	93	LA COURNEUVE
EXPÉRIMENTATEUR GROUPE EPIDAURE	CDS MUNICIPAL MAURICE TENINE	AMBULATOIRE	CDS	15 RUE M ET G SEMBAT	94	CHAMPIGNY-SUR-MARNE
EXPÉRIMENTATEUR GROUPE EPIDAURE	CDS MUNICIPAL PIERRE ROUQUES	AMBULATOIRE	CDS	5 RUE DE L ABREUVOIR	94	CHAMPIGNY-SUR-MARNE
EXPÉRIMENTATEUR	CDS ACSBE LA PLACE SANTE	AMBULATOIRE	CDS	17 RUE DE LORRAINE	93	SAINT-DENIS
EXPÉRIMENTATEUR	CDS MUNICIPAL PESQUE	AMBULATOIRE	CDS	5 RUE DU DOCTEUR PESQUE	93	AUBERVILLIERS

## REPAP

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ	INSTITUTION	AUTRE	14 AV DUQUESNE	75	PARIS 7
EXPÉRIMENTATEUR	CPTS CENTRE ESSONNE	AMBULATOIRE	CPTS / DAC/ POLE DE SANTE	3 R JULES GUESDE	91	RIS ORANGIS
PARTENAIRE	RÉSEAU DE SANTÉ PÉRINAT IF SUD	ASSOCIATION	RESEAUX	3 R JULES GUESDE	91	RIS ORANGIS

## SEC PARTICIPATIVES

ACTEUR PROJET	SITE	SECTEUR	SOUS-CATÉGORIE	VOIE	DÉPT	COMMUNE
PORTEUR	MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ	INSTITUTION	AUTRE	14 AV DUQUESNE	75	PARIS 7
EXPÉRIMENTATEUR	CDS ACSBE LA PLACE SANTE	AMBULATOIRE	CDS	17 R DE LORRAINE	93	ST DENIS
EXPÉRIMENTATEUR	CDS MUNICIPAL DU MARCREUX	AMBULATOIRE	CDS	20 R DU COLONEL FABIEN	93	AUBERVILLIERS
EXPÉRIMENTATEUR	MSP MATHAGON	AMBULATOIRE	MSP	75 R MARCADET	75	PARIS 18
EXPÉRIMENTATEUR	MSP PYRENEES BELLEVILLE	AMBULATOIRE	MSP	391 R DES PYRENEES	75	PARIS 20
PARTENAIRE	AGENCE NATIONALE DE LA COHÉSION DES TERRITOIRES	INSTITUTION	AUTRE		75	PARIS 7





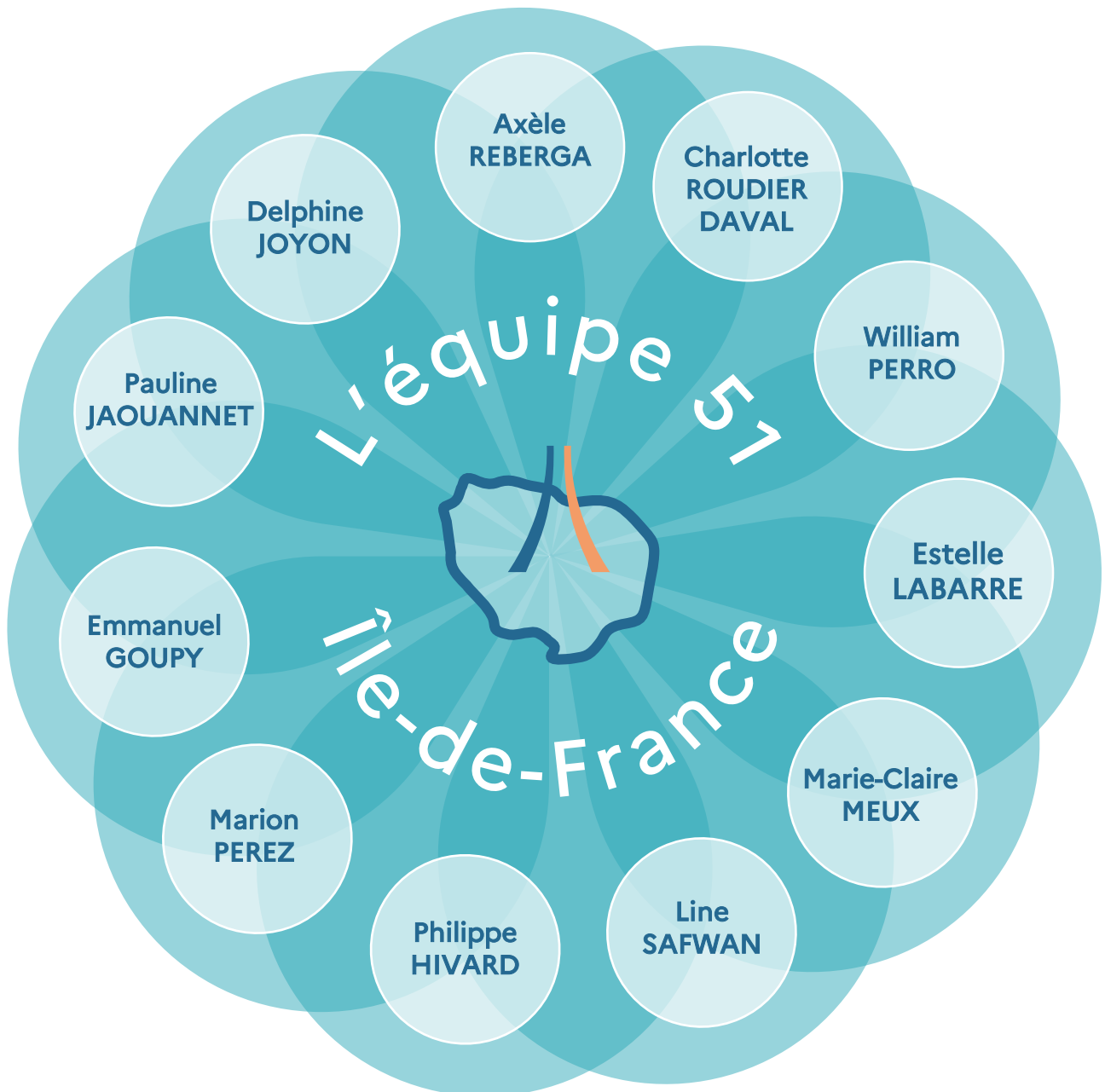
## Glossaire

# Liste des sigles utilisés

<b>ALD</b> : Affection de Longue Durée	<b>FIR</b> : Fonds d'Intervention Régional
<b>AMI</b> : Appel à Manifestation d'Intérêt	<b>FISS</b> : Fond pour l'Innovation du Système de Santé
<b>AM</b> : Assurance Maladie	<b>GE</b> : Grand-Est
<b>ANAP</b> : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux	<b>GHU</b> : Groupe Hospitalier Universitaire
<b>APA</b> : Activité Physique Adaptée	<b>GIR</b> : Groupe Iso-Ressource
<b>AP-HP</b> : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris	<b>HAD</b> : Hospitalisation À Domicile
<b>ARA</b> : Auvergne-Rhône-Alpes	<b>HAS</b> : Haute Autorité De Santé
<b>ARS</b> : Agence Régionale de Santé	<b>HC</b> : Hospitalisation Complète
<b>BFC</b> : Bourgogne-Franche-Comté	<b>HDF</b> : Hauts-De-France
<b>BRE</b> : Bretagne	<b>HDJ</b> : Hospitalisation De Jour
<b>CAARUD</b> : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à La Réduction des Risques pour Usagers de Drogues	<b>ICOPE</b> : Integrated Care for Older PEople
<b>CCAM</b> : classification commune des actes médicaux	<b>IDEL</b> : Infirmier Diplômé d'Etat Libéral
<b>CDS</b> : Centre De Santé	<b>IDF</b> : Île-de-France
<b>CH</b> : Centre Hospitalier	<b>IPEP</b> : Incitation à une Prise En Charge Partagée
<b>CHI</b> : Centre Hospitalier Intercommunal	<b>IST</b> : Infections Sexuellement Transmissibles
<b>CHU</b> : Centre Hospitalier Universitaire	<b>LFSS</b> : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
<b>CMS</b> : Centre Municipal De Santé	<b>LPP</b> : Liste des Produits et Prestations
<b>CNAM</b> : Caisse Nationale d'Assurance Maladie	<b>MCO</b> : Médecine-Chirurgie-Obstétrique
<b>CNSA</b> : Caisse Nationale de Solidarité pour L'autonomie	<b>MG</b> : Médecin Généraliste
<b>Covid</b> : COrona VIRus Disease	<b>MSMA</b> : Micro Structure Médicale en Addiction
<b>CPAM</b> : Caisse Primaire d'Assurance Maladie	<b>MSP</b> : Maison de Santé Pluri professionnelle
<b>CSAPA</b> : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie	<b>MT</b> : Médecin Traitant
<b>CSO</b> : Centre Spécialisé Obésité	<b>NA</b> : Nouvelle-Aquitaine
<b>CSS</b> : Code de La Sécurité Sociale	<b>NOR</b> : Normandie
<b>CTIS</b> : Comité Technique de l'innovation en Santé	<b>OCC</b> : Occitanie
<b>CVL</b> : Centre-Val-de-Loire	<b>PACA</b> : Provence-Alpes-Côte-D'azur
<b>DAC</b> : Directions de l'Administration Centrale	<b>PDL</b> : Pays-de-la-Loire
<b>DAF</b> : Dotation Annuelle de Financement	<b>PDS</b> : Permanence Des Soins
<b>DCGDR</b> : Direction de la Coordination de la Gestion du Risque	<b>PDSA</b> : Permanence Des Soins Ambulatoire
<b>DGCS</b> : Direction Générale de la Cohésion Sociale	<b>PECM</b> : Prise En Charge Médicamenteuse
<b>DGOS</b> : Direction Générale de l'Offre de Soins	<b>Phie</b> : Pharmacie
<b>DGS</b> : Direction Générale de la Santé	<b>PTG</b> : Prothèse Totale de Genou
<b>DM</b> : Dispositif Médical	<b>PTH</b> : Prothèse Totale de Hanche
<b>DMP</b> : Dossier Médical Partagé	<b>SPASAD</b> : Services Polyvalents d'Aide Et de Soins À Domicile
<b>DREES</b> : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques	<b>SSIAD</b> : Services de Soins Infirmiers A Domicile
<b>DSS</b> : Direction de la Sécurité Sociale	<b>SSR</b> : Soins de Suite et de Réadaptation
<b>EDS</b> : Épisode De Soins	<b>VAD</b> : Visite À Domicile
<b>EHPAD</b> : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes	<b>VHB</b> : Virus de l'Hépatite B
	<b>VHC</b> : Virus de l'Hépatite C
	<b>VIH</b> : Virus de l'Immunodéficience Humaine



# L'équipe article 51 de l'ARS Île-de-France



Pour nous contacter  
[Ars-idf-art51@ars.sante.fr](mailto:Ars-idf-art51@ars.sante.fr)



Agence Régionale de Santé d'Île De France  
Immeuble Curve – 13 rue du Landy, 93200 Saint Denis  
Tél. 01 44 02 00 00 – FAX 01 44 02 01 04  
[Ars.iledefrance.sante.fr](http://Ars.iledefrance.sante.fr)