

EXPERIMENTATION  
REGIONALE



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**

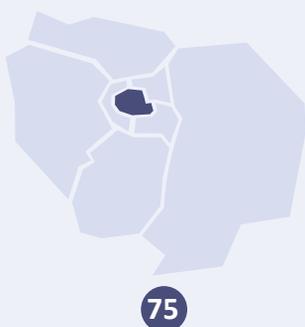
GIE IPSO Santé

**PARTENAIRES**

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

**EXPERIMENTATEURS**

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



75



5 ans



16,5 M € (FISS)  
420 K € (FIR)



Cahier des charges  
Avis CTIS



Population générale

28 000 patients bénéficiaires  
franciliens en 5 ans



Publié au Recueil des Actes Administratifs  
le **03/02/2019**



**FINANCEMENT SUBSTITUTIF**

Rémunération forfaitaire mensuelle par patient  
modulée en fonction des catégories de patients



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





## MODÈLE ORGANISATIONNEL

### Mots clés :

ville, médecin traitant, population générale

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.

L'expérimentation vise notamment à **renforcer le rôle du médecin traitant dans la coordination** du parcours de soins de son patient et à inciter les médecins traitants à prendre dans leur patientèle des patients complexes en proposant de nouvelles modalités de financement des soins primaires.

**Engagements via un contrat tripartite** signé entre le médecin traitant, l'équipe de soins primaires et le patient :

- **Médecin traitant** : réalisation d'un bilan préventif indiquant les facteurs de risques et 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'actions 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.



## MODÈLE FINANCIER

**Nouveau modèle de financement des soins primaires avec, pour le médecin traitant, une rémunération forfaitaire par patient mensuelle modulée en fonction des catégories de patients et se substituant à la facturation à l'acte ainsi qu'aux rémunérations forfaitaires conventionnelles actuelles.**

- **Année 2020-2021 (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 2022 (phase 2)** : **basculement progressif** du forfait mensuel moyen par patient versé au médecin traitant, vers des **forfaits mensuels calculés par catégories de patients** intégrant tout ou partie des prestations nouvelles financées via l'enveloppe annuelle « équipe ».
- **Années 2023, 2024 (phase 3)** : le modèle cible du financement dérogatoire reposera entièrement sur des **forfaits mensuels par catégories de patients**.



## MISE EN ŒUVRE DE L'EXPÉRIMENTATION

Lancement de l'expérimentation le **16/06/2020**  
Fin de l'expérimentation le **16/06/2025**