

PROJET D'EXPERIMENTATION D'INNOVATION EN SANTE – CAHIER DES CHARGES



Je vais vous accompagner tout au long du document et vous apporter mon aide pour le remplissage. Pour cela : un CTRL+ CLIC sur mon image. Commençons par le préambule ! A tout de suite !

[INTITULE du PROJET] Maisons de l'enfant et de la famille (MEF) : expérimentation d'un dispositif de coordination du parcours de santé globale des enfants de 3 à 11 ans

NOM DU(DES) PORTEUR(S)° et son statut juridique : [Direction Générale de la Santé](#)

PERSONNE CONTACT : Brigitte Lefeuvre, DGS/SP/SP1, brigitte.lefeuvre@sante.gouv.fr

Jean-Michel Tassie, DGS/SP/SP4, jean-michel.tassie@sante.gouv.fr

Résumé du projet :

La multiplicité des problématiques liées au bon développement des enfants implique l'intervention de nombreux acteurs, ce qui nécessite une coordination centrée sur le parcours de l'enfant et ses besoins. Une approche systémique permet, par ailleurs, d'aborder la santé de l'enfant dans son environnement familial, social et écologique.

Or il n'existe pas de service de coordination de la santé des enfants de 3 à 11 ans : la PMI intervient en théorie jusqu'à 6 ans, mais dans les faits intervient essentiellement auprès des enfants jusqu'à deux ou trois ans et n'assure pas habituellement de coordination du parcours de santé notamment en post dépistage ; les maisons des adolescents (MDA) reçoivent quant à elles les jeunes et leur famille à partir de 11 ans (avec une prise en charge généralement de courte durée, souvent davantage centrée sur la santé mentale).

Différents travaux (rapport Rist/Barthet-Derrien de 2019, rapport de la Cour des comptes de décembre 2021) appellent à renforcer la coordination territoriale pour une approche globale de la santé des enfants. La mesure 13 des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie de septembre 2021 y répond en prévoyant de « faire émerger un acteur en charge de la coordination de la santé des 3-11 ans ». Enfin, la loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants, dans son article 33, entérine le principe d'une expérimentation à mener dans le cadre de la procédure dite article 51, dans des départements volontaires, de « maisons de l'enfant et de la famille visant à améliorer la prise en charge des enfants et des jeunes et à assurer une meilleure coordination des professionnels de santé exerçant auprès d'eux ».

L'objet de l'expérimentation est de tester un service en charge d'assurer l'animation autour de la santé des enfants sur le territoire et, à partir de l'évaluation des besoins de santé globale, la mise en place, pour les enfants en ayant le plus besoin (notamment du fait d'un éloignement du système de santé ou d'une situation de santé complexe) et en appui du premier recours, de leurs parcours de santé afin de favoriser sa prise en charge et leurs suivis pluridisciplinaires en proximité, en mobilisant les acteurs sur des indications précises et de façon proportionnée.

Organisations innovantes, les maisons de l'enfant et de la famille (MEF) s'adressent prioritairement aux enfants de 3 à 11 ans qui sont soit non suivis par un médecin, soit qui sont orientés par un médecin en cas de situations de santé complexes, et leur famille, en proposant lorsque cela est justifié :

-Une évaluation globale et pluridisciplinaire des besoins, puis définition et mise en route du parcours de santé, en lien notamment avec le médecin traitant le cas échéant; en fonction des besoins et des ressources de la famille, un accompagnement est proposé. (A noter, la MEF aide les familles n'ayant pas de médecin traitant pour leur enfant à trouver et à déclarer un médecin traitant.)



-Des séances d'intervention collective (groupes de paroles, ateliers...);

De façon complémentaire, la MEF a mission d'animation territoriale visant à favoriser l'information, la mobilisation et la coordination des professionnels du territoire autour de la santé globale de l'enfant. Dans ce cadre, elle peut, en fonction de ses possibilités, constituer un centre ressources pour les professionnels en proposant notamment des formations ou sensibilisations.

L'expérimentation des « Maisons de l'enfant et de la famille » (MEF), qui prévoit 30 mois d'inclusions avec une ouverture des MEF au 3^{ème} trimestre 2023 et une évaluation finale au 1^{er} semestre 2026, est pilotée par la Direction générale de la santé (DGS). Elle sera conduite dans 3 territoires identifiés et sélectionnés de façon collégiale par les ARS : en Corse, Nouvelle- Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes, par 2 types de porteurs :

- soit des établissements de santé (dans la Vienne en Nouvelle-Aquitaine et dans le territoire métropolitain de Lyon en Auvergne-Rhône-Alpes),
- soit un service expérimental au sein de la collectivité en charge de la PMI (en Corse).

L'évaluation externe qui sera menée documentera l'acceptabilité, la faisabilité, la pertinence des missions au regard des résultats, les critères de reproductibilité du dispositif et la soutenabilité à long terme.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	
National	x

CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

	Cocher la case
Organisation innovante	x
Financement innovant	x
Pertinence des produits de santé	



GLOSSAIRE

ARS : agence régionale de santé

ASE : aide sociale à l'enfance

CAF : caisse d'allocation familiale

CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce

CCAS : centre communal d'action sociale

CIAS : centre intercommunal d'action sociale

CMPEA : centre médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent

CMPP : centre médico-psycho-pédagogique

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

DAC : dispositif d'appui à la coordination

DGS : direction générale de la santé

DMP : dossier médical partagé

DP : dossier pharmaceutique

IDE : infirmier.e diplômé.e d'Etat

INS : identité nationale de santé

IREPS : instance régionale d'éducation et de promotion santé

MDA : maison des adolescents

MEF : maison de l'enfant et de la famille

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

PCO : plateforme de coordination et d'orientation (troubles du neuro-développement)

PJJ : protection judiciaire de la jeunesse

PMI : protection maternelle et infantile

RGPD : règlement général sur la protection des données

URPS : union régionale des professionnels de santé

Table des matières

I	Description du porteur	6
II	Présentation des expérimentateurs et des partenaires.....	6
II.1	Expérimentateurs	6
II.2	Partenaires	6
III	Contexte et Constats	8
IV	Objectifs et effets attendus.....	10
V	Description du projet	10
V.1	Objet de l'expérimentation	10
V.2	Population cible et effectifs.....	10
V.2.a	Critères d'inclusion	10
V.2.b	Effectifs.....	11
V.3	Missions.....	Erreur ! Signet non défini.
V.4	Parcours du patient / usager	13
V.5	Organisation de la prise en charge / Intervention	15
V.6	communication et information	16
V.7	Terrain d'expérimentation	16
V.8	Durée de l'expérimentation	17
V.9	Pilotage, gouvernance et suivi de la mise en œuvre.....	17
VI	Les outils nécessaires pour l'expérimentation.....	18
VI.1	Les outils de la prise en charge patient.....	18
VI.1.a	Les outils non numériques	18
VI.1.b	Les outils numériques.....	18
VI.2	Le système d'information (SI) général de l'expérimentation.....	18
VI.3	Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de SI et des données de santé à caractère personnel	19
VII	Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation.....	19
VIII	Financement de l'expérimentation	19
VIII.1	Modèle de financement	19
VIII.2	Modalité de financement de la prise en charge proposée	19
VIII.2.a	Les forfaits	19
VIII.2.b	Les dotations	20
VIII.3	Besoin de financement.....	22
VIII.3.a	Estimation de la population cible	22
VIII.3.b	Crédits d'amorçage et d'ingénierie	22
VIII.3.c	Synthèse du besoin de financement	23
VIII.4	Autres sources de financement.....	25
VIII.5	Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités	25



IX	Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation	26
IX.1	Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement relevant du code de la sécurité sociale (CSS).....	27
IX.2	Aux règles d'organisation de l'offre de soins relevant des dispositions du code de la santé publique (CSP)	27
IX.3	Aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF)	27
X	Liens d'intérêts	27
XI	Elements bibliographiques.....	27
17.	Annexe 1 – Coordonnées du porteur et des partenaires.....	29
XII	Annexe 2 – Catégories d'expérimentations	30

I DESCRIPTION DU PORTEUR

Le projet est porté au niveau national par la Direction générale de la santé.

II PRESENTATION DES EXPERIMENTATEURS ET DES PARTENAIRES



II.1 EXPERIMENTATEURS

Au niveau local, deux types de portage sont expérimentés, pour 3 projets de maison de l'enfant et de la famille :

- Des établissements de santé (en Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle Aquitaine) :
 - Centre hospitalier le Vinatier, à Lyon, établissement lyonnais public en psychiatrie et santé mentale en coportage avec les Hospices civils de Lyon (HCL)
 - Centre hospitalier Henri Laborit, à Poitiers, établissement public en psychiatrie et santé mentale de la Vienne,
- Un service expérimental au sein de la collectivité en charge de la PMI (en Corse) :
 - Collectivité de Corse.

A noter, la maison de l'enfant et de la famille (MEF) pourra à terme également être portée par d'autres types d'acteurs selon les résultats relatifs à la reproductibilité du modèle testé.

II.2 PARTENAIRES

Les MEF établissent un réseau de partenaires territoriaux couvrant les problématiques liées à la santé de l'enfant et incluant **systématiquement** les professionnels de ville, notamment via les CPTS, les services hospitaliers, les DAC, la PMI, les MDA, la santé scolaire, les CMPEA, les CMPP, les CAMSP, la CAF. Elles peuvent également utilement associer les municipalités ou intercommunalités, notamment au titre de leur CCAS ou CIAS, les professionnels du péri et extra-scolaire et le milieu associatif.

Les principaux partenaires du CH Le Vinatier et des HCL sur la métropole de Lyon :

- Partenaires intra-hospitaliers au CH Le Vinatier :
 - le Pôle Psychiatrie de l'enfant : Plateforme d'orientation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Département Trauma Enfance Troubles Anxieux, Equipe mobile Résilude, Département Petite enfance périnatalité,
 - le Pôle hospitalo-universitaire Autisme et déficiences intellectuelles
- Hôpital Femme Mère Enfant de Bron
- CH St-Jean de Dieu
- CH de St-Cyr-au-Mont-d'Or
- Les conseils locaux de santé mentale de la métropole de Lyon
- URPS AuRA (médecins libéraux Auvergne-Rhône-Alpes)
- Académie de Lyon
- Métropole de Lyon : services Enfance, PMI
- Protection judiciaire de la jeunesse
- Sauvegarde 69
- Établissements médico-sociaux (ALGED, ADAPEI, OVE, le Prado...)
- Autres collectivités territoriales et mairie
- CAF

- CAMSP
- Maison des adolescents
- Communautés professionnelles territoriales de santé
- Maisons de santé pluriprofessionnelles
- CPAM

Pour le CH Laborit sur le territoire de la Vienne, le Pôle universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PUPEA) de la Vienne qui porte par ailleurs la MDA, collabore plus particulièrement par le biais de conventions et de partenariats avec :

- Aide sociale à l'enfance (ASE) : intervention de l'équipe mobile de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans les foyers et lieux de vie du département, participation à la Commission des cas partagés (ASE, PEA, PJJ)
- Protection maternelle et infantile (PMI) : participation de la PMI à la CAPPE (coordination et appui à la parentalité et à la petite enfance)
- Caisse d'allocations familiales (CAF) : soutien de la CAF à la MDA
- PEP86 :
 - CMPP : co-coordination médicale des CMPP par le Dr S. Barret, pédopsychiatre au sein du PUPEA, et la coordination médicale de la plateforme d'orientation et de coordination des TND pour les enfants de 7 – 12 ans de la Vienne portée administrativement par le CMPP (PEP86).
 - CAMSP : coordination médicale par le Dr Raffeneau du PUPEA de RECOLTE (Réseau COLlaboratif Territorial) dédié à l'évaluation, au diagnostic et à l'accompagnement des enfants de 0 à 6 ans avec TSA dans la Vienne et portée administrativement par le CAMSP (PEP86), coordination médicale par le Dr Raffeneau du PUPEA de la plateforme d'orientation et de coordination des TND pour les enfants de 0 à 6 ans de la Vienne portée administrativement par le CMPP (PEP86)
 - Convention avec le PUPEA pour les PCPE Cas complexes et situations critiques
- MDA : important travail de structuration du réseau dédié à l'adolescence dans la Vienne auprès de très nombreux partenaires dont nombre interviennent également auprès des 0 à 3 ans.
- Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) : coopération au projet de plateforme d'accueil numérique du PUPEA de la Vienne (prise de RDV, gestion des parcours, échanges d'informations, ...).
- Éducation nationale : intervention du PUPEA au sein de 35 collèges et lycées de la Vienne au titre des permanences d'évaluation clinique (PEC) et des équipes adultes ressources (EAR), coordination par le PUPEA d'une ULIS à Châtellerauld.
- CHU de Poitiers :
 - Intervention du PUPEA dans différents services, principalement au sein du service de pédiatrie, au titre de la pédopsychiatrie de liaison, et au titre des astreintes de pédopsychiatrie au sein des services d'urgences.
 - UAPED : convention de partenariat avec le PUPEA et articulation avec l'Unité de psychotraumatologie aiguë (UPA) au sein du PUPEA.
- Juges pour enfants : échanges constants au titre de l'accueil familial thérapeutique (AFT) qui est une unité fonctionnelle de la clinique de l'enfance du PUPEA.

Pour la collectivité de Corse :

- Partenaires institutionnels internes : PMI, protection de l'enfance, action sociale de proximité, direction de la jeunesse
- MSP et CPTS nouant ainsi un partenariat privilégié avec les professionnels de santé sur les territoires.

- MDA,
- CAMSP, CMPP,
- Plateforme de coordination et d'orientation (PCO) pour suspicion du trouble du neuro-développement (TND) chez les enfants
- CAF 2A et 2B
- Education nationale
- Services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du territoire
- Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)
- Centres intercommunaux d'action sociale et centres communaux d'action sociale, mairies
- Associations d'aides à domicile
- IREPS Corse et implication dans tous les contrats locaux de santé
- Unions de professionnels libéraux
- Associations sportives du territoire, associations du secteur social et médicosocial
- Groupement des sages-femmes de Corse et réseau contraception /IVG.

III CONTEXTE ET CONSTATS

Les Assises de la santé mentale et de la psychiatrie de septembre 2021 ont annoncé dans la mesure 13 l'objectif de « faire émerger un acteur en charge de la coordination de la santé des 3-11 ans ». La loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants, dans son article 33 prévoit :

- I. *À titre expérimental et pour une durée de trois ans, dans les départements volontaires et dans le cadre du dispositif mentionné à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, peut être créée une structure dénommée « maison de l'enfant et de la famille », visant à améliorer la prise en charge des enfants et des jeunes et à assurer une meilleure coordination des professionnels de santé exerçant auprès d'eux.*
Elle participe notamment à l'amélioration de l'accès aux soins, à l'organisation du parcours de soins, au développement des actions de prévention, de promotion de la santé et de soutien à la parentalité ainsi qu'à l'accompagnement et à la formation des professionnels en contact avec les enfants et leurs familles sur le territoire.
- II. *Le cahier des charges de ces structures est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.*

Il n'existe en effet pas de structure identifiée pour coordonner les parcours de santé globale des enfants de 3 à 11 ans alors que plusieurs acteurs peuvent intervenir dans le champ de la santé de l'enfant. Afin d'orienter les familles et renforcer le suivi des enfants qui en ont besoin, cette structure permet de développer une offre complémentaire venant en appui des acteurs de première ligne de la santé de l'enfant :

- A la médecine générale, pour des questions complexes relatives à la santé globale de l'enfant
- A l'offre en PMI (qui intervient en théorie jusqu'à 6 ans, mais dans les faits essentiellement jusqu'à 2 ou 3 ans)
- Et aux services de santé scolaire.

L'ensemble des parties prenantes (acteurs nationaux, collectivités territoriales et professionnels sanitaires, éducatifs et médico-sociaux) exprime une forte demande pour mieux accompagner les enfants entre 3 et 11 ans et leurs parents dans une approche globale de santé.

Le besoin de renforcer les parcours de santé des 3-11 ans concerne tous les champs de la santé de l'enfant, psychique et physique qu'il s'agisse de prévention ou de soins (par exemple la nutrition,

l'activité physique, l'usage des écrans...). Comme souligné par le rapport Rist/Barthet-Derrien¹ de 2019, relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de 0 à 6 ans, de nombreux dispositifs ou professionnels prennent en charge certains aspects de la santé de certains groupes d'enfants, sans qu'aucun n'ait une approche globale ou qu'ils ne se coordonnent. Ce rapport préconise un renforcement de la coordination, dans une approche globale des besoins de santé de l'enfant.

S'agissant de la santé mentale, la crise Covid a mis en évidence la vulnérabilité spécifique des enfants et des jeunes en termes de santé mentale et le risque de dégradation rapide de leur état de santé mentale. La surveillance de l'activité aux urgences a montré une augmentation des passages pour idéation suicidaire et pour troubles de l'humeur, dès le plus jeune âge (< 11 ans).² Dans ce contexte d'augmentation des besoins, les professionnels de santé se retrouvent parfois démunis face aux questions spécifiques de la santé mentale des plus jeunes et à l'allongement des files d'attente en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

A noter, la Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées (SFPEADA) avait publié en novembre 2018 un avis pour une refonte de la pédopsychiatrie publique, qui proposait une organisation en 4 niveaux (au lieu des 3 actuels), avec la création d'un niveau 2 par des « maisons de l'enfance et de la famille » pour porter le premier recours.³

L'expérimentation proposée vise à répondre à ce manque, en dehors d'initiatives ponctuelles, d'une coordination entre ces acteurs du premier recours, entre eux, avec le secteur de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et avec les professionnels spécialisés tels que les orthophonistes ou les psychomotriciens, ou avec des dispositifs spécifiques tels que les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) pour les troubles du neurodéveloppement. Au vu de la multiplicité des professionnels concernés, l'objectif est de :

- garantir la cohérence du suivi de la santé de l'enfant au regard des besoins de l'enfant,
- améliorer la lisibilité des ressources existantes sur le territoire pour tous, parents, enfants et professionnels.

Ce suivi coordonné est d'autant plus important quand les enfants et les familles présentent des facteurs de risque ou de vulnérabilité, que ce soit dans le champ sanitaire, social et/ou psychique.

Le rapport de la Cour des comptes sur la santé des enfants de décembre 2021, pour favoriser l'exercice coordonné pluri professionnel, propose la mise en commun des compétences pour pallier la faiblesse des effectifs, via la **recommandation 10** : « *Expérimenter un label de maison de santé de l'enfant regroupant, à partir des structures existantes, les professionnels de santé d'un territoire sur la base d'un diagnostic local des besoins de santé des enfants, afin d'améliorer l'accès aux soins et à l'accompagnement des enfants et encourager l'exercice pluri professionnel coordonné* ». ⁴

Ces structures doivent s'articuler et contribuer aux politiques actuellement menées dans différents secteurs du domaine de l'enfance (1000 premiers jours, stratégie école promotrice de santé, stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance, schémas départementaux des services aux familles, programmes de réussite éducative...).

¹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_27_mars_stephanie_rist.pdf

² [Santé mentale. Point mensuel, octobre 2022. \(santepubliquefrance.fr\)](https://santepubliquefrance.fr)

³ <https://sfpeada.fr/projet-pour-le-cmp-de-demain/>

Catheline N. Projet pour le CMP de demain. L'évolution nécessaire des CMP pour la psychiatrie de demain de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2018;66:399-406.

⁴ [La santé des enfants | Cour des comptes \(ccomptes.fr\)](https://ccomptes.fr)

IV OBJECTIFS ET EFFETS ATTENDUS

Objectifs stratégiques

1. Améliorer le bien-être et la santé des enfants de 3 à 11 ans, dans leur contexte de vie, notamment familial ;
2. Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux ressources de santé et éviter les retards d'accès aux soins, en axant les missions de la MEF sur les enfants en ayant le plus besoin (notamment du fait d'un éloignement du système de santé ou d'une situation de santé complexe)

Objectifs opérationnels

3. Mobiliser pour chaque enfant concerné, de façon proportionnée, sur la base d'une évaluation de ses besoins, les ressources professionnelles adaptées, en lien avec les parents et le médecin traitant le cas échéant ;
4. S'assurer que l'ensemble des préconisations réalisées dans le cadre des accompagnements individuels ponctuels soient mis en œuvre (rendez-vous réalisés, vaccinations...);
5. Fluidifier et faciliter le parcours de santé des enfants en lien avec le médecin traitant et en s'appuyant sur les acteurs locaux de la santé et du social dans le respect de leurs compétences respectives et dans une recherche d'optimisation des ressources en visant notamment l'insertion dans le parcours de droit commun ;
6. Coordonner les professionnels du territoire intervenant sur la santé globale des enfants, quels que soient leur métier ou mode d'exercice, pour favoriser les synergies locales et contribuer à la formation d'un réseau ;
7. Favoriser les échanges entre parents pour améliorer l'adhésion aux bonnes pratiques en matière de santé de l'enfant.
8. Rationaliser et limiter le recours aux ressources en tension notamment la pédiatrie hospitalière par une prise en charge d'amont efficace

V DESCRIPTION DU PROJET

V.1 OBJET DE L'EXPERIMENTATION

Expérimenter un service en charge d'assurer l'animation territoriale autour de la santé des enfants et, à partir de l'évaluation des besoins de santé globale, la mise en place, pour les enfants en ayant le plus besoin (notamment du fait d'un éloignement du système de santé ou d'une situation de santé complexe) et en appui du premier recours, d'un parcours de santé afin d'améliorer sa prise en charge et son suivi pluridisciplinaires en proximité, en mobilisant les acteurs sur des indications précises et de façon proportionnée.

V.2 POPULATION CIBLE ET EFFECTIFS

V.2.a Critères d'inclusion

Critères d'inclusion pour un accompagnement individuel ponctuel :

- **Les enfants de 3 à 11 ans sans médecin traitant** et leur famille, ayant des difficultés à s'insérer dans le parcours de droit commun. Dans ce cas, ils peuvent :

- Etre adressés par un professionnel de la santé, du social et tout acteur du champ de l'enfance
- Contacter la MEF directement
(A noter, la MEF aide ces familles à trouver et à déclarer un médecin traitant pour leur enfant.)
- **Les enfants de 3 à 11 ans adressés par leur médecin pour avis, en cas de complexité du besoin de santé, et leur famille**

Dans tous les cas, ils doivent résider sur le territoire desservi par la MEF.

Critères d'exclusion

- **Les demandes simples** pouvant être réorientées directement vers un dispositif de santé existant sur le territoire (par exemple famille qui demande l'adresse du centre de PMI ou une prestation sociale...), ou ne concernant pas directement un besoin de santé.
- **Toute situation d'urgence (médicale, sociale, maltraitance...)** qui demande une prise en charge immédiate par un médecin/service spécialisé

Ces situations étant exclues, les familles réorientées directement par la MEF ne sont pas considérées comme partie intégrante de la file active de la MEF.

V.2.b Effectifs

La file active cible d'usagers est variable selon les projections des territoires et est indexée sur la file active des PMI. L'objectif d'inclusion est de 7 560 enfants en 30 mois sur les 3 sites (cf. VIII.3.a).

Seront également comptabilisées les files actives des professionnels du territoire prenant en charge des enfants orientés par la MEF, au titre de la mission de coordination de la MEF.

V.3 MISSIONS

1) Une mission d'animation du territoire

La MEF a une mission d'animation territoriale visant à favoriser l'information, la mobilisation, les formations et la coordination des professionnels du territoire autour de la santé globale de l'enfant.

Les formations mises en place par la MEF visent notamment à permettre le **partage de bonnes pratiques entre les professionnels du territoire.**

Ainsi, en animant leur réseau de partenaires territoriaux, elles permettent d'améliorer les connaissances et les pratiques au bénéfice de la santé des enfants du territoire : tissu associatif, les professionnels de ville, les CPTS, les services hospitaliers, les DAC, la PMI, les MDA, la santé scolaire, les CMPEA, les CMPP, les CAMSP, la CAF...

Dans son volet communicationnel, les missions de la MEF doivent être bien identifiées et comprises autant par les professionnels que le grand public, afin notamment d'éviter que des enfants et leurs familles ne répondant pas aux critères d'inclusion se présentent à l'accueil.

En amont de son déploiement, un **diagnostic territorial** sera effectué pour recenser toutes les ressources territoriales mobilisables pour la santé globale de l'enfant. L'objectif de la MEF est d'agir **en complémentarité de ses partenaires.**

La MEF met à disposition de ses partenaires ce diagnostic territorial et l'actualise régulièrement. En ce sens, la MEF joue un rôle de centre de ressources où les professionnels pourront trouver des relais et des informations sur l'offre existante pour la santé de l'enfant.

Enfin, pour faciliter l'accès des familles les plus éloignées du système de santé, **des démarches proactives d' « aller vers » seront réalisées.** Les porteurs développeront, avec leurs partenaires, celles-ci au plus près des lieux fréquentés par les familles en lien avec tous leurs interlocuteurs habituels, de l'école, de la santé (PMI), du social, des services des collectivités locales, du milieu associatif, des CAF...

2) Un accompagnement ponctuel individuel, en vue d'une insertion dans le droit commun

La MEF s'adresse aux enfants éloignés du système de santé ou en difficulté, et à leur famille. Elle accompagne ainsi ponctuellement :

- des enfants de 3 à 11 ans sans médecin traitant et leur famille, ayant des difficultés à s'insérer dans le parcours de droit commun,
- des enfants et de 3 à 11 ans et leur famille adressés par leur médecin pour avis, en cas de complexité du besoin de santé.

Lorsque cela est justifié, la MEF est en capacité d'évaluer la situation de l'enfant et de sa famille dans une approche systémique, permettant ainsi d'aborder la santé de l'enfant dans son environnement familial, social et écologique.

L'objectif est de s'assurer que les enfants soient bien intégrés dans un parcours de santé adapté à leurs besoins. Un accompagnement individualisé et un suivi de l'intégration de l'enfant et de sa famille dans le parcours de soins adapté sont effectués par la MEF, dans une stratégie de lutte contre le renoncement aux soins et à la prévention, limitant les perdus de vue.

La MEF ne se substitue pas au premier recours, mais vient en appui de celui-ci. De même la MEF n'a pas vocation à suivre les enfants au long cours puisque ce suivi doit être ponctuel, car in fine réalisé dans le cadre du droit commun par un médecin traitant et/ou l'offre spécialisée concernée.

L'objet est donc d'initier le parcours de santé en lien avec les professionnels de santé du territoire. Ainsi, la MEF aide, par exemple, les familles à trouver et à déclarer un médecin traitant pour leur enfant.

Du fait de ses compétences (IDE avec compétences en puériculture et médecin avec des compétences spécifiques en pédiatrie), l'équipe de la MEF peut venir en appui, de manière ponctuelle, sur orientation du médecin traitant, pour les enfants nécessitant une évaluation complémentaire. Une évaluation globale et pluridisciplinaire des besoins de l'enfant et de sa famille sera réalisée, permettant de définir un parcours de santé, en lien notamment avec le médecin traitant, lorsqu'il y en a un.

Par de meilleures orientations en amont, elle pourrait également permettre de limiter l'embolisation de certains services, notamment la pédiatrie hospitalière.

Elle apporte, en partenariat avec les acteurs locaux existants, une porte d'entrée vers l'accès aux soins et à la prévention de droit commun et favorise la coordination entre tous les acteurs en charge de la santé de l'enfant.

Par ailleurs, afin de définir et initier le parcours de santé pour des cas identifiés comme complexes, la MEF, outre ses staffs internes, organise des temps de coordination avec les acteurs du territoire concernés par la prise en charge de l'enfant. Ceci dans l'objectif de coordonner les coopérations territoriales pour organiser un parcours de santé pédiatrique plus efficient et garantir ainsi le suivi de l'enfant.



3) Une mission de promotion de la santé et de soutien à la parentalité

La MEF déploie une mission de promotion de la santé et de soutien à la parentalité via des séances d'intervention collective (groupe de paroles, ateliers d'éducation à la santé ou programmes de renforcement des compétences psychosociales) dans un principe de subsidiarité avec les autres acteurs du territoire ou en partenariat, favorisant la visibilité du dispositif.

A noter, les MEF peuvent proposer ces interventions à des enfants et familles, suivies par ailleurs et donc ne bénéficiant pas d'un accompagnement ponctuel individuel. Elles favorisent ainsi, y compris pour les enfants déjà insérés dans le parcours de droit commun, les échanges entre parents sur le territoire pour améliorer l'adhésion aux bonnes pratiques en matière de santé des enfants.

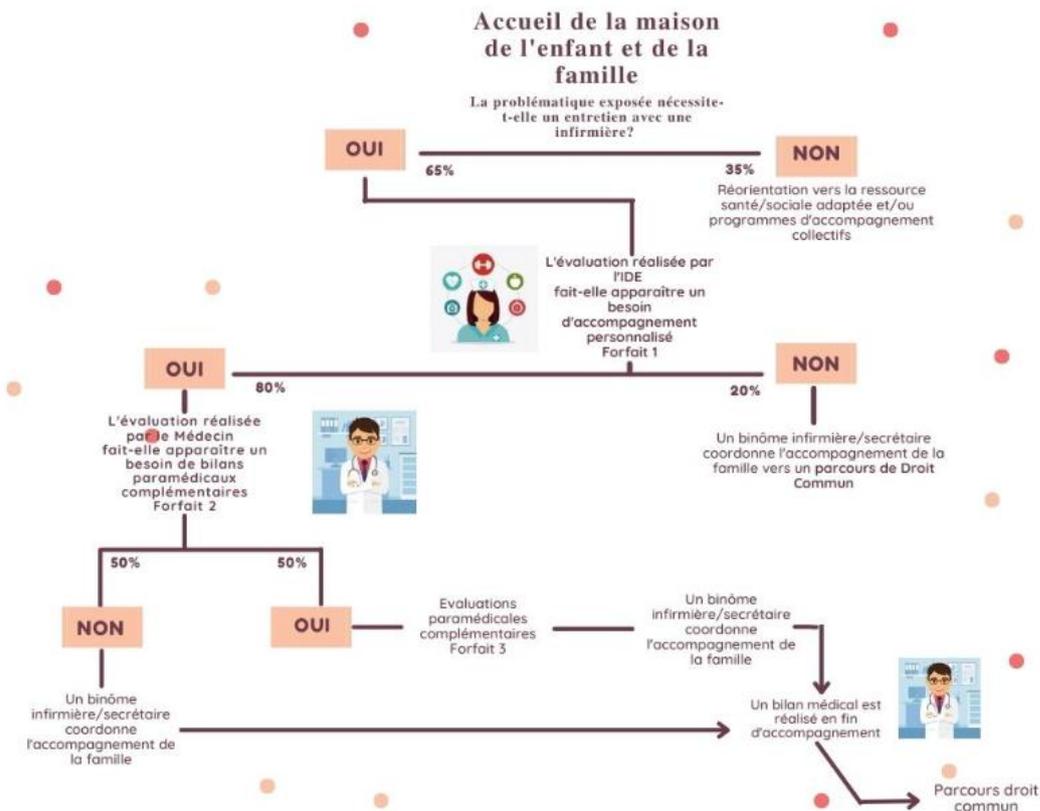
V.4 PARCOURS DU PATIENT / USAGER

Les enfants répondant aux critères d'inclusion et leurs familles bénéficient d'un premier accueil (en présentiel ou téléphonique) par un secrétariat appuyé par un infirmier qui permet de préciser le besoin et son urgence, de donner des informations sur la MEF et, au besoin, sur les autres structures de recours.

Ce premier accueil permet de déterminer si la demande relève de la MEF.

Si ce n'est pas le cas, la famille est orientée vers un acteur plus pertinent (du soin, de l'action sociale, etc.) en fonction du besoin ; les parents reçoivent s'ils en ont besoin une aide à la prise de rendez-vous. Dans certains cas, il pourra leur être proposé de participer à des prestations collectives. Si l'enfant présente une pathologie aiguë, il est orienté vers un professionnel du soin de ville ou de l'hôpital, en tenant compte de l'urgence identifiée.

Si la demande relève d'un accompagnement ponctuel individuel par la MEF, l'accueil ouvre un dossier patient et fixe un rendez-vous pour un entretien par un infirmier. Selon les disponibilités de l'infirmier, le rendez-vous peut être immédiat.



(F1) correspond au forfait d'orientation vers le droit commun, (F2) correspond au forfait d'accompagnement personnalisé 1 et (F3) correspond au forfait d'accompagnement personnalisé 2.

Pour définir les besoins de l'enfant et le parcours de soins qui en découle, l'évaluation pourra impliquer jusqu'à 3 étapes :

- La première est celle de l'évaluation par un infirmier, soit titulaire du diplôme de puéricultrice, soit justifiant de connaissances ou d'expérience particulière en matière de santé de l'enfant (forfait 1),
- Ensuite, ce dernier peut demander, sur la base d'une grille/arbre décisionnel, une évaluation par un médecin spécialiste ou compétent qualifié en pédiatrie, pédopsychiatrie ou médecine sociale et santé publique, soit justifiant de connaissances ou d'une expérience particulière en matière de santé de l'enfant (forfait 2),
- Enfin, le médecin peut s'appuyer sur des évaluations paramédicales complémentaires. Ce parcours complet s'adresse aux enfants et familles dont la problématique est jugée comme complexe (forfait 3).

A toutes les étapes, un temps est consacré par le professionnel pour s'assurer que le(s) rendez-vous suivant(s) est (ou sont) pris.

L'évaluation par un infirmier seul, sans recours à des évaluations complémentaires médicales et paramédicales, s'adresse avant tout à des enfants et des familles non ou mal intégrés dans le parcours préventif de droit commun (défaut de vaccination, retard ou absence des examens médicaux obligatoires, de suivi buccodentaire (MTdents, etc.) sans autre signe d'appel, afin de les orienter voire de les accompagner dans un parcours de droit commun et s'assurer que ces visites et actes ont bien lieu (par un recontact de la famille par appels téléphoniques tracés dans les dossiers patients).

L'évaluation médicale par un médecin ayant des compétences spécifiques en pédiatrie intervient devant tout signe d'appel ou facteurs de risques, tels qu'un risque d'obésité, un mal-être exprimé par l'enfant ou sa famille, des troubles des conduites ou du comportement, des difficultés en milieu scolaire, des troubles du sommeil, des plaintes somatiques répétitives, etc.

En fonction de son examen, le médecin peut décider d'une évaluation paramédicale complémentaire faisant appel à un psychologue, diététicien, psychomotricien, ergothérapeute, orthophoniste..., et/ou à une évaluation sociale. Ces professionnels du territoire sont rémunérés par la MEF dans ce cadre.

Quel que soit l'accompagnement réalisé, la MEF permet une intégration de l'enfant et de la famille vers l'accès aux soins et à la prévention de droit commun.

A l'issue des évaluations médicales et paramédicales, les résultats sont discutés en réunion de staff.

Quel que soit le parcours défini à l'issue des étapes d'évaluation, un accompagnement est réalisé par un binôme infirmier/secrétariat pour s'assurer que les visites et actes prévus ont bien lieu (recontact par téléphone des familles). Le temps moyen dédié au recontact par famille, dans le cadre d'un accompagnement individuel, est estimé en moyenne à 60 min au total pour l'ensemble du parcours. Il s'agit d'une mission cruciale de la MEF pour s'assurer de l'insertion des familles dans leur parcours de droit commun.

Enfin, les familles peuvent également bénéficier d'interventions collectives à tout moment du parcours. La MEF informe l'ensemble de ses partenaires, dans le cadre de son plan d'information et communication, du programme des interventions collectives réalisées par elle ou ses partenaires. Les modalités de réalisation de ces interventions par la MEF sont détaillées ci-après (cf. V.5).

V.5 ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE / INTERVENTION

La première évaluation par un infirmier peut amener à une évaluation approfondie par le médecin qui peut solliciter des bilans ou évaluations paramédicaux. Cette évaluation renforcée conduit à définir, en lien avec la famille et le médecin traitant, un parcours de santé individuel, qui sera mis en œuvre par les partenaires de la MEF après orientation. Ce parcours de santé pourra aussi inclure des prestations collectives, organisées par la MEF ou rendues accessibles le cas échéant dans le cadre de partenariats. En fonction de ses besoins et de ses ressources propres, la famille est accompagnée dans les prises de rendez-vous et le suivi de ce parcours pour un déroulement effectif.

Concernant les prestations collectives, la MEF recherche en priorité si d'autres acteurs ne proposent pas déjà sur le territoire des interventions ayant fait preuve de leur efficacité, afin de pouvoir, dans le cadre d'un partenariat, y orienter les enfants et leurs familles.

A défaut, elle organise elle-même ces interventions collectives portant sur les principaux risques de pathologies (surpoids/obésité, souffrance psychique...). Celles-ci se déroulent principalement dans ses locaux :

- **Des interventions spécialisées d'éducation à la santé**
 - o Elles sont réalisées par un médecin et une IDE ayant compétence en puériculture et durent 1h30.
 - o Une famille peut assister à une ou plusieurs séances, car celles-ci sont thématiques. En moyenne, 3 familles sur 4 pourront avoir accès à un atelier d'éducation à la santé.
- **Des groupes de paroles parents-enfants**
 - o Ils sont assurés par un binôme éducateur/psychologue qui dispose d'un temps de préparation de 45 minutes et de débriefing de 45 minutes. Le groupe de parole dure 1h30.
 - o Une famille peut assister à une ou plusieurs séances. En moyenne, 1 famille sur 2 pourra avoir accès à une séance de groupe de parole. Il s'agit d'une moyenne, car une famille peut avoir besoin de plus d'une séance (ex : enfants victimes de harcèlement scolaire)
- **Des programmes de renforcement des compétences psycho-sociales** des enfants et des parents à l'instar du programme probant PSFP (programme de soutien aux familles et à la parentalité)
 - o Ils mobilisent des psychologues et des éducateurs, qui ont un temps de préparation et de débriefing pour chaque séance et qui sont appuyés initialement par un référent spécialiste du programme validé mis en place.



- Ces programmes ciblent et réunissent des familles avec des enfants de 3 à 11 ans, pour 12 séances de 2 heures avec l'objectif de développer et de renforcer les compétences parentales, les compétences psychosociales des enfants et les relations parents-enfants pour améliorer au quotidien la communication au sein de la cellule familiale.
- Seules les familles les plus vulnérables sont concernées. Environ 5% des enfants auront accès à ces prestations.

Une famille peut bénéficier de plusieurs types d'interventions collectives.

En moyenne sur l'année, chaque type d'intervention collective est proposé chaque semaine.

Enfin, le nombre de personnes maximum par famille et par intervention est définie par la MEF en amont de la programmation et figure sur les informations communiquées.

La maison de l'enfant et de la famille n'a pas pour objectif d'offrir en son nom propre l'ensemble des réponses aux besoins des enfants, mais de mobiliser un réseau de partenaires le plus large possible : médecins généralistes ayant une expérience spécifique en pédiatrie, pédiatres, psychiatres de l'enfant et de l'adolescent, puéricultrices, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, éducateurs de jeunes enfants et autres travailleurs sociaux, etc. de différents modes d'exercice (libéral, hospitalier, salarié, bénévole), mais également professionnels du soutien à la parentalité, de la petite enfance et de l'éducation.

La MEF réalise sa mission d'**animation territoriale** en favorisant l'information, la mobilisation et la coordination des professionnels du territoire autour d'activités partagées avec les autres acteurs territoriaux de prévention et promotion de la santé, et de temps d'échanges entre professionnels afin d'accroître la synergie territoriale.

V.6 COMMUNICATION ET INFORMATION

Chaque site pilote organise en interne la formation de ses personnels aux procédures mises en place pour l'accueil, l'évaluation, l'orientation et l'accompagnement par la MEF.

Pour la communication et l'information des partenaires et du grand public, des supports d'information seront développés et adaptés dans les 3 territoires. Chaque opérateur organisera un plan média/plan de communication pour le lancement de la MEF et pour une communication via ses réseaux sociaux existants. L'information sur le public concerné par les accompagnements individuels ponctuels devra être clairement mentionnée, afin que les différentes ressources puissent être utilisées de façon pertinente.

Un modèle de conventionnement pour les partenariats sera disponible.

V.7 TERRAIN D'EXPERIMENTATION

Trois terrains d'expérimentation ont été identifiés et sélectionnés, fin 2022, de façon collégiale par les ARS et ont participé à la co-construction du cahier des charges au premier semestre 2023 :

- En Corse, dans la collectivité de Corse, avec une implantation initiale sur les 2 pôles urbains les plus importants (Ajaccio et Bastia) et un accueil dans le rural délocalisé via la PMI et le service social pour à terme un déploiement sur l'ensemble du territoire,
- En Nouvelle Aquitaine, dans le département de la Vienne, pour une couverture départementale à l'instar de la MDA et une implantation dans le centre-ville de Poitiers dans des locaux indépendants du CH Laborit,
- En Auvergne-Rhône-Alpes, dans le territoire métropolitain de Lyon, couvrant le territoire urbain et

une implantation au sein du CH Le Vinatier, en lien avec les Hospices civils de Lyon (HCL).

Ce choix répond à une diversité de territoires (urbain, semi-urbain et rural), de caractéristiques des familles du territoire (catégories socio-professionnelles) et d'échelons territoriaux.

Dans les territoires ruraux, les partenariats de la MEF pourraient être élargis à des professionnels à distance ou dans d'autres départements en fonction de la disponibilité, impliquant de considérer les transports nécessaires des familles vers ces professionnels. Ces transports ne sont pas financés par le FISS, mais peuvent être financés par des partenaires de la MEF ou par les familles elles-mêmes.

V.8 DUREE DE L'EXPERIMENTATION



La durée d'expérimentation est de 3 ans et 5 mois, dont 6 mois maximum dédiés à la phase d'amorçage.

Cette durée permettra d'inclure pendant 30 mois des enfants sur chacun des territoires d'expérimentation.

- **Mai à Octobre 2023** : Phase d'amorçage (jusqu'à 6 mois) avec :
 - Aménagements des locaux et lancement des recrutements des professionnels
 - Consolidation des partenariats, conventionnements, formation des parties prenantes
- **1^{er} novembre 2023** : Date prévisionnelle de l'ouverture des MEF et de l'inclusion progressive d'enfants dans le dispositif expérimental
- **30 avril 2026** : Date prévisionnelle de fin des inclusions (date fixée à 30 mois de l'ouverture de la dernière MEF)

A noter, les enfants inclus avant la date de fin d'inclusion pourront bénéficier d'un parcours dans son intégralité, car la date de fin de facturation est fixée au 30 septembre 2026.

Calendrier prévisionnel de l'expérimentation



Au regard des évaluations intermédiaire et finale, l'année 2026 sera consacrée à étudier la suite à donner à l'expérimentation, en fonction notamment des résultats de l'évaluation.

V.9 PILOTAGE, GOUVERNANCE ET SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE

Au niveau national, un comité de pilotage, sous l'égide de la DGS, associera les ARS, les porteurs de projet, en lien avec l'équipe du rapporteur de l'innovation en santé et la DGOS. Il se réunira au moins 3 fois par an, en fonction des besoins exprimés par les comités territoriaux.

Dans les 3 territoires, le pilotage et le suivi de la mise en œuvre seront assurés par un comité territorial sous l'égide de l'ARS et animé par le chef de projet au sein de la MEF. Ce comité de pilotage territorial sera composé des parties prenantes de la MEF et se réunira au moins 1 fois par trimestre afin de :

- s'assurer du bon déroulement de l'expérimentation conformément aux objectifs et modalités explicités dans le présent cahier des charges, et notamment le fonctionnement du partenariat et les actions conduites ;
- confirmer, réorienter ou compléter les axes du partenariat, sur la base des besoins de la file active et des évolutions du diagnostic territorial.

Le comité de pilotage territorial transmettra au moins 1 fois par semestre un bilan de l'avancement du projet à la DGS, en amont du COPIL.

VI LES OUTILS NECESSAIRES POUR L'EXPERIMENTATION



VI.1 LES OUTILS DE LA PRISE EN CHARGE PATIENT

VI.1.a Les outils non numériques

- Procédures rédigées pour l'accueil, l'évaluation (grilles et adaptation, mutualisation des outils PMI), l'orientation et l'accompagnement
- Dossier patient avec grilles d'évaluation
- Un annuaire régulièrement mis à jour:
 - o des professionnels de santé de premier et second recours
 - o des structures santé, social vers lesquelles orienter les familles en tant que de besoin
- Questionnaire de satisfaction

VI.1.b Les outils numériques

Néant

VI.2 LE SYSTEME D'INFORMATION (SI) GENERAL DE L'EXPERIMENTATION

Le recueil d'information s'appuiera sur le système d'information existant dans chacune des 3 structures, système d'information présenté ci-dessous.

Le CH le Vinatier et le CH Laborit utilisent le dossier patient informatisé Cortexte© (éd CAPCIR). Le DPI Cortexte a été référencé auprès de l'ANS sur le volet DPI et de ce fait reçoit les dernières évolutions en termes de e-santé, c'est-à-dire le Dossier Médical Partagé (DMP) et la Messagerie Sécurisée de Santé (MSSanté).

Le CH Laborit précise l'interopérabilité entre le système de gestion administrative et le dossier patient informatisé avec transfert de l'identité nationale de santé (INS) à Cortexte, permettant d'alimenter le dossier médical partagé (DMP) et l'envoi d'emails sécurisés via MSSanté. Un projet est en cours et permettra de déployer à l'ensemble des services, l'utilisation de l'INS, du DMP, de la MSSanté ainsi que du Dossier Pharmaceutique (DP).

Pour le partage d'informations médicales entre les prestataires intervenant dans l'évaluation des situations et la réalisation des actes du parcours de santé, l'utilisation du DMP est la piste envisagée.

Dans les deux cas, il convient de s'assurer que les outils utilisés permettent :

- la facturation ;
- un export anonyme des données aux fins d'évaluation.

VI.3 OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES EN MATIERE DE SI ET DES DONNEES DE SANTE A CARACTERE PERSONNEL

Le système d'information et les informations recueillies s'appuient sur le cadre habituel de la structure de soins ; les obligations réglementaires sont identiques à celles de la pratique habituelle, au regard du règlement général sur la protection des données (RGPD) et des mesures techniques consistant en la mise en place systématique des précautions élémentaires, objet du guide de la sécurité des données personnelles⁵.

VII INFORMATIONS RECUEILLIES SUR LES PATIENTS INCLUS DANS L'EXPERIMENTATION

Informations recueillies dans le cadre habituel de l'activité de ces structures de santé :

- Données identifiantes (NIR, nom, prénom, date de naissance, téléphone et adresse de la famille)
- Situation de la famille
- Données de santé : motifs de recours, histoire de la maladie, diagnostics et traitements
- Données du parcours : adressage et orientation, médecin traitant.

VIII FINANCEMENT DE L'EXPERIMENTATION

VIII.1 MODELE DE FINANCEMENT

Le modèle de financement proposé est un modèle mixte qui comprend :

- Des forfaits de prestations individuelles pour 3 types de parcours (l'orientation vers le droit commun, l'accompagnement personnalisé simple et l'accompagnement personnalisé renforcé). Les effectifs, ainsi que les modalités d'estimation du nombre de passages sont présentés ci-dessous.
- Des dotations annuelles pour les 3 types de prestations collectives proposées au sein de la MEF pour partie, et des tarifs unitaires pour les séances supplémentaires réalisées.
- Une dotation annuelle pour permettre à la MEF d'assurer son rôle d'animation territoriale.
- Une dotation annuelle « structure » pour les frais annexes.

VIII.2 MODALITE DE FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE PROPOSEE

VIII.2.a Les forfaits

Le modèle de financement propose 3 forfaits selon les besoins identifiés pour chaque enfant. Pour fixer les montants de chaque forfait, les temps de mobilisation ont été estimés pour chacun des professionnels intervenants. Le profil de la patientèle pouvant différer d'une maison à l'autre, il s'agit de temps nécessaires moyens.

Cette mission étant cruciale pour la MEF, chaque forfait comprend la prise de rendez-vous pour le patient, le rappel et le suivi.

⁵ https://www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/cnil_guide_securite_personnelle.pdf

- **Orientation vers un parcours de droit commun**

Après un temps d'accueil réalisé par un secrétaire ou un chargé d'accueil, l'enfant bénéficie d'une évaluation de 45 minutes avec une IDE ayant compétence en puériculture. Ce binôme secrétaire IDE assurera l'orientation vers le parcours de droit commun grâce à un temps dédié de suivi et de coordination de 60 minutes en moyenne au total. Ce forfait est estimé à 72€.

- **Accompagnement personnalisé simple**

Après l'évaluation avec l'IDE ayant compétence en puériculture, une évaluation médicale est nécessaire avec un médecin ayant une compétence en pédiatrie. A la suite de cette seconde évaluation de 30 minutes et d'un temps de coordination interprofessionnel, l'IDE assurera le suivi et la coordination du parcours de l'enfant. Ce temps est estimé en moyenne à 60 minutes au total. En fin de parcours, le médecin réalisera un bilan de 30 minutes. Le montant de ce forfait est estimé à 154€.

- **Accompagnement personnalisé renforcé**

L'évaluation médicale peut être complétée par des évaluations paramédicales si nécessaire (en moyenne 2 par enfant). L'équipe de la MEF fait appel aux compétences de diététiciens ou de psychologues par exemple. De la même manière que pour l'accompagnement personnalisé simple, un bilan médical de fin de parcours est assuré par le médecin ayant une compétence en pédiatrie. Et l'IDE ayant des compétences en puériculture dispose de 90 minutes pour assurer le suivi et la coordination du parcours de l'enfant. Le montant de ce forfait est estimé à 239€.

Les missions de la MEF visent à insérer les enfants et les familles dans le droit commun. Il est donc **exceptionnel** qu'un enfant soit adressé de nouveau à la MEF. Ce point devra être évalué dans le cadre de l'évaluation du dispositif. Afin de définir des règles de gestion pour ces cas exceptionnels, un enfant ne peut bénéficier au maximum que d'un accompagnement par trimestre. A noter, une partie de la dotation de l'animation territoriale vise justement à permettre de répondre au téléphone à des familles en grande difficulté d'insertion dans le droit commun, afin de les aiguiller au mieux vers des ressources adaptées.

Tableau 1 Synthèse prestations incluses dans les forfaits

Parcours	Accueil	Evaluation IDE	Suivi et Coordination	Evaluation Médicale	Evaluations Paramédicales	Temps de STAFF	Bilan Médical Final	Montant Forfait, arrondi
Orientation vers un parcours de droit commun	X	X	X					72 €
Accompagnement personnalisé simple	X	X	X	X		X	X	154 €
Accompagnement personnalisé renforcé	X	X	X	X	X	X	X	239 €

VIII.2.b Les dotations

Trois dotations sont prévues pour les prestations collectives mises en œuvre par la MEF⁶. Une même famille peut, en tant que de besoin, participer à plusieurs types d'action collective. Les actions

⁶ Seules les prestations collectives réalisées par la MEF sont financées par cette dotation.

d'éducation à la santé ou les groupes de paroles peuvent recevoir dans certains cas des familles extérieures à la file active de la MEF.

- **Dotation « éducation à la santé »**

Cette dotation couvre la moitié des 50 séances par an d'éducation à la santé prévues mobilisant un médecin et l'IDE ayant compétence en puériculture. Elle peut accueillir entre 8 et 20 familles par séance (moyenne prévisionnelle de 15 familles par session) et dure 1h30. Sur la base de ces éléments, le coût d'une séance est estimé à 276€. Celui-ci intègre les coûts de préparation à la réalisation de la séance (1h). A partir de la 26ème séance, celles-ci seront payées à l'unité.

- **Dotation « groupe de parole »**

Cette dotation couvre également la moitié des 50 séances par an d'une durée d'1h30. Accueillant entre 5 et 15 familles par session (moyenne prévisionnelle de 10 familles par session), elles sont assurées par un binôme éducateur/psychologue qui dispose d'un temps de préparation de 45 minutes et de débriefing de 45 minutes. Sur la base de ces éléments, le coût d'une séance est estimé à 240€. Celui-ci intègre les coûts de préparation à la réalisation de la séance (45min) et de débriefing après chaque séance (45 min). A partir de la 26ème séance, celles-ci seront payées à l'unité.

- **Dotation « programme de soutien aux familles et à la parentalité⁷ » de renforcement des compétences psycho-sociales »**

Cette dotation couvre la moitié des 48 séances de 2,5 heures pour accueillir entre 8 et 14 familles (moyenne prévisionnelle de 12 familles par session), qui vont mobiliser 4 animateurs (psychologue, éducateur) avec un temps de préparation et de débriefing pour chaque séance, et 50 heures d'appui d'un référent spécialiste du programme validé mis en place. Sur la base de ces éléments, le coût d'une séance est estimé à 414€ (hors frais annexes). Celui-ci intègre les coûts de préparation à la réalisation de la séance (30 min). A partir de la 25ème séance, celles-ci seront payées à l'unité.

5 jours de formation et 6 jours d'accompagnement méthodologique sont nécessaires pour la formation des 4 animateurs (inclus dans le calcul de la dotation).

Enfin, une dotation annuelle est prévue pour permettre à la MEF d'assurer son rôle d'animation territoriale, favorisant l'information, la mobilisation et la coordination des professionnels du territoire autour de la santé globale des enfants concernés. Elle intègre en particulier l'accueil téléphonique assuré par la MEF (a minima une journée par semaine), la gestion et la recherche de partenariats pour permettre la création d'un véritable réseau de professionnels impliqués dans la santé des 3-11 ans du territoire, l'évènementiel au service d'une synergie territoriale et la résolution de cas spécifiques pour des familles ayant déjà bénéficié d'un parcours. Sur la base de ces éléments, la dotation annuelle prévue par structure, en 1^{ère} année, est de 27 901€. Elle est de 31 587,30€ en 2^{ème} année et de 15 793,70€ pour la 3^{ème} année (cf tableau 2a des cout par année glissante).

⁷ Programme de soutien aux familles et à la parentalité : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/illustrations/article/psfp-programme-de-soutien-aux-familles-et-a-la-parentalite>

VIII.3 BESOIN DE FINANCEMENT

VIII.3.a Estimation de la population cible

La projection permet de déterminer un volume d'inclusion dans les forfaits (prestations individuelles d'accompagnement ponctuel) correspondant à 7 560 enfants répartis au sein des 3 territoires sur 30 mois comme suit :

	Année 1	Année 2	Année 3	TOTAL
Corse	337	599	299	1235
Vienne	737	1473	737	2947
Rhône	906	1648	824	3378
Total	1980	3720	1860	7560

A noter, l'année 1 permet une montée progressive des files actives des 3 territoires sur 12 mois. L'année 2 est prévue sur 12 mois. L'année 3 intègre uniquement les 6 premiers mois d'inclusion.

A noter, d'après les estimations des porteurs, malgré la communication réalisée autour des missions de la MEF, environ 35% des familles se verront d'emblée réorientées par l'accueil vers un parcours de droit commun, car ne correspondent pas à la population cible. Elles ne sont donc pas intégrées dans la file active. Dans ce cas, aucune facturation ne sera réalisée par la MEF. Ces coûts étant intégrés dans l'animation territoriale. La communication de la MEF veillera à informer largement des critères d'inclusion, afin de limiter le nombre de familles s'adressant à la MEF alors qu'elles ne seront pas incluses pour un accompagnement individuel.

Ainsi, pour les 3 territoires, d'après les estimations des porteurs, 65% des enfants se présentant à la MEF se verront proposer une première évaluation avec l'IDE ayant des compétences en puériculture. Ensuite, 80% de ces enfants inclus bénéficieront d'un accompagnement personnalisé, soit un total de 6 048 enfants. Ainsi, pour 1 512 enfants (20%), la MEF permettra une réorientation vers un parcours de droit commun après évaluation avec l'IDE.

Parmi les enfants ayant bénéficié d'accompagnements personnalisés, la moitié d'entre eux (soit 40% des enfants inclus) nécessitera des bilans paramédicaux supplémentaires, c'est-à-dire un accompagnement personnalisé renforcé.

Le calcul de la volumétrie se base sur l'enquête Aide sociale de la DREES 2019 et plus particulièrement sur les données de consultations et de visites à domicile réalisées pour les enfants de moins de 6 ans au sein de chaque département, champ France entière. Les échanges avec les porteurs ont également permis de tenir compte de leurs projections territoriales. Ainsi, la volumétrie pour la Corse et la Vienne représente 5 % en année 1 et 10 % en année 2 des consultations et visites à domicile de PMI. La métropole de Lyon est un territoire dense, un maximum de 1 648 inclusions est prévu en année 2 (et 55% en année 1), afin de ne pas sur-dimensionner l'attendu d'activité par rapport aux autres territoires.

VIII.3.b Crédits d'amorçage et d'ingénierie

Pour le déploiement de cette expérimentation, un financement est nécessaire à la mise en œuvre couvrant différents postes de dépenses.

Des crédits d'amorçage sont indispensables au démarrage de l'activité. Ils prennent en compte les investissements nécessaires à l'équipement des locaux, ainsi que des besoins en ressources humaines. Pour chacun des 3 territoires, tous les professionnels de la MEF sont mobilisés deux jours par mois pendant la phase d'amorçage (6 mois maximum). A cela s'ajoute une chefferie de projet dont le temps de mobilisation est estimé à 2 jours par semaine pendant la période. Les crédits d'amorçage pour les

3 structures sont ainsi estimés à 165 409 €, dont 131 177€ avant l'ouverture de la MEF et 34 232€ pendant les premiers mois après cette ouverture, au vu de la trajectoire de montée en charge progressive du dispositif.

Les crédits d'ingénierie permettent de financer la formation du personnel, les frais de logiciel et de communication. Une chefferie de projet est également incluse tout au long de la phase de fonctionnement à hauteur de 1,5 jour par semaine. Elle est en charge notamment de l'organisation du projet et du management de l'équipe (gestion des ressources humaines, organisation des réunions d'équipes, pilotage de la structure...). Au total, les crédits d'ingénierie s'élèvent à 212 041 € pour 30 mois.

Ces crédits ne prennent pas en compte les financements de travaux nécessaires pour la création et/ou l'aménagement des locaux des maisons de l'enfant et de la famille, pour lesquels les porteurs devront trouver d'autres financements. Afin d'éviter tout conflit d'intérêt, il n'est pas souhaitable de faire appel à des financements provenant d'entreprises du domaine de la santé.

VIII.3.c Synthèse du besoin de financement

Le besoin de financement de l'expérimentation MEF pour 3 ans et 5 mois représente un maximum de 2 650 600 €. Ce montant se répartit en deux parties, non fongibles entre elles :

- Des crédits d'amorçage et d'ingénierie sur le FISS pour un montant maximum de 377 450€ ;
- Des financements dérogatoires au droit commun sur le FISS pour un montant estimé de 2 273 150€, dont les modalités de facturation et de versement sont définies par convention avec la CNAM.

Tableau 2a. Synthèse des besoins de financements en année glissante

Tableau 2 Synthèse des besoins de financements	Année 0	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Nb de patients inclus	-	1 980	3 720	1 860	7 560
Orientation vers parcours droit commun	-	396	744	372	1 512
Accompagnement personnalisé simple	-	792	1 488	744	3 024
Accompagnement personnalisé renforcé	-	792	1 488	744	3 024
Forfait individuel	- €	339 768 €	638 352 €	319 176 €	1 297 296 €
Orientation vers parcours droit commun	- €	28 512 €	53 568 €	26 784 €	108 864 €
Accompagnement personnalisé simple	- €	121 968 €	229 152 €	114 576 €	465 696 €
Accompagnement personnalisé renforcé	- €	189 288 €	355 632 €	177 816 €	722 736 €
Prestations collectives	- €	137 007 €	137 007 €	68 504 €	342 518 €
Groupe d'éducation à la santé	- €	41 400 €	41 400 €	20 700 €	103 500 €
Groupe de paroles	- €	35 991 €	35 991 €	17 996 €	89 978 €
Ateliers de soutien à la parentalité	- €	59 616 €	59 616 €	29 808 €	149 040 €
Animation territoriale (dotation)	- €	83 703 €	94 762 €	47 381 €	225 846 €
Frais annexes <i>(Frais de siège 5%, loyers et fct divers)</i>	- €	154 039 €	168 968 €	84 484 €	407 491 €
Total prestation dérogatoire (FISS)	- €	714 516 €	1 039 089 €	519 545 €	2 273 150 €
Total Crédits d'ingénierie (CI)	- €	88 916 €	82 916 €	40 208 €	212 041 €
Formations	- €	12 000 €	6 000 €	- €	18 000 €
Communication	- €	3 500 €	3 500 €	3 500 €	10 500 €
Ressources Humaines	- €	73 416 €	73 416 €	36 708 €	183 541 €
Total Crédits d'amorçage (CA)	131 177 €	34 232 €	- €	- €	165 409 €
Equipements MEF	59 851 €	- €	- €	- €	59 851 €
Ressources Humaines	71 326 €	34 232 €	- €	- €	105 558 €
Total CAI (FISS)	131 177 €	123 148 €	82 916 €	40 208 €	377 450 €
TOTAL EXPERIMENTATION (FISS)	131 177 €	837 665 €	1 122 006 €	559 753 €	2 650 600 €

Tableau 2b. Synthèse des besoins de financements en année civile

	Mai- Décembre 2023	2024	2025	1er janvier au 30 septembre 2026	Total
Nb de patients inclus	330	2 270	3 720	1 240	7 560
Forfait individuel	56 628 €	389 532 €	638 352 €	212 784 €	1 297 296 €
Prestations collectives	22 835 €	137 007 €	137 007 €	45 669 €	342 518 €
Animation territoriale	13 950 €	85 546 €	94 762 €	31 587 €	225 846 €
Frais annexes <i>(Frais de siège 5%, loyers et fct divers)</i>	25 673 €	156 527 €	168 968 €	56 323 €	407 491 €
Total prestation dérogatoire (FISS)	119 086 €	768 612 €	1 039 089 €	346 363 €	2 273 150 €
Total Crédits d'ingénierie (CI)	14 819 €	87 916 €	82 500 €	26 805 €	212 041 €
Total Crédits d'amorçage (CA)	136 882 €	28 527 €	0 €	0 €	165 409 €
Total CAI (FISS)	151 702 €	116 443 €	82 500 €	26 805 €	377 450 €
TOTAL EXPERIMENTATION (FISS)	270 788 €	885 055 €	1 121 589 €	373 169 €	2 650 600 €

Tableau 3. Ventilation annuelle des crédits en année glissante

Tableau 3 Ventilation annuelle des crédits	Année 0	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Nb de patients inclus	0	1980	3720	1860	7560
Total prestation dérogatoire (FISS)	0 €	714 516 €	1 039 089 €	519 545 €	2 273 150 €
Total CAI (FISS)	131 177 €	123 148 €	82 916 €	40 208 €	377 450 €
TOTAL Général	131 177 €	837 665 €	1 122 006 €	559 753 €	2 650 600 €
Coût moyen de financement dérogatoire par patient		361 €	279 €	279 €	301 €
Coût moyen de financement CAI par patient		62 €	22 €	22 €	50 €

VIII.4 AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT

La Collectivité de Corse a inscrit un budget de fonctionnement de 100 000€ ; de plus la Collectivité de Corse mettra à disposition des locaux.

VIII.5 ESTIMATION DES COUTS DE LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE ET DES COUTS EVITES

Il n'existe pas actuellement de dispositifs appuyant la coordination de la santé globale pour les enfants de 3 à 11 ans nécessitant un parcours de santé (autre que les dispositifs spécialisés pour des diagnostics spécifiques), ni de données économiques relatives aux conséquences des errances et retards de soins suite aux défauts de parcours.

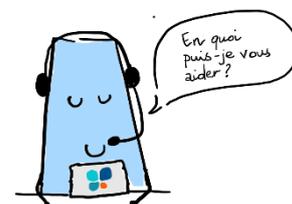
Parmi les hypothèses de surcoûts qui pourraient être évités grâce à la MEF, on peut citer les passages directs aux urgences⁸ et autres recours inappropriés, ou le coût économique du défaut de vaccination et des examens obligatoires de l'enfant, le coût du développement de pathologies chroniques, par exemple par retard de prise en charge des obésités de l'enfant : diabète de type II de l'adolescent, HTA, diabète, obésité à l'âge adulte.

L'évaluation de l'expérimentation permettra d'estimer certains surcoûts évités (étude de corrélations et non d'impact).

L'évaluation de l'expérimentation sera réalisée par une équipe externe au projet et supervisée par la Cellule d'évaluation (CELEVAL) pilotée par la DREES et la CNAM. La méthodologie de l'évaluation sera élaborée par cette équipe dans le cadre d'échanges répétés avec les porteurs et la CELEVAL.

L'évaluation du projet s'attachera à plusieurs composantes :

- Analyse des moyens et ressources du projet ;
- Analyse du processus (personnels, formation, organisation...)
- Analyse des actions menées ;
- Analyse du public accueilli ;
- Analyse de la qualité de service et de l'organisation des parcours ;
- Mesure de la satisfaction des utilisateurs et des acteurs ;



pour répondre aux principales questions en lien avec les objectifs opérationnels et les 5 dimensions de l'évaluation (faisabilité, opérationnel, efficacité, efficience, reproductibilité).

En lien avec les objectifs :

⁸ La DREES [compte 1,6 millions de passages aux urgences pédiatriques en 2020](#). Des données plus précises sont anciennes et datent de 2013 à partir de [l'analyse de l'enquête sur les urgences](#)

Diminuer les inégalités sociales de santé sur le territoire

- Ex : Caractéristiques socio-économiques des familles ayant bénéficié d'un accompagnement
- Ex : Nombre de familles vulnérables ayant bénéficié d'une action aller vers organisée par la MEF ou par un de ses partenaires, en lien avec elle

Mobiliser pour chaque enfant concerné sur la base d'un besoin constaté, les ressources professionnelles adaptées

- Ex : Part des enfants ayant accédé au parcours organisé par la MEF dans les 3 mois : prise en charge par les partenaires objectivée par au moins un rendez-vous pris et réalisé ayant fait l'objet d'un retour à la MEF
- Ex : Part des familles réorientées directement par l'accueil, car ne correspondant pas au public ciblé et/ou aux missions de la MEF

Fluidifier et faciliter le parcours de santé et insérer les enfants dans le parcours de droit commun

- Ex : Délai d'obtention des rendez-vous
- Ex : Pourcentage d'enfants suivis par la MEF qui ont leur dernier examen obligatoire à jour ; leurs vaccinations à jour ; qui ont un médecin traitant
- Ex : Taux d'enfants avec médecin traitant sur le territoire

Coordination des professionnels du territoire

- Ex : Nombre de professionnels impliqués. Activité du réseau (nombre de réunions/formations communes)
- Ex : Analyse de la qualité des partenariats mis en place, notamment avec l'école, le tissu associatif (ex : associations de médiation familiale) et les services des collectivités locales concernés
- Analyse des synergies avec les structures de PMI

Favoriser les échanges entre parents

- Ex : Participation des familles/enfants aux séances collectives

Viabilité du dispositif

- Ex : Analyse des conditions de reproductibilité du dispositif testé par d'autres structures (ex : outils, modèle économique...)
- Ex : Capacité à mobiliser des professionnels ayant des compétences en puériculture et en pédiatrie sur les différents territoires
- Ex : Analyse des profils recrutés (ex : nouveaux profils proposant de nouvelles compétences aux familles).
- Ex : Analyse de la soutenabilité à long terme

IX DEROGATIONS NECESSAIRES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXPERIMENTATION

Pour les structures associées à une PMI, des dérogations sont permises par la mise en place d'une structure expérimentale portée par la collectivité territoriale et adossée à la PMI.



IX.1 AUX REGLES DE FACTURATION, DE TARIFICATION ET DE REMBOURSEMENT RELEVANT DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE (CSS)

Le projet soumis est recevable en ce qu'il déroge aux règles de tarification et de facturation visées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, afin de tester un modèle de rémunération par forfait. Il déroge également aux règles de paiement direct des honoraires par le malade et de remboursement et aux règles de frais couverts par l'assurance maladie et à la participation de l'assuré, visées respectivement aux articles L. 162-2 et L. 160-8 (1°, 2° et 6° alinéas) du code de la sécurité sociale (cf. prestations non remboursées telles que les prestations de psychologue, travailleur social, éducateur, ...).

IX.2 AUX REGLES D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS RELEVANT DES DISPOSITIONS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (CSP)

Néant

IX.3 AUX REGLES DE TARIFICATION ET D'ORGANISATION APPLICABLES AUX ETABLISSEMENTS ET SERVICES MENTIONNES A L'ARTICLE L.312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES (CASF)

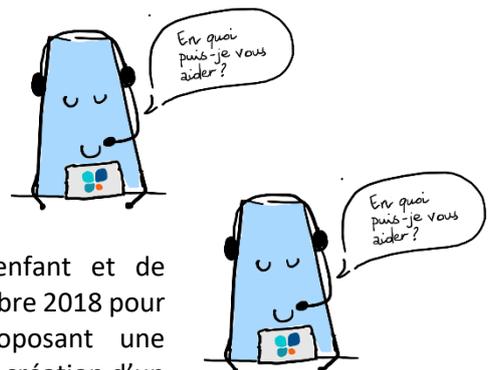
Néant

X LIENS D'INTERETS

Aucun

XI ELEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

1. Avis de la Société Française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associés (SFPEADA) de novembre 2018 pour une refonte de la pédopsychiatrie publique proposant une organisation en 4 niveaux (au lieu des 3 actuels) avec la création d'un niveau 2 par des 'maisons de l'enfance et de la famille' pour porter le premier recours <https://sfpeada.fr/projet-pour-le-cmp-de-demain/>
2. B. Roth, R. Reynaud, V. Negrec, S. Gentile, V. Pauly, et al.. Prevalence of overweight, obesity, and early adiposity rebound in nursery school children in southeastern France. *ARCHIVES DE PEDIATRIE*, 2022, 29 (5), pp.388-394.
3. Cahier des charges des maisons des adolescents - <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cahierdeschargesmda.pdf>
4. Dossier de presse, assises de la santé mentale – mesure 13 <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/evenements/assises-de-la-sante-mentale-2021>
5. [European Child Health Services and Systems Lessons without borders \(who.int\)](https://www.euro.who.int/en/health-topics/child-health/child-health-services/child-health-services-lessons-without-borders)
6. <http://www.faretamahau.pf/index.php/la-maison-de-lenfant/>
7. <https://fondationdrjulien.org/>
8. <https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/187/?sequence=10>
9. Kirsi Grym, Liesbeth Borgermans. PUBLIC HEALTH NURSES IN FINLAND: A life-course approach to the prevention of noncommunicable diseases. GOOD PRACTICE BRIEF. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345904/WHO-EURO-2018-3387-43146-60410-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. [Le diabète de type II chez l'enfant et l'adolescent \(Elisabeth Bismuth-Reisman\)](#)



11. Médiation santé" : proposer aux familles les plus en difficultés un accompagnement personnalisé vers le soin de leur enfant. Dr Decroix Ville de bordeaux
12. [Poutiainen H, Hakulinen T, Laatikainen T & Kettunen T. 2015. Public health nurses' concerns in preschool-aged children's health check-ups. Journal of Research in Nursing, 20\(7\), 536-549.](#)
13. [Rapport 2021 : Santé mentale des enfants : le droit au bien-être – Défenseur des droits : \[https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae21-num-28.10.21_01access.pdf\]\(https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae21-num-28.10.21_01access.pdf\) 'Recommandation 8 :](#)
14. [Rapport provisoire de la Cour des comptes sur la santé de l'enfant \(novembre 2021\) – 'Projet de recommandation n° 10. \(SGMAS, CNAM\), Expérimenter un label de maison de santé de l'enfant regroupant, à partir des structures existantes, les professionnels de santé d'un territoire sur la base d'un diagnostic local des besoins de santé des enfants, afin d'améliorer l'accès aux soins et à l'accompagnement des enfants et encourager l'exercice pluriprofessionnel coordonné' \(p94\)](#)
15. Rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans - Stéphanie Rist, Députée de la 1ère circonscription du Loiret, Dr Marie-Sophie Barthet-Derrien, Directrice adjointe de la PMI de Lyon Métropole https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_27_mars_stephanie_rist.pdf
16. Rapport IGAS : [La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France Mai 2021](#)

17.ANNEXE 1 – COORDONNEES DU PORTEUR ET DES PARTENAIRES



	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteur coordonnateur	Direction générale de la santé 14 av Duquesne 75007 Paris	Brigitte Lefeuvre, brigitte.lefeuvre@sante.gouv.fr Jean-Michel Tassie, jean-michel.tassie@sante.gouv.fr Blandine Lenain, blandine.lenain@sante.gouv.fr	
Porteur	Collectivité de Corse 22 cours Grandval 20187 Ajaccio	Dr Nicole Carlotti, Directrice de la Promotion de la Santé et de la Prévention Sanitaire, nicole.carlotti@isula.corsica Valériane Grisoni, Directrice adjointe de la Promotion de la Santé et de la Prévention Sanitaire, valeriane.grisoni@isula.corsica	
Porteur	Centre Hospitalier Le Vinatier / HCL (Lyon) 95 bd Pinel 69678 Bron	Piero Chierici, Directeur de la politique générale, piero.chierici@ch-le-vinatier.fr Dr Louis Forgeard, Responsable du service Pôle Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Louis.forgeard@ch-le-vinatier.fr	
Porteur	Centre Hospitalier Henri Laborit 370 Av. Jacques Cœur 86000 Poitiers	Xavier Etcheverry, Directeur, xavier.etccheverry@ch-poitiers.fr Pr Ludovic Gicquel, Chef du pôle universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ludovic.gicquel@ch-poitiers.fr	

XII ANNEXE 2 – CATEGORIES D'EXPERIMENTATIONS

A quelle(s) catégorie(s) d'expérimentations répond le projet ? Il est possible de combiner les catégories.



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

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

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°) ⁹ :	Cocher	Si oui, préciser
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

⁹ Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1)