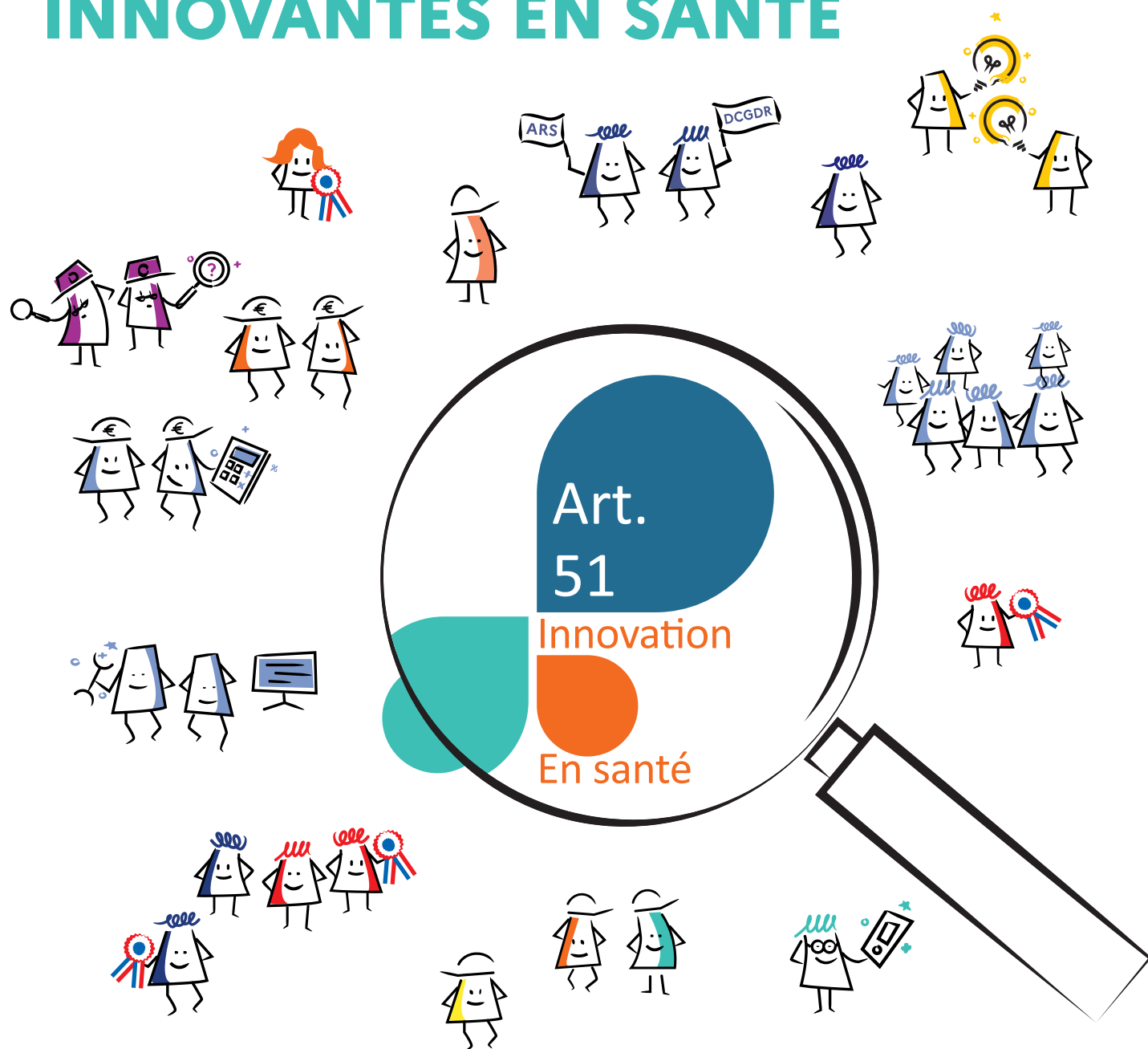




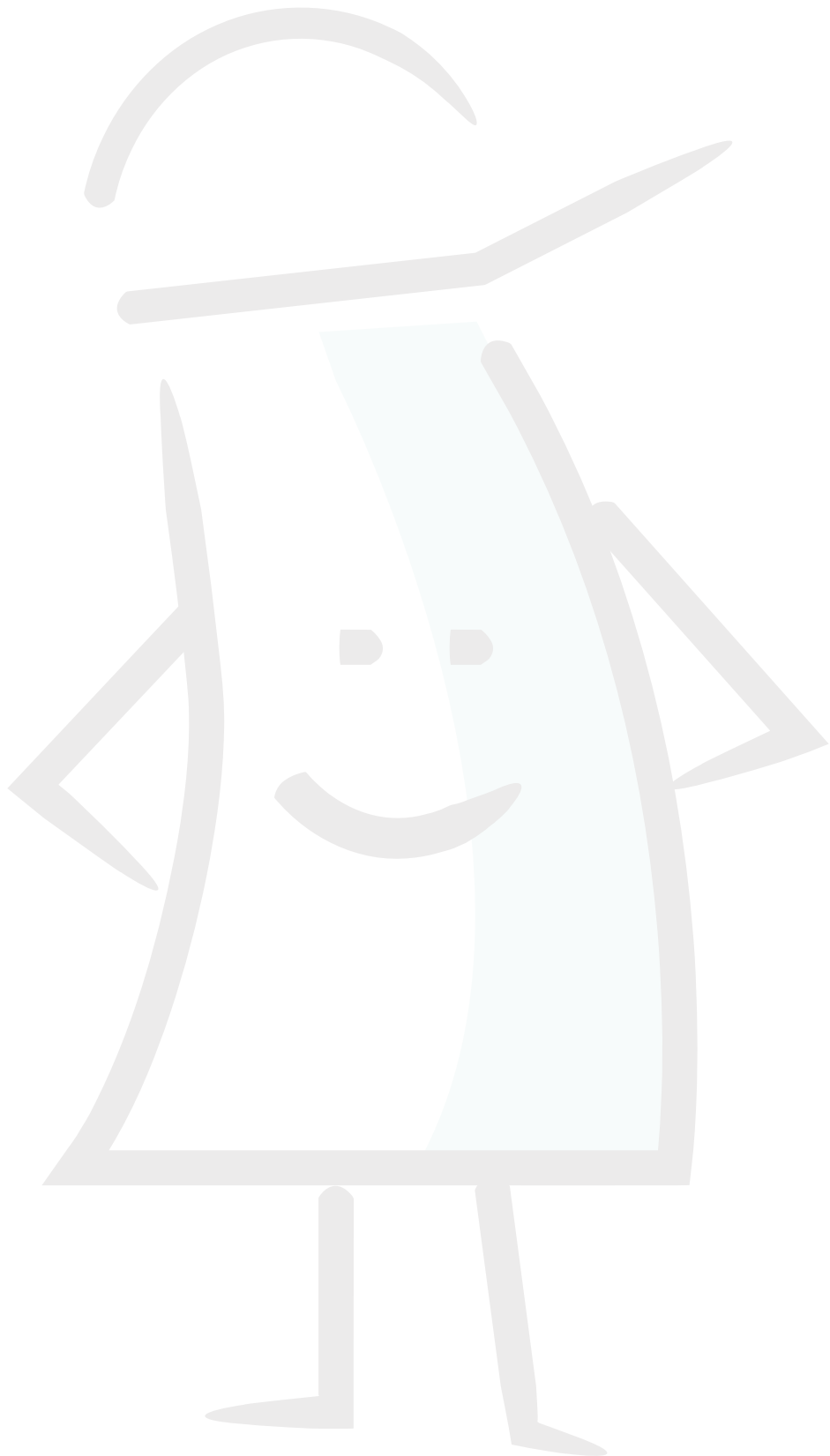
MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RAPPORT AU PARLEMENT 2025 SUR LES EXPÉRIMENTATIONS INNOVANTES EN SANTÉ



Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018



ÉDITO



Stéphanie RIST

Ministre de la Santé, des Familles,
de l'Autonomie et des personnes handicapées

Notre système de santé évolue dans un contexte exigeant : vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, inégalités territoriales d'accès aux soins, et attentes fortes de nos concitoyens pour une prise en charge plus humaine, plus préventive, plus continue. Face à ces défis, les expérimentations menées dans le cadre de l'article 51 démontrent la vitalité et la créativité de notre système de santé.

Elles traduisent une conviction profonde : l'innovation organisationnelle est indispensable pour garantir à chacun une santé de qualité, accessible partout et pour tous. Ces projets expérimentaux montrent que, lorsque les professionnels s'organisent différemment, coopèrent mieux et placent le patient au cœur du dispositif, l'accès aux soins progresse, la prévention devient plus concrète, et les parcours de vie se fluidifient.

Les expérimentations menées sur le surpoids et l'obésité, sur la santé mentale, ou encore sur la prévention de la perte d'autonomie, témoignent d'une approche nouvelle de la santé : anticiper plutôt que réparer, accompagner plutôt que fragmenter. La prévention, qu'elle passe par l'activité physique adaptée, par un meilleur repérage des fragilités ou par l'éducation à la santé dès le plus jeune âge, est une clé majeure de transformation durable.

C'est aussi en rapprochant les soins des citoyens — grâce au décroisement entre la ville, l'hôpital et le médico-social, et à la mobilisation du numérique — que nous rendrons l'accès aux soins plus équitable et plus simple.

À travers ce rapport, je souhaite saluer l'engagement de tous ceux qui, sur le terrain, innovent chaque jour pour mieux prévenir, mieux soigner et mieux accompagner. L'article 51 n'est pas seulement un cadre expérimental : c'est un levier puissant pour transformer durablement notre système de santé au service des patients et de la prévention.

INTRODUCTION

Le présent rapport marque un changement dans les habitudes de l'article 51. Depuis sa création, le rapport prévu à l'article L.162-31-1 du Code de la sécurité portait sur une période « à cheval » entre deux années.

Pour faciliter la présentation et la compréhension des chiffres relatifs aux expérimentations, nous retenons à partir de cette édition une période d'année calendaire complète – 2024. Le rapport traite donc en partie de la même période que notre rapport précédent publié en novembre 2024 et constitue en cela un objet « de transition ».

Par ailleurs, pour la première fois, nous mettons en avant les positions prises par le Conseil stratégique de l'innovation en santé, instance de plus de soixante membres représentant les parties prenantes de notre système de santé (collectivités, usagers, professionnels de ville, hôpitaux, services à domicile et établissements médico-sociaux, industries de santé...), s'agissant de la généralisation de certaines expérimentations.

Enfin, pour la première année également, des propositions d'évolution des politiques publiques sont faites sur la base des enseignements de nos expérimentations. Une manière d'affirmer la place de l'« Article 51 » en tant que ressource efficace pour apporter des changements structurels aux politiques de santé.

Cécile Lambert
Rapporteure Générale du comité technique
et du conseil stratégique de l'innovation en santé

Sommaire

ÉDITO	3
INTRODUCTION	4
INTERVIEW DE FRANCK VON LENNEP	7
LE 51 EN UN COUP D'OEIL	10
RÉPARTITION THÉMATIQUE DES 158 EXPÉRIMENTATIONS	11
LA FIN DE L'ANNÉE 2024 EN IMAGES	12

1

ON TRANSPOSE DE PLUS EN PLUS 15

SURPOIDS ET OBÉSITÉ 17

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE 19

AMÉLIORER LA SANTÉ DES ENFANTS PROTÉGÉS 21

ÊTRE AU RENDEZ-VOUS DE LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE 23

2

MÉDECIN TRAITANT, PORTRAIT ROBOT DU 51 30

PORTRAIT ROBOT DU MÉDECIN TRAITANT 31

**QUATRE EXEMPLES EMBLÉMATIQUES DU RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT DANS LES
EXPÉRIMENTATIONS 51 35**

3

LA SANTÉ MENTALE À L'HONNEUR

38

UNE SANTÉ MENTALE EN MUTATION

39

LA SANTÉ MENTALE AU CŒUR DES PARCOURS

46

4

LES PROJETS NON RETENUS

50

5

LES ANNEXES

53

ANNEXE 1 LES ÉQUIPES AU 31 DÉCEMBRE 2024

54

ANNEXE 2 LES EXPÉRIMENTATIONS ET INNOVATIONS ET LES PRIORITÉS MINISTÉRIELLES

55

ANNEXE 3 LES DONNÉES D'ACTIVITÉS

62

3.1 L'ENGAGEMENT FINANCIER

62

3.2 LA RÉPARTITION DES EXPÉRIMENTATIONS

63

3.3 LE DEVENIR DES PROJETS

64

3.4 LA PRÉVENTION

65

3.5 OUTILS NUMÉRIQUES, PRODUITS DE SANTÉ ET TÉLÉSANTÉ

66

ANNEXE 4 LISTE DES ABRÉVIATIONS

67



Interview de Franck Von Lennep vice-président du conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS)

Vous avez soutenu très fortement le dispositif Article 51 à sa création en 2017. Quelle était votre vision à l'époque ?

A mes yeux, l'objectif était de créer un dispositif de pilotage simplifié, unifié et pérenne des expérimentations. En effet, s'il existait auparavant des expérimentations issues de mesures votées en PLFSS, leur mise en œuvre et leur suivi étaient très hétérogènes et pouvaient être fragilisés par des changements de priorités politiques.

Et sept ans après, quel regard portez-vous sur le chemin parcouru ? Le 51 a-t-il produit les effets que vous attendiez ? Certains résultats vous surprennent-ils ?

Même si j'étais convaincu que l'article 51 constituerait un progrès, je ne m'attendais pas à ce qu'on change à ce point de dimension : le dispositif est toujours en place sept ans plus tard, avec des professionnels pleins d'énergie qui le portent sur les territoires, une équipe de pilotage, des directions impliquées et des méthodes de travail transversales assez innovantes pour le ministère. Jamais je n'aurais pensé qu'on dépasserait les 150 expérimentations en quelques années !

La création du 51 devait notamment permettre d'ouvrir de nouvelles pistes pour le financement des soins de ville ; les évolutions du champ conventionnel semblent plutôt modestes pour l'instant. Comment comprenez-vous la lenteur des évolutions ?

Avant de penser outils, il faut penser patients. L'objectif, c'est d'étendre les expérimentations qui marchent et permettent de mieux prendre en charge les patients. Dès lors qu'on est d'accord sur l'objectif, il peut dans certains cas y avoir plusieurs voies possibles. Pour certaines expérimentations, la voie conventionnelle n'est pas forcément la mieux adaptée car elle peine encore à intégrer les nouvelles pratiques de plus en plus pluriprofessionnelles auxquelles sont attachées des rémunérations plus diversifiées. Mais c'est en train de changer progressivement et je suis sûr que les représentants des professionnels libéraux ont conscience que la voie conventionnelle doit pouvoir être porteuse d'innovations et de transversalité.

Notre système de santé fait face à une triple menace : le développement très préoccupant des maladies chroniques et le vieillissement de la population, les tensions sur les ressources humaines en santé et la fragilité financière de l'assurance maladie. En tant que vice-président du Conseil stratégique, quels

seraient les chantiers à mener de manière prioritaire pour répondre à ces enjeux ?

Le développement des maladies chroniques et le vieillissement de la population constituent des défis plus que des menaces : ils résultent en partie de l'augmentation de l'espérance de vie, y compris de l'espérance de vie en bonne santé, et de l'amélioration de la prise en charge de certaines pathologies qui sont beaucoup moins mortelles qu'avant. Mais oui c'est un défi car en effet ces changements nécessitent des ressources, humaines et financières. La priorité, c'est l'amélioration de l'accès aux soins dans toutes ses dimensions, en organisant les prises en charge coordonnées autour des patients : des professionnels organisés en équipes (quelle qu'en soit la forme), un respect des recommandations renforcé, du support numérique notamment, un meilleur usage des données de santé... Avec l'arrivée au grand âge des générations du baby boom, cette organisation renforcée autour du patient à domicile devient urgente, à la fois pour la qualité de vie des patients et pour éviter des hospitalisations évitables qui accroîtraient encore les tensions sur notre système hospitalier. Et vous l'avez compris, je suis convaincu que les expérimentations article 51 peuvent contribuer à définir de nouveaux modèles de prise en charge.

Nous avons choisi de mettre à l'honneur le médecin traitant dans notre rapport. Pensez-vous que le modèle du médecin traitant soit toujours adapté aux enjeux contemporains ? Comment devrait-il évoluer ?

On a parfois fait du médecin traitant un sujet trop politique, alors qu'encore une fois, la bonne boussole c'est celle de savoir quelle organisation permet la meilleure prise en charge des patients.

Ce qui est clair, c'est que notre système de santé doit reposer davantage sur des équipes traitantes, avec le médecin généraliste bien sûr, mais aussi des médecins spécialistes, les pharmaciens, les infirmiers et les autres paramédicaux. Est-ce que le médecin traitant conserve une pertinence dans cette organisation ? Oui bien sûr. Mais il ne doit plus travailler seul, il doit être chef d'orchestre et s'appuyer sur les autres compétences dans un cadre structuré, il doit intégrer plus systématiquement les outils numériques à sa pratique, et il doit s'évaluer en permanence pour mieux respecter les recommandations.

NOTE À L'ATTENTION DU LECTEUR

Les données de ce rapport sont au **31 décembre 2024**, sauf mention particulière.

Les populations cibles du 51

Chaque expérimentation s'adresse à **une ou plusieurs catégories de population différente(s)** : les nouveaux nés, les enfants, les femmes et/ou les couples en âge de procréer, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, la population générale, les personnes en situation de précarité.

Les populations cibles des expérimentations sont identifiées selon la liste ci-dessous :

- la population générale,
- les enfants et/ou les jeunes,
- les femmes et/ou les couples en âge de procréer et/ou nouveaux nés,
- les personnes âgées,
- les personnes en situation de handicap,
- les personnes âgées et/ou les personnes en situation de handicap (PA&PH) quand les effectifs, ne sont pas différenciés dans les cahiers des charges,
- les populations précaires (dont les migrants).

Les situations et les pathologies du 51

Les parcours et les prises en charge développés dans le dispositif 51 concernent majoritairement des prises en charge de pathologies (aigües ou chroniques), des situations particulières mais également des approches territoriales pour répondre à tout type de situation.

Les pathologies

- les addictions
- les affections cutanées
- les allergies
- les cancers
- la dénutrition
- le diabète
- l'insuffisance rénale
- les maladies cardiovasculaires
- les maladies chroniques et les polyopathologies
- les maladies du sang
- les maladies infectieuses
- les maladies neurologiques et neurodégénératives
- les maladies ostéoarticulaires et les traumatismes
- les maladies respiratoires
- la santé buccodentaire
- la santé mentale
- la santé sexuelle
- le surpoids et l'obésité
- la filière visuelle
- la transplantation

Les situations

- la reproduction et la périnatalité
- les situations cliniques liées au vieillissement
- le soutien à l'autonomie
- les situations de vulnérabilité

L'approche territoriale

- une réponse organisée aux besoins de santé d'une population sur un territoire donné

Différence entre expérimentation et innovation

L'expérimentation devient, à l'issue de la phase expérimentale, une innovation dès lors qu'après une évaluation positive, elle entre en phase transitoire aussi dénommée période de transition (sas). Cette entrée en période transitoire se fait après l'avis favorable sur l'opportunité de généraliser rendu par le comité technique de l'innovation en santé (CTIS) et le conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS). Elle est alors en attente de la transposition dans le droit commun et n'est plus en phase expérimentale.

LE 51 EN UN COUP D'ŒIL



1 264
projets déposés



158 projets
autorisés

dont **66**
expérimentations
terminées

dont **30**
Xp passées en
période transitoire

1,5 M futurs
bénéficiaires
du dispositif



834 M€
engagés



123
protocoles
d'évaluation
validés

D'après les chiffres clés CTIS de juillet



LE MANIFESTE DU 51

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 coconstruits : 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 on ne peut pas tout prévoir à l'avance !

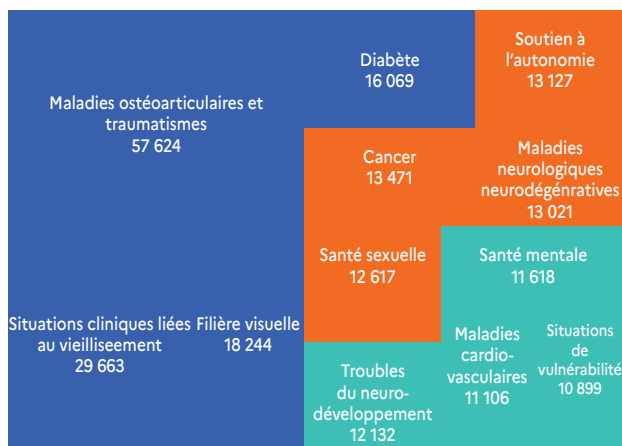


LES ÉTAPES CLÉS DU 51



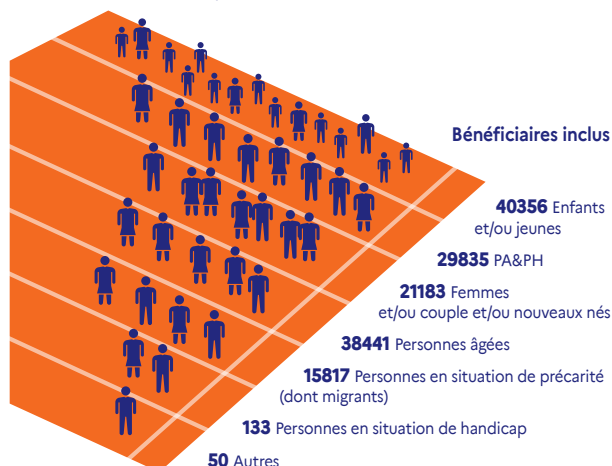
LES PRINCIPALES PRISES EN CHARGE

12 principaux types de prise en charge ciblée pour l'ensemble des XP autorisées et terminées **en nombre de bénéficiaires inclus**.



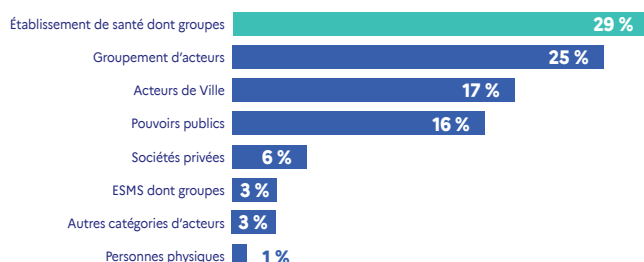
LA POPULATION CIBLÉE

Part de chaque type de population ciblée pour l'ensemble des XP autorisées et terminées, **en nombre de bénéficiaires inclus**.

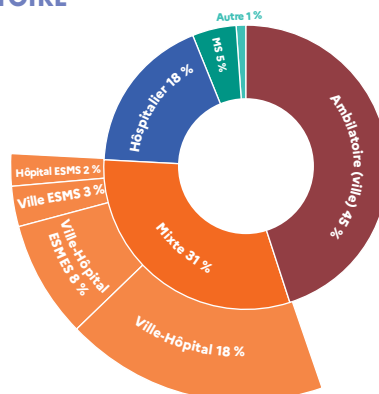


LES CATÉGORIES DE PORTEURS RESTENT STABLES

Un peu plus de 50 % des expérimentations portées par des groupes d'acteurs ou des établissements de santé.



UN FINANCEMENT MAJORITAIRE DU SECTEUR AMBULATOIRE







LA FIN D'ANNÉE 2024 EN IMAGES

Septembre 2024
Passage de flambeau



Après avoir donné vie à l'Article 51 et porté la culture de l'innovation pendant plus de six ans, Natacha Lemaire passe le flambeau à Cécile Lambert en tant que Rapporteuse générale.

Octobre 2024
S'inspirer et inspirer



14^e CNRC

La Cancérologie en 2030 : défis et innovations

14e Congrès National des Réseaux de Cancérologie :

« La Cancérologie en 2030 : défis et innovations »

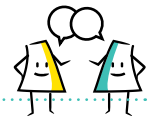
Novembre 2024
Se rencontrer, échanger et partager autour du 51



6e édition de la Journée nationale des porteurs de projet

Près de 500 acteurs de notre écosystème se sont réunis lors de la « Journée Nationale des porteurs de projet art 51 » pour témoigner, échanger et se rencontrer dans un cadre convivial et créatif.

En cette année olympique pour l'article 51, le carrefour des porteurs s'est transformé en « Villages » thématiques pour accueillir plus de porteurs de projet et favoriser l'interconnaissance entre expérimentateurs. Les temps d'échanges et d'atelier se sont portés sur les voies de sortie en fin d'expérimentation et les échanges de pratiques.



Novembre 2024
S'inspirer et inspirer

Activité physique et sportive et prévention

28^{ème} Conférence
thématique du CES



Participation à la deuxième table
ronde
« Activité physique et sportive : Comment ?
Par qui ? »

Décembre 2024
S'inspirer et inspirer



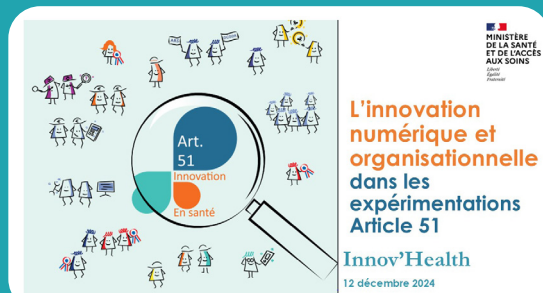
Journée nationale de l'innovation en
santé numérique
« Quel accompagnement pour ma solution
numérique de prévention ? »

Décembre 2024
S'inspirer et inspirer

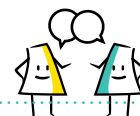


Séminaire annuel de l'Union nationale
des professionnels de santé
« L'évolution des métiers de la santé et le
développement du cadre dérogatoire ».

S'inspirer et inspirer



Programme « Innov'Health » de l'École
polytechnique sur le rôle du numérique
dans les expérimentations portées par le 51



Décembre 2024

S'inspirer et inspirer



13^e Journée Nationale du Collège professionnel des acteurs de l'addictologie hospitalière
 « Article 51 et santé mentale : deux expérimentations inspirantes – focus sur HOME et SIIS »

Décembre 2024

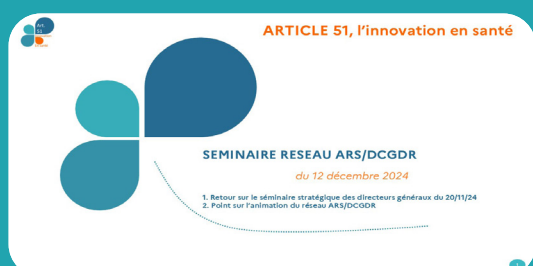
S'inspirer et inspirer



« CHECKPOINT PARIS »
 « Visite de l'un des quatre centres de santé sexuelle d'approche communautaire expérimentés »

Décembre 2024

S'inspirer et inspirer



Séminaire en distanciel avec le collectif des référents 51 des ARS, de l'Assurance maladie à l'échelon régional et national et du ministère du travail, de la santé, des solidarités et de la famille.

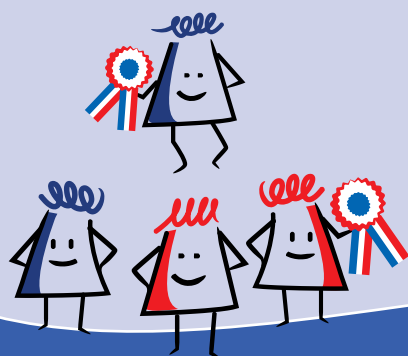


Et **50*** ateliers de mise en oeuvre des expérimentations, accélérateurs cahiers des charges, accompagnement renforcé, fin d'expérimentation et capitalisation.

*total année 2024

1

**ON TRANSPOSE DE PLUS
EN PLUS**





ON TRANSPOSE DE PLUS EN PLUS

Une grande partie des expérimentations a été autorisée entre 2020 et 2022 entraînant quatre ans après (durée moyenne d'une expérimentation) un flot de sortie massif du dispositif 51 ou d'entrée dans une phase transitoire. La phase transitoire, d'une durée maximale de dix-huit mois, est déclenchée en cas d'avis favorable à la généralisation de l'expérimentation. Elle permet aux administrations de prendre les dispositions nécessaires à cette généralisation : textes juridiques, planification budgétaire, stratégie de déploiement territorialisée.

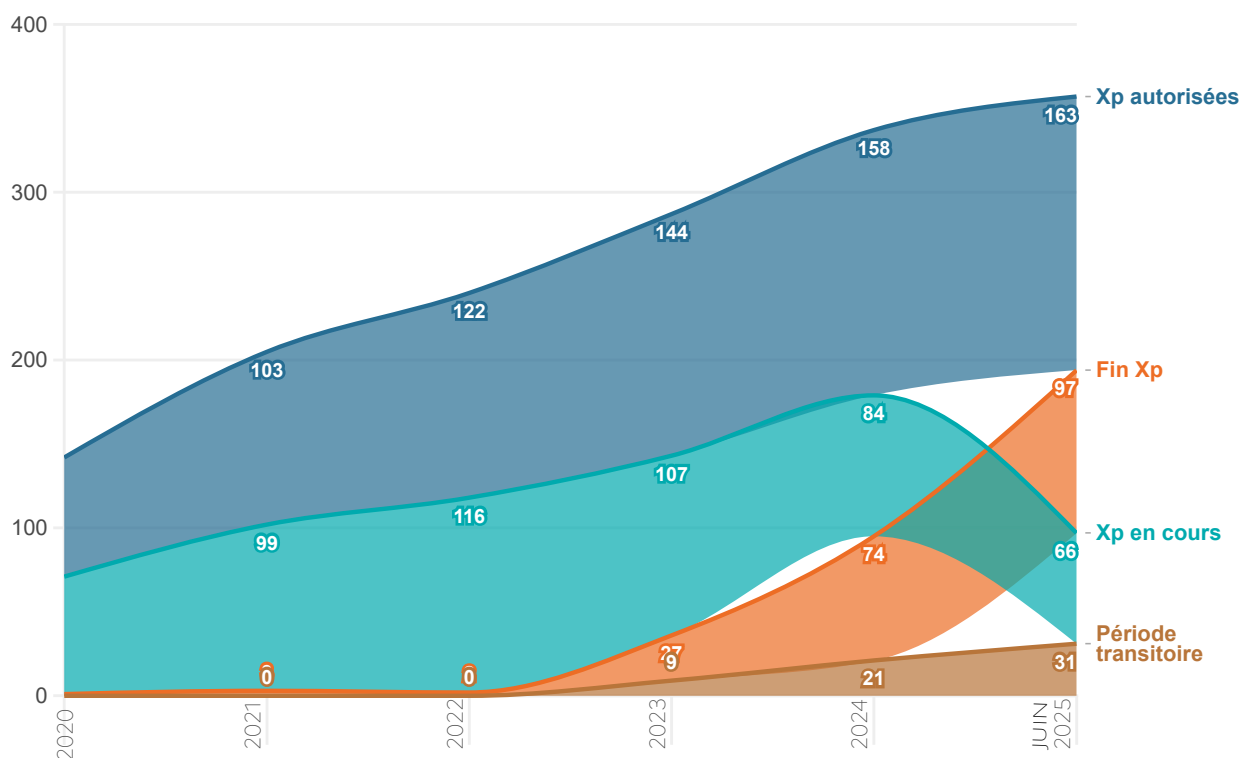
Les projets en phase transitoire, qu'on dénomme « innovations », représentent une part grandissante au sein de l'article 51

(environ 15% des projets autorisés). Ainsi, ce sont des transformations notables des prises en charge et des parcours qui sont à l'œuvre pour produire leur plein effet au cours des prochaines années.

Les travaux de transposition nécessitent de travailler par regroupement thématique pour donner de la cohérence aux prises en charge qu'ils vont produire afin de donner de la lisibilité aux professionnels qui s'en saisiront et aux patients dans leur parcours de santé.

Ce chapitre illustre quelques regroupements opérés pour travailler aux transpositions des innovations.

Evolution des fins d'expérimentations sur la période 2020-2025



Source: Article 51 • Décompte des Xp Urgences dentaires (1 pour 9 en région) et Equip Addict (1 pour 5 en région)

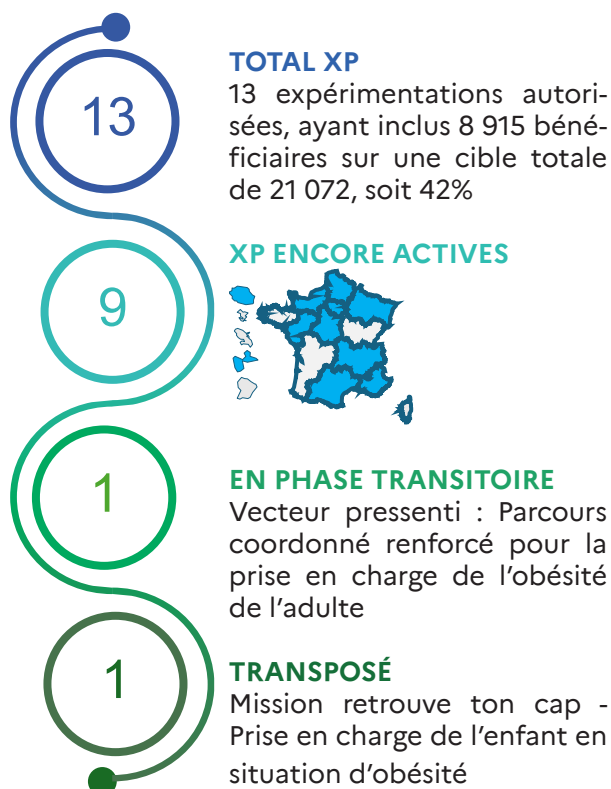


OBÉSITÉ



- Dépistage précoce dans les écoles
- Parcours pré et post chirurgie bariatrique

- Prise en charge de l'enfant de sa famille pour modifier durablement les habitudes de vie



Données au 31 décembre 2024

La prise en charge du surpoids et de l'obésité a fait l'objet de plus d'une dizaine d'expérimentations Article 51, une très importante mobilisation des acteurs aussi bien locaux que nationaux pour proposer des organisations innovantes en intégrant les dimensions du dépistage, de la prévention, des soins et la nécessaire transversalité entre acteurs.

Caractérisée par sa dimension pluridisciplinaire, la prise en charge du patient implique une évaluation complète des déterminants de l'obésité et des complications éventuelles. Elle doit également intégrer le dépistage et le traitement des comorbidités, ainsi qu'assurer l'amélioration de la qualité de vie et de la mobilité du patient.

L'ambition de l'ensemble de ces expérimentations 51 est de :

- Prévenir et repérer de façon précoce les situations de surpoids et de l'obésité ;
- Assurer un accès aux soins pour tous ;
- Permettre le remboursement de certains actes ou produits de santé ;
- Proposer un parcours coordonné, pluridisciplinaire et adapté à la situation de chaque patient ;
- Assurer le découplage des interventions.



En janvier 2024, l'expérimentation **EMNO**, qui proposait un modèle de prise en charge de l'obésité de l'adulte de second recours, est entrée dans un processus de transposition dans le droit commun sous la forme d'un Parcours Coordonné Renforcé (PCR). Au cours de l'année 2025, deux autres expérimentations dédiées à la prise en charge de l'obésité de l'enfant, Pralimap et Obépédia, arriveront également au terme de leur phase expérimentale, et apporteront de nouveaux enseignements pour accompagner cette évolution du droit commun

En accord avec les recommandations de la HAS, issues des deux guides « Surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e) » d'avril 2023 et « Parcours de soins : Surpoids et obésité de l'adulte » de février 2024, le médecin traitant assure un rôle pivot tout au long du parcours de soins des patients. Il doit tout d'abord assurer une mission de prévention et d'accompagnement du patient pour identifier ses besoins et enjeux thérapeutiques, le cas échéant assurer une mission d'orientation et de relais vers des structures spécialisées et intervenir dans le suivi à long terme et/ou la coordination des intervenants, selon le niveau de recours.

Ce rôle central dans le parcours patient se heurte toutefois à plusieurs difficultés. Il implique un investissement important dans un contexte de temps disponible contraint en médecine de ville, ce qui limite la capacité du médecin de ville à suivre de manière régulière les patients en situation d'obésité. Par ailleurs, l'aspect pluridisciplinaire et multi-dimensionnel de la prise en charge de l'obésité (dimensions comportementales, psychologiques ou sociales notamment) implique un niveau important de formation initiale et continue sur

la prise en charge de cette pathologie, les approches motivationnelles, et l'ETP. Le médecin traitant peut donc parfois se sentir insuffisamment armé pour assurer l'ensemble de ces missions ou pour orienter le patient vers une réponse adaptée à ses enjeux thérapeutiques. Enfin, la coordination d'un parcours pluridisciplinaire s'avère le plus souvent très complexe et chronophage tout en étant par ailleurs considérée comme peu valorisée.

Le déploiement des expérimentations article 51 est venu confirmer ces constats mais a également tenté d'y répondre par :

- La mise en place d'équipes spécialisées, référents de proximité et soutiens à l'exercice coordonné, en appui du médecin traitant pour assurer les missions de coordination, appuyée par des outils de communication partagés ;
- La mise à disposition de formation continue et dispositifs de montée en compétence ;
- La mise en place d'outils d'aide au repérage et à l'orientation des patients.

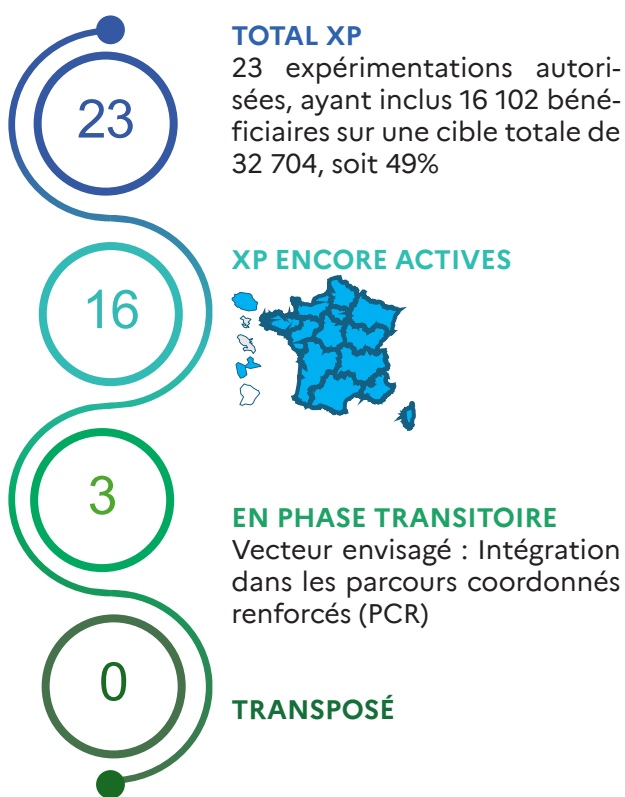
Ces expérimentations ont donc permis de renforcer ou seconder le médecin traitant dans la prise en charge des patients en situations d'obésité. Cependant, les premiers résultats des expérimentations soulignent les difficultés persistantes à assurer l'implication continue des médecins traitants dans ces dispositifs notamment en raison du temps disponible limité.



ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE



- Intégration de l'activité physique adaptée dans le parcours des maladies cardiovasculaires, respiratoires, du cancer, de l'obésité, du diabète,...
- Organisation de l'activité physique adaptée (APA) avec les partenaires territoriaux
- Modélisation économique



Données au 31 décembre 2024

L'Article 51 a permis d'expérimenter dans une vingtaine de projets des parcours incluant de l'activité physique adaptée dans un contexte de prévention secondaire et tertiaire, à l'occasion de la prise en charge d'un événement de santé, qu'il s'agisse d'un cancer, d'une décompensation d'insuffisance respiratoire ou de pathologies cardiaques.

Les résultats des premières expérimentations (As du cœur, Occitan'Air) ont montré l'efficacité de l'ancrage de l'activité physique adaptée dans la prise en charge des pathologies chroniques avec une amélioration de la capacité cardiorespiratoire, des biomarqueurs cardio métaboliques à court et moyen termes, de la qualité de vie et l'autonomisation des patients dans la pratique d'une activité physique. S'ils interrogent sur l'implication concrète du médecin généraliste et sur l'adressage (médecins spécialistes ou SMR), ils soulignent néanmoins la nécessité d'intégrer l'APA dans une prise en charge plus globale des patients.

Les premiers enseignements de ces expérimentations mettent en exergue :

- les freins à la prescription de l'activité physique adaptée par les médecins généralistes, ceux-ci jugent leurs connaissances sur l'activité physique insuffisantes, notamment sur l'adaptation de celle-ci à la pathologie, aux capacités physiques et aux risques médicaux du patient et sur l'offre sur son territoire et son incapacité à orienter son patient. Ils soulignent également le manque de temps en consultation pour aborder l'activité physique adaptée voire réaliser des évaluations motivationnelles et fonctionnelles ;
- la nécessaire coordination pluriprofessionnelle entre médecin prescripteur et les intervenants (masseur kinésithérapeute, enseignant en activité physique adaptée, infirmier, psychologue et diététicien)



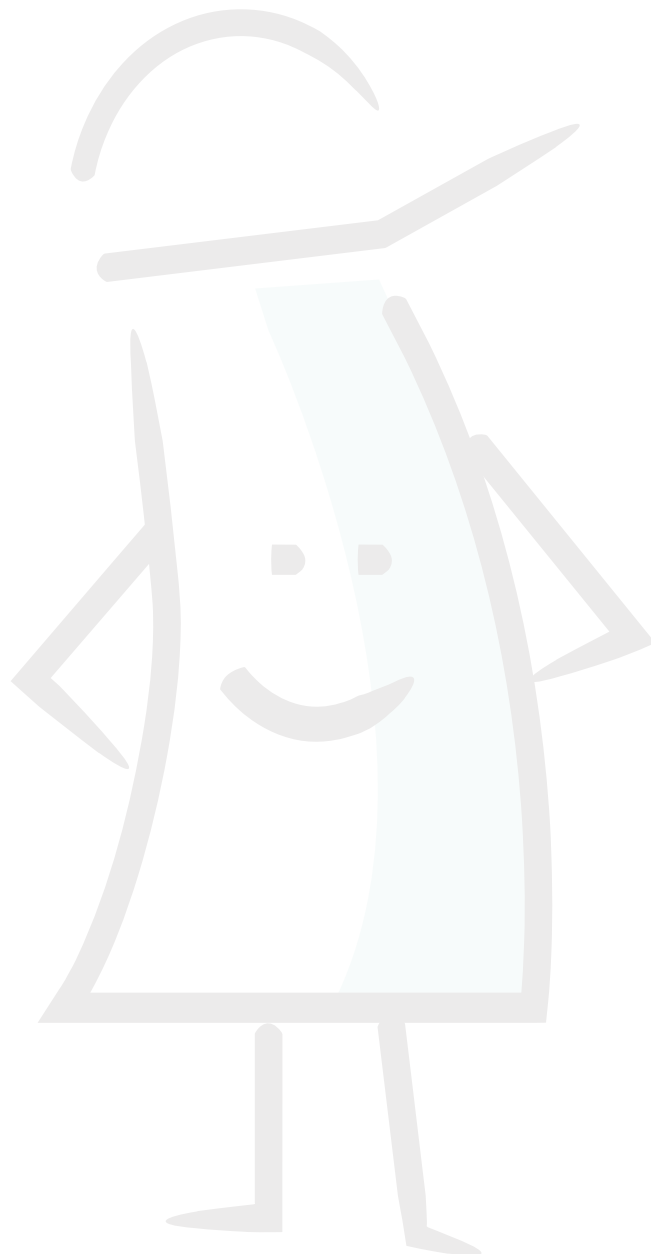
ticien) ;

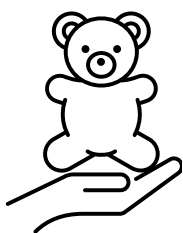
- le besoin de renforcer la structuration et le référencement de l'offre d'activité phy-

sique adaptée ainsi que la place primordiale de l'éducation thérapeutique.

Ces enseignements ainsi que le guide de « Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte » de la Haute Autorité de santé permettront de structurer la feuille d'orientation présidant à l'inscription dans le droit commun de la prise en charge de l'activité physique adaptée pour les pathologies chroniques.

Le conseil stratégique de l'innovation en santé s'est positionné très favorablement pour l'intégration de l'activité physique adaptée dans les parcours de santé.





AMÉLIORER LA SANTÉ DES ENFANTS PROTÉGÉS

Les mineurs sous protection de l'enfance constituent une population particulièrement vulnérable, avec des besoins en santé physique et en santé mentale spécifiques. Leur état de santé est impacté par les négligences, violences et expériences négatives endurées pendant l'enfance. Ceci dans un contexte où les parcours de vie sont souvent fragmentés et chaotiques.

L'amélioration de la santé globale des enfants protégés a fait l'objet de deux expérimentations Article 51 : Santé protégée (portée par le Dr Vabres et la Direction générale de la cohésion sociale) et Pégase (portée par le Dr Rousseau et le Pr Chevreul, en partenariat avec le Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux GEPSO). Pégase

cible les plus petits placés en pouponnière avant l'âge de cinq ans.

La création d'un dispositif unique assurant la coordination du parcours de soins des enfants protégés, sur un territoire, gradué selon l'âge des enfants, et tirant partie des enseignements de chacune des deux expérimentations est attendu pour la fin d'année 2025.

Les ambitions

Il s'agit d'une approche préventive qui vise à initier ou rétablir un accès aux soins primaires et détecter très tôt les besoins spécifiques.

- Garantir la réalisation du bilan médical d'entrée prévu par la loi¹ permettant d'évaluer les besoins de santé somatiques et psychiques ;
- Répondre le plus tôt possible aux besoins de recours aux compétences des psychomotriciens, psychologues et ergothérapeutes (en mobilisant les professionnels libéraux en plus des structures publiques souvent saturées) ;
- Coordonner le suivi médical dans le temps (plus intensif pour les plus petits : 20 bilans de santé entre zéro et sept ans).

Le médecin généraliste ou parfois le pédiatre est un acteur majeur du parcours car il réalise les bilans médicaux d'entrée mais également de suivi de l'enfant. Il peut devenir son médecin traitant. Il est appuyé dans cette mission par la structure de coordination du territoire qui crée un pont entre les professionnels qui accompagnent l'enfant au quotidien (éducateurs, assistants familiaux, etc.) et les professionnels de santé chargés du suivi.

La structure permet de mobiliser un médecin en proximité du lieu de vie de l'enfant. Elle l'aide à préparer et réaliser les consultations attendues (contenu du bilan aux différents âges de la vie) et garantit le déclenchement des préconisations médicales qu'il aura identifiées.

Les leviers

Les deux cadres expérimentaux se sont appuyés sur les deux principes suivants :

- Conférer explicitement à une structure dédiée une mission de coordination des parcours de la santé des enfants protégés
- Créer un forfait annuel pris en charge par l'Assurance Maladie incluant : bilans médicaux / coordination / enveloppe soins précoces psychologiques, de psychomotricité et d'ergothérapie

1. Loi du 14 mars 2016 relative à la protection des enfants complétée par la loi du 7 février 2022. L'article L. 223-1-1 du code l'action sociale et des familles (CASF) prévoit la réalisation d'un bilan de santé et de prévention pris en charge par l'assurance maladie réalisé à l'entrée d'un mineur dans le dispositif de protection de l'enfance (ASE ou PJJ) pour permettre d'engager un suivi médical régulier et coordonné. Ce bilan identifie les besoins de prévention et de soins permettant d'améliorer l'état de santé physique et psychique de l'enfant



Les résultats

Santé Protégée a été déployée, pendant cinq années, dans quatre départements (Loire Atlantique, Pyrénées Atlantiques, Haute-Vienne, Seine-Saint-Denis) auprès des mineurs (avec une extension au public suivi par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) en Loire Atlantique) permettant d'initier le suivi de près de 7 000 enfants.

Des évolutions positives de consommations de soins ont été observées avec des prises en charge davantage centrées sur des soins courants (médecine générale ou pédiatrique, ORL, orthophonie) et une réduction des prises en charges hospitalières représentatives de situations cliniques dégradées (baisse des hospitalisations avec passage aux urgences).

Pégase a été déployée pendant cinq années dans 13 pouponnières¹ avec un renforcement du suivi pour plus de 700 enfants inclus entre 0 et 5 ans. À l'inclusion, les enfants sont âgés en moyenne de 21 mois et 40% ont moins d'un an.

Le taux global de réalisation des bilans médicaux renforcés est très élevé (+ 73%). Un besoin en « soins précoces » a été identifié pour 76% des enfants (38% ont bénéficié d'au moins une consultation psychologique et 38% d'au moins une séance de psychomotricité).

1. 13 départements : Auvergne-Rhône-Alpes : Isère, Savoie ; Grand Est : Collectivité européenne d'Alsace (Bas-Rhin, Haut-Rhin) ; Ardennes, Vosges, Bretagne : Ille-et-Vilaine ; Hauts-de-France : Pas-de-Calais, PACA : Bouches-du-Rhône, Gard ; Pays-de-la-Loire : Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Vendée



ÊTRE AU RENDEZ-VOUS DE LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE



- Repérage des fragilités et prévention de la perte d'autonomie
- Maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie ou en situation complexe
- Anticipation et sécurisation du retour à domicile des personnes âgées après une hospitalisation
- Amélioration de l'accès aux soins pour les publics en perte d'autonomie

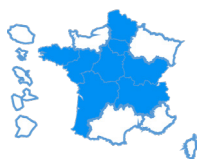
26

TOTAL XP

26 expérimentations autorisées, ayant inclus 57 096 bénéficiaires sur une cible totale de 131 633, soit 43%

10

XP ENCORE ACTIVES



6

EN PHASE TRANSITOIRE

Vecteurs multiples pour les innovations portées par SBDM, Ildys, ICOPE, EQLAAT, ADMR vigilance Senior et RSMO

1

TRANSPOSÉ

DRAD en transition vers les centres ressources territoriaux créés comme cadre de généralisation par la LFSS 2022

Le recours aux soins et les dépenses de santé hospitalières et en ville augmentent en fonction de l'âge. Au premier janvier 2023, la France comptait 18,7 millions de personnes âgées de plus de 60 ans représentant plus d'un quart de la population totale.

Entre 1950 et 2024, cette proportion est passée de 16 à 28%. La transition démographique que nous vivons met le système de santé sous tension en termes de dépenses, de ressources médicales disponibles et de solutions adaptées à ces prises en charge qui nécessitent de coupler interventions sanitaires, médico-sociales et sociales. Le grand nombre d'innovations proposées par les acteurs sur ce champ en est un révélateur.

Données au 31 décembre 2024

Le médecin traitant « soulagé » grâce au décloisonnement des prises en charge

Les organisations qui visent à renforcer l'accompagnement des personnes avançant en âge testées dans l'article 51 ne créent pas d'activité supplémentaire portée par les médecins traitants. Au contraire, elles confient de nouvelles missions à d'autres professionnels pour repérer les signaux en amont de la perte d'autonomie, pour surveiller les signes de fragilité, pour partager le suivi médical au long cours, pour renforcer les interventions de soutien à l'autonomie

au quotidien ou temporairement lors du retour au domicile post hospitalisation par exemple. Si ces dispositifs portent la promesse de préserver les médecins traitants d'une part de la gestion des situations complexes ainsi évitées, ils nécessitent néanmoins de nouvelles pratiques, une reconnaissance et une confiance de leur part.

L'ambition est un plus juste positionnement des différents professionnels en s'appuyant sur les



pleines compétences de chacun pour créer une alliance autour et avec la personne et ses aidants. Ces nouvelles attributions rendent aussi les métiers plus attractifs. La fluidité des parcours de vie, par le décroisement des

interventions sanitaires, médico-sociales et sociales, est tout particulièrement au cœur des enjeux de prévention et de gestion de la perte d'autonomie.

Un défi pour l'administration sera de tirer profit de la richesse des enseignements acquis par cette diversité d'expérimentations pour accélérer la transformation du système en maintenant une cohérence d'ensemble, en lien avec les réformes menées (réforme des services autonomie, déploiement des services publics départementaux de l'autonomie, feuille de route filières gériatriques) et une lisibilité pour les professionnels et les usagers.

Des solutions

Le travail de transformation est engagé avec seize expérimentations terminées au 31 décembre 2024 dont sept ayant fait l'objet d'un avis favorable de transposition dans notre système de santé.

Objectif : accompagner le virage domiciliaire des personnes âgées dépendantes

→ En maintenant l'accès aux soins par un suivi médical au long cours et à domicile partagé entre le médecin traitant et l'infirmier libéral

→ En renforçant l'accompagnement global et quotidien des personnes

Le modèle RSMO (Réseau de santé le Mans Ouest)

Intervenants : médecin traitant et infirmiers libéraux de la maison de santé pluri professionnelle

Public : patients âgés ou en situation de handicap ne pouvant se déplacer au cabinet du médecin.

Résultats : le suivi coordonné améliore le suivi des patients grâce à un partage d'information permanent et immédiat entre les deux professionnels qui traitent rapidement les situations subaiguës ou aiguës. Il libère du temps médical auparavant dévolu aux visites à domicile chronophages et est un facteur d'attractivité des professionnels tant médecins qu'infirmiers. Ce suivi régulier a une vertu sécurisante pour les patients et pour les aidants.

La suite : avis favorable du conseil stratégique de l'innovation en santé avec entrée en phase transitoire en août 2024.

Les Dispositifs Renforcés de soutien au Domicile (DRAD) se sont positionnés comme

une alternative à l'institutionnalisation lorsque l'accompagnement classique déjà assuré par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile n'est plus suffisant pour permettre aux personnes âgées de continuer de vivre chez elles. Ils proposent un socle de prestations complémentaires à l'offre existante du territoire, dans un environnement sécurisé et adapté.

Résultats : Ces dispositifs apportent une forte valeur ajoutée aux bénéficiaires, aux aidants et aux professionnels via la coordination des interventions à domicile, l'accompagnement, la sécurisation et la réassurance des usagers et de leurs proches. Ils améliorent le quotidien des professionnels du DRAD qui décrivent un renforcement du sens donné à leurs missions et une évolution positive dans leur carrière.

La suite : La généralisation des DRAD a eu lieu sous la forme de centres de ressources territoriaux (CRT) pour personnes âgées créés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.



Le dispositif **Vigilance sénior - ADMR** permet une appréciation de l'état général de la personne à chaque intervention d'une aide à domicile grâce à une échelle visuelle analogique (EVA) sur smartphone. Les alertes déclenchées permettent au service de coordonner une réponse en lien avec la famille, les professionnels de santé et partenaires médico-sociaux, sociaux.

Intervenants : services d'aide à la personne

Public : personnes en situation GIR 4-6 et non girés, vivant dans des territoires isolés géographiquement

Résultats : Toutes les alertes remontées sont traitées et suivies jusqu'à la mise en place effective des actions déclenchées en lien avec les partenaires des territoires et dans le respect des missions de chacun. Le dispositif représente un point de liaison entre un besoin repéré tôt dans le quotidien de la personne et des interventions ad hoc à planifier pour répondre à cette situation. En ce sens, il peut contribuer au maintien à domicile de la personne. L'adhésion est particulièrement forte pour les seniors présentant des signes de dépendance (GIR 4), personnes isolées socialement ou familialement et habitant en zone rurale, renforçant la pertinence du service proposé. La répercussion sur les aidants est positive avec un allègement de la charge.

La suite : le soutien financier peut désormais être envisagé par deux leviers différents : la dotation dite « de coordination » versée par les ARS à tout service autonomie dès lors qu'il réalise à la fois des prestations d'aide et de soins (décret du 17 juillet 2023 relatif à la réforme des services autonomie) ou par un financement des conseils départementaux notamment via appel à projets sur l'axe 6 (« Lutte contre l'isolement », qui va être prochainement élargi pour intégrer explicitement les actions de prévention) de la dotation « complémentaire ». Cette dotation peut être attribuée par le département, dans le cadre d'un appel à candidatures, à tout service autonomie, sous condition de conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen (CPOM) ».

→ **En facilitant l'équipement du domicile pour compenser de la perte d'autonomie**

Les Equipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (**EQLAAT**) sont des équipes locales accessibles rapidement et aisément, indépendantes de toute activité commerciale sur les aides techniques (AT), 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.

Résultats : Les EQLAAT permettent d'améliorer la pertinence des AT prescrites grâce à la visite à domicile et aux essais sur les lieux de vie avec 92% des AT encore utilisées à trois mois. L'accès direct des personnes âgées et/ou en situation de handicap à l'équipe participe à cette amélioration ainsi que les échanges entre travailleurs sociaux et ergothérapeutes. Le déplacement des équipes permet d'atteindre des personnes en zone isolée ou rencontrant des difficultés de mobilité. Un rayonnement fort des équipes auprès des structures médico-sociales, MDPH, CICAT et revendeurs de matériels a permis d'assurer le suivi de leurs préconisations.

La suite : Après l'expérimentation de ce modèle, la loi dite « Bien vieillir » du 8 avril 2024 prévoit que chaque département soit doté d'équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EQLAAT). Des missions complémentaires sont prévues par la loi (évaluation des besoins en aménagement de logement et soutien d'actions de sensibilisation, d'information et de formation des personnes en situation de handicap, des personnes âgées, des proches aidants et des professionnels sur les aides techniques).



Objectif : améliorer l'accès aux soins pour les résidents d'EHPAD

→ En faisant émerger sur le territoire des unités mobiles permettant un accès aux soins bucco-dentaires

Deux modèles testés par la **fondation Ildys** dans le Finistère et **SBDM** porté par l'URPS chirurgiens-dentistes en Auvergne Rhône-Alpes dans le Puy de Dôme ont fait l'objet d'un avis favorable de transposition dans le droit commun à l'été 2024.

Intervenants : Chirurgiens-dentistes salariés d'un centre de santé et libéraux, respectivement par le projet de la Fondation Ildys et URPS. Une structure porteuse de l'activité menait des missions de gestion des plannings, de fonctionnement du véhicule, de lien avec les ESMS et salariait les assistants dentaires.

Public : Résidents des ESMS n'ayant pas de suivi dentaire actif.W

Résultats : Les organisations testées permettent d'améliorer l'accès aux soins des personnes hébergées en établissements médico-sociaux pour personnes âgées ou por-

teuses de handicap. Tout en impliquant les équipes des établissements concernés, elle apporte une réponse aux besoins dentaires en prévention des situations d'urgence.

La suite : Sur la base de ces enseignements, une réflexion est engagée au sein du ministère pour agir sur les différents leviers à activer pour inciter au déploiement d'organisations mobiles telles qu'expérimentées pour renforcer l'accès aux soins buccodentaires des résidents d'ESMS mais aussi d'autres publics vulnérables sur un territoire donné

Objectif : retarder l'âge d'entrée dans la perte d'autonomie

cf. **ICOPE** p. 28 (action dès 60 ans, fin déc. 24)

ZOOM sur LE CSIS se positionne sur ARGOS 2

En se positionnant à l'unanimité en faveur d'une entrée dans le droit commun de l'expérimentation ARGOS 2, le CSIS s'engage au service des populations les plus vulnérables à la croisée de la vulnérabilité sociale et des addictions.

Tous les votants du Conseil Stratégique de l'Innovation en Santé (CSIS) ont répondu favorablement à la proposition d'une entrée dans le droit commun de l'expérimentation ARGOS 2, si l'entrée du dispositif Haltes soins addictions (lui-même en expérimentation) est actée. En attendant, l'expérimentation est prolongée d'un an pour se caler sur le calendrier des Haltes soins addictions (HSA). Les deux expérimentations doivent ainsi s'achever le 31 décembre 2025.

Qu'est-ce qu'Argos 2 ?

Porté par Ithaque, une association strasbourgeoise, il s'agit d'un dispositif d'hébergement avec un accompagnement médical, psychologique et social, adossé à une Halte soins addictions (HSA) sans obligation d'arrêt de consommation. Argos 2 complète la mission de réduction des risques et dommages portée par la HSA strasbourgeoise par un accès aux soins et à l'accompagnement social. Elle s'adresse aux plus vulnérables des uti-

lisateurs de la HSA car particulièrement désocialisés et nécessitant une entrée rapide dans le soin, souvent à la rue, parmi lesquels beaucoup de femmes.

Argos 2, c'est accompagner sans juger, permettre l'entrée dans le soin de personnes qui jusque-là en étaient éloignées, permettre une ouverture de droits, permettre de sortir de la rue.

Pourquoi le CSIS soutient l'entrée dans le droit commun ?

En se prononçant favorablement sur la base d'une évaluation indépendante positive, le CSIS souligne l'innovation de ce dispositif qui répond aux besoins holistiques de ce public très vulnérable, en commençant par une mise à l'abri, un toit.

Il souligne également sa pertinence par son ancrage local en lien avec les offres déjà disponibles tant sanitaire que sociale et l'accompagnement vers le droit commun et non la création de réponses ex nihilo. Il pointe la nécessité d'élargir cette nouvelle offre sur le territoire où des besoins sont constatés.

Parmi les avis exprimés du CSIS pour l'entrée dans le droit commun de l'expérimentation, il a été fait référence à l'expérimentation Haltes soins Addictions (HSA), expérimentation hors 51 pour recommander l'entrée dans le droit commun non seulement d'Argos 2 mais également d'HSA considérant que les deux salles de consommations à moindre risque expérimentées en France depuis 2016 ont prouvé leur efficacité dans la réduction des risques mais également dans l'amélioration de la tranquillité publique en diminuant les consommations de rue.

ZOOM sur LE CSIS se positionne sur ICOPE

Le Comité technique et le Conseil stratégique recommandent la prise en compte des enseignements de l'expérimentation ICOPE pour établir le cahier des charges du programme de dépistage précoce et de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées d'au moins 60 ans prévu par la loi¹.

La phase expérimentale de trois années a reposé sur un déploiement par treize organisations territoriales différentes sur neuf régions et a permis une action auprès de près de 28 000 personnes. Dans l'attente de la publication du cahier des charges national prévu par la loi, douze de ces treize organisations expérimentatrices ICOPE poursuivent leur activité de dépistage et de suivi selon les modalités financières et organisationnelles de l'expérimentation.

Qu'est-ce qu'ICOPE ?

La démarche « ICOPE » (Integrated Care for Older People) « soins intégrés pour les personnes âgées » est un programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel liés à l'âge élaboré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il vise à développer les pratiques préventives chez les seniors en amont de la dépendance sur la base de l'évaluation de six capacités fonctionnelles (la mobilité, la mémoire, la nutrition, l'humeur, la vue et l'audition) qui sont des déterminants essentiels de la perte d'autonomie. L'expérimentation ICOPE article 51, portée par le ministère chargé de la santé, inscrite dans la

stratégie globale de prévention de la perte d'autonomie 2020-2022 « Vieillir en bonne santé », visait à tester des conditions organisationnelles et financières de déploiement dans le système de soins primaires français. L'expérimentation a porté sur les étapes de repérage de l'altération des capacités fonctionnelles notamment par une démarche « d'aller vers », d'évaluation approfondie, d'entretien motivationnel et d'élaboration d'un plan de prévention. Cette démarche a été envisagée en complémentarité de l'approche clinique traditionnelle et s'articule avec le médecin traitant.

Quelles sont les recommandations du comité technique et du conseil stratégique de l'innovation en santé ?

Tout d'abord, il sera nécessaire de mener la réflexion sur le cahier des charges national du programme de dépistage précoce et de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées d'au moins 60 ans à l'aune de deux dispositifs émergeant en 2025 qui portent également une ambition de prévention de la perte d'autonomie :

→ le dispositif « Mon bilan prévention » pro-

posant des rendez-vous de prévention pris en charge à 100% à différents âges de la vie pour faire un point général sur sa santé et notamment aux tranches d'âge 60-65 ans et 70-75 ans²;

→ le service public départemental de l'autonomie (SPDA) qui doit viser à mettre en cohérence et à permettre la coordination des différents acteurs de terrain, bien au-delà

1. loi du 8 avril 2024, portant mesures pour bâtir la société du Bien vieillir (la mobilité, la mémoire, la nutrition, l'humeur, la vue et l'audition)

2. dispositif de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2023

des seuls acteurs du secteur médico-social, pour apporter une réponse globale et garantir la continuité du parcours de la personne (personnes âgées et personnes en situation de handicap) y compris dans une approche de prévention. Le quatrième

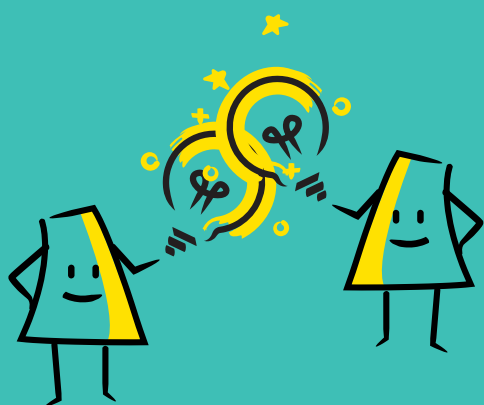
bloc d'actions obligatoires est intitulé « repérage des fragilités, prévention de la perte d'autonomie et actions « d'aller vers » ». Ce service a été expérimenté en 2024 dans 18 territoires préfigurateurs et sera généralisé en 2025.

Par ailleurs, de nombreuses adaptations tant organisationnelles qu'économiques seront à envisager. La mobilisation des professionnels reste un défi majeur. Il est relevé des difficultés d'engagement, notamment des médecins et donc un enjeu majeur d'information et de formation.

Enfin, la définition d'une stratégie nationale claire et des arbitrages fondamentaux devront porter sur le pilotage du dispositif, sa gouvernance (y compris aux échelles régionales et locales) ainsi que les outils d'appui au parcours par le numérique..

2

MÉDECIN TRAITANT LE PORTRAIT ROBOT DU 51



PORTRAIT DU MÉDECIN TRAITANT DU 51

Aujourd'hui, encore de nombreux médecins traitants ne disposent ni du temps ni des équipes pour organiser une prise en charge coordonnée dans des conditions sereines et optimisées, leur rôle de médecin traitant reposant pour l'essentiel sur des consultations sans capacité d'interaction ou de recours aux expertises en temps réel. Leur manque de disponibilité au quotidien se ressent dans les expérimentations du 51 ; les toucher et les mobiliser dans la mise en place des parcours relèvent parfois du défi pour les porteurs de projets !

Pourtant, des pistes d'évolution du rôle du médecin traitant se dessinent peu à peu, grâce à l'investissement de professionnels de terrain engagés. Alors, à quoi pourrait ressembler le médecin traitant de demain ? Comment reformuler les attentes vis-à-vis des médecins traitants en leur donnant les moyens appropriés pour agir ?

PORTRAIT ROBOT

- Le médecin traitant du 51 travaillera en réseau avec les professionnels en proximité. Il sera au cœur d'une équipe de soins traitante, en cherchant l'expression du plein potentiel de chaque professionnel au service des patients ;
- Il mettra en œuvre des nouveaux parcours pour les patients en renforçant la coordination, l'accès aux activités éducatives en santé et aux prestations en ville qui feront l'objet d'une nouvelle prise en charge par l'assurance maladie (diététiciens, ergothérapeutes, psychomotriciens, activités physique adaptée ...) ;
- Il bénéficiera d'une facilitation de l'accès aux expertises externes, grâce à la structuration des liens entre spécialités médicales, y compris lorsqu'elles sont à l'hôpital ;
- Il pourra porter une attention particulière aux patients vulnérables en prenant en compte leurs besoins spécifiques, grâce notamment à l'appui de professionnels formés (média-teurs en santé, interprètes, etc.) ;
- Il poursuivra l'accompagnement à domicile des patients rencontrant des défis de mobilité grâce à l'appui de moyens nouveaux.

Le médecin traitant aura un rôle différencié dans le parcours de prise en charge selon la fréquence de la situation :

- Si la situation concerne une part importante de sa patientèle (personnes âgées, santé mentale, obésité, addiction, dans certains territoires), le médecin traitant voit une opportunité à se former et à rester au centre de la prise en charge (formation continue, participation à des RCP, ...) tout en s'appuyant sur des nouveaux dispositifs venant à son secours pour la coordination de soins ;
- Si la situation est exceptionnelle, le médecin traitant oriente vers une structure coordonnatrice ou filière. Il est informé des étapes de prise en charge du patient et reste le décideur sur la stratégie thérapeutique adoptée, en accord avec son patient.



Sur quoi pourra-t-il s'appuyer pour libérer du temps médical ?

Objectif : éviter complications/décompensations - mieux prévenir, détecter et stabiliser les maladies chroniques

- **L'autonomisation du patient** grâce aux activités éducatives (support éducatif) ;
- **Le travail en binôme/trinôme** renforcé (avec ou sans délégation de tâche/protocole de coopération, ...)
 - * avec une infirmière de coordination/case manager, quand le patient nécessite une prise en charge soutenue (cf. SESAME) ;
- **Les nouvelles missions des pharmaciens** (Cf. Osys) ;
- **La télésurveillance** : permet une identification précoce des évolutions de l'état de santé du patient ;
- Les communautés professionnelles territoriales de santé (**CPTS**) et les équipes de soins spécialisées (**ESS**) pour organiser l'offre au plus près des besoins, notamment pour les prises en charge complexes ;
- **Un système d'information simple** à prendre en main pour partager les informations avec les autres professionnels de santé est un facilitateur d'une bonne prise en charge coordonnée
- **Un incitatif** : une juste rémunération des actions menées incite au repérage et permet reconnaissance de sa plus-value

Quels sont les écueils à éviter ?

- **« Sur-déléguer » l'expertise** : le médecin traitant doit conserver la capacité d'assurer le suivi de tout type de patient dans une approche holistique ;
- **Rompre l'équilibre** entre le temps dédié à l'orientation puis au diagnostic spécialisé et le temps dédié à la mise en œuvre de soins ;
- **Concevoir des dispositifs de soutien qui ne s'adaptent** qu'à l'exercice coordonné ; l'exercice isolé doit être pris en compte dans ses spécificités ;
- **Multiplier les filières spécialisées** voire surspécialisées sans lisibilité pour le médecin traitant.

Quels sont les effets à mesurer ?

- **Augmenter les files actives** des médecins traitants ;
- **Lutter contre l'éviction des patients complexes ou/et vulnérables** ;
- **Augmenter l'attractivité du métier de médecin traitant** et le bien-être ressenti dans la fonction ;
- **Améliorer les résultats en matière de prévention** primaire à tertiaire, avec une attention particulière sur le parcours des patients chroniques



La réaction d'AVEC Santé

Article 51 et MSP... Ils sont faits l'un pour l'autre !

Bien sûr, depuis 20 ans, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) n'ont pas attendu l'article 51 pour innover et construire, en équipe pluri-pro, une organisation de soins primaires de proximité capable de répondre aux besoins en santé des usagers.

Aborder la santé au-delà des seuls soins santé publique, prévention, implication des habitants), co-construire un projet de santé en équipe, s'organiser, améliorer la qualité et la performance, s'évaluer : ces dimensions font partie de l'ADN des MSP. Elles constituent même l'un des facteurs majeurs de l'attractivité de ces structures, tant pour les professionnels que pour les usagers.

Dès lors, l'opportunité d'améliorer des parcours coordonnés, de décroiser entre professionnels et de nouveaux acteurs de proximité, de financer autrement que le « tout à l'acte », permise par l'article 51, a forcément écho dans les MSP.

En se saisissant de l'article 51, les MSP ont boosté leur capacité d'innovation en développant de nouvelles pratiques (protocoles pluri-pro, délégations, soins non programmés...), de nouveaux métiers (IDE d'équipe...), de nouveaux outils (évolution des SI) mais ont aussi renforcé leur structuration et leurs organisations. Avec ces articles 51, elles « font plus » malgré les tensions démographiques, avec un bénéfice direct pour les usagers soulignés par ceux-ci comme en témoignent plusieurs enquêtes de satisfaction

Soutenues par l'article 51, les MSP, ces équipes expérimentatrices, incarnent déjà, sur de nombreux territoires, cette unité de base de proximité indispensable pour notre système de santé, promue par le rapport HCAAM sur l'organisation des soins de proximité (septembre 2022) : l'équipe de référence ou équipe traitante de proximité

Mais pour pérenniser ces dynamiques, le stade d'expérimentation nécessite d'être dépassé et permettre à un maximum d'usagers et d'équipes de bénéficier des avancées portées par ces articles 51...et là....ne devons-nous pas aussi innover ?



« La réaction de MG France

Nous saluons dans ce rapport la place réaffirmée du médecin traitant et la mise en lumière des initiatives portées par les médecins généralistes. L'offre de soin en médecine générale ne part pas de rien : en effet, les soins primaires ont beaucoup évolué pendant les vingt dernières années. Nombreux sont aujourd'hui les médecins traitants travaillant de façon active en interprofessionnalité (9000 médecins généralistes travaillant en binôme avec une infirmière Asalée, médecins impliqués dans les CPTS et les MSP, etc.) D'ailleurs, les médecins traitants participant aux expérimentations de l'Article 51 sont souvent également parties prenantes d'autres organisations collectives. Les expérimentations article 51 s'intègrent dans ces évolutions.

Concernant les freins et les leviers, nous partageons le fait que reconnaître les activités de coordination y compris sur le plan du modèle économique est facilitant. Nous sommes plus réservés sur le fait que le manque de formation soit un réel frein : en réalité lorsque qu'un médecin généraliste identifie un sujet comme prioritaire, ses 9 ans d'études lui permettent de rapidement se mettre à jour. Nous souhaitons par ailleurs souligner une difficulté qui nous semble majeure : les délais de recours à chaque orientation que le médecin traitant effectue ainsi que l'impossibilité de coordonner le parcours lorsque le patient est capté dans une filière spécialisée et qu'il ne le revoit plus. Pour l'avenir, nous formons le vœu de disposer d'évaluations plus approfondies afin de mettre à jour les freins réels à l'évolution des pratiques ou à l'amélioration de l'accès aux soins. En effet, ces freins sont souvent masqués derrière le triptyque «manque de temps / manque d'argent / manque de formation ».

Enfin, nous sommes réservés sur la notion d'« équipe de soins traitante » utilisée dans le rapport : cette notion n'a pas d'existence juridique et le terme entraîne inévitablement polémique et confusion opposant médecin traitant et équipe soignante, ce qui n'a pas lieu d'être ; ainsi, nous préférons le terme « équipe de soins autour du patient ».

QUATRE EXEMPLES EMBLÉMATIQUES DU RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT DANS LES EXPÉRIMENTATIONS 51

IATROPREV 2 : le médecin traitant, partie prenante dans la décision de modification de prescriptions en sortie d'hospitalisation et garant de leur suivi dans le temps.

L'expérimentation IATROPREV 2 vise à prévenir le risque iatrogène de la personne âgée fragile par une organisation optimisée entre les acteurs de ville et hospitaliers. La clé de voûte du parcours est une réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP) mobilisant le binôme hospitalier « gériatre - pharmacien clinicien » et le binôme de ville « médecin traitant-pharmacien d'officine » permettant de valider collectivement les modifications de prescription et assurer leur suivi dans la durée. Cette « concertation ville-hôpital » permet l'appropriation de pratiques professionnelles communes et soutient les praticiens de ville dans la prise en charge des patients âgés complexes.

IATROPREV a fait l'objet d'une première phase expérimentale. L'évaluation a démontré la mobilisation particulièrement importante des médecins généralistes dans cette expérimentation (376 médecins traitants et 295 pharmaciens d'officine pour 469 patients suivis). Leur participation, avec le soutien en relais des pharmaciens d'officine, a permis de maintenir dans la durée certaines modifications de prescription à trois mois. Le modèle testé est apparu, par sa vertu pédagogique, un point d'appui pertinent pour soutenir en ville la prise en charge de la iatrogénie.

PASSCOG : LE MÉDECIN TRAITANT, PORTE D'ENTRÉE DANS UNE PRISE EN CHARGE GRADUÉE

Le parcours PassCog (Parcours Ambulatoires pour SeniorS avec troubles COGnitifs) s'inscrit dans une logique de gradation des soins et de soutien à la médecine générale face aux enjeux du vieillissement de la population. Ce parcours offre un accès rapide à un diagnostic ambulatoire, initié par un médecin généraliste ou spécialiste. Les médecins généralistes, sensibilisés, formés à la cognition et aidés par une téléexpertise, deviennent acteurs de ces parcours aux côtés des spécialistes. Un coordinateur s'assure du bon déroulement des parcours. Les bilans et soins neuropsychologiques en ville sont remboursés pour garantir l'accessibilité.

Le parcours repose sur trois forfaits :

- un forfait diagnostic pour confirmer ou exclure une maladie neurocognitive avec pour certains patients, un bilan neuropsychologique pris en charge en ville ;
- un forfait de prise en charge proposant des séances de suivi neuropsychologique pour les patients diagnostiqués ;
- et un forfait dédié aux aidants, visant à les accompagner (sessions de psychoéducation).

Cette expérimentation est déployée depuis 2021 en Île-de-France et en Bretagne et plus de 1 100 patients ont été inclus. L'évaluation est en cours.

RESALGO : LE MÉDECIN TRAITANT ARMÉ POUR LUTTER CONTRE LA DOULEUR CHRONIQUE

Une toute nouvelle expérimentation, RésAlgo, lancée en 2024 (premier patient inclus en 2025), permet d'expérimenter un parcours de prise en charge coordonnée de la douleur chronique en ville, centré sur un binôme Médecin Traitant – Infirmier(e) Ressource Douleur de Proximité, en lien avec les Structures Douleur Chronique, dans un parcours de soins gradués.

Ce parcours est proposé aux patients avec syndrome douloureux (non lié à un cancer) dont la prise en charge en médecine générale pour les autonomiser dans leur gestion de leur douleur chronique nécessite une approche pluriprofessionnelle intensive incluant

des temps de concertation et de suivi partagés. Elle a pour objectif de :

- Prévenir la chronicisation de la douleur chez les patients à risque et renforcer l'autonomisation des patients dans leur gestion de la douleur ;
- Proposer une réponse adaptée aux douleurs « chronicisées » au niveau du premier recours, avec ou sans recours à une structure douleur chronique ;
- Proposer une approche « parcours de soins gradués » et coordonnée, avec une prise en charge organisationnelle et financière innovante.

L'expérimentation est co-portée par deux CPTS, une MSP et trois centres douleurs (CETD et Consultations Douleur) en région Pays de la Loire.

EQUIP ADDICT : DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES MIEUX ACCOMPAGNÉS POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE PATIENTS PRÉSENTANT DES ADDICTIONS COMPLEXES.

Les médecins traitants font partie des premiers interlocuteurs des patients lors du repérage précoce des conduites addictives. Ils jouent un rôle majeur dans la promotion de comportements favorables à la santé. La loi du 13 août 2004 leur confie d'ailleurs l'articulation des interventions des différents professionnels de santé, la coordination d'une prise en charge adaptée notamment pour les suivis sur le long terme comme les addictions. Pourtant, bien souvent, les médecins généralistes se sentent insuffisamment formés et outillés pour assurer ces missions dans un domaine particulièrement complexe où les faux pas sont lourds de conséquence.

Parmi les innovations existantes, les microstructures du projet Equip'Addict sont une proposition concrète au besoin de soutien des généralistes. Le dispositif, dont la généralisation devrait intervenir courant 2025, réunit avec le médecin à son cabinet un psychologue, un tra-

vailleur social et un expert en addictologie le cas échéant.

La coordination territoriale des microstructures portée par une structure médico-sociale (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie – CSAPA et/

ou Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues – CAARUD) ou sanitaire (CPTS, MSP, CDS...) repose, dans le territoire, sur une forte articulation entre un ou plusieurs médecins généralistes exerçant dans la prise en charge des addictions.

Confronté dans sa patientèle à une question relevant du domaine des addictions, le médecin traitant peut soit intégrer lui-même un dispositif Equip'Addict, soit orienter le patient vers un confrère déjà intégré à une microstructure. Quoi qu'il en soit, c'est bien le médecin généraliste qui déclenche la demande, évalue le besoin et définit le plan personnalisé de santé (PPS) en lien avec le psychologue et le travailleur social. C'est lui qui coordonne de manière pluriprofessionnelle et évalue la réalisation du parcours du patient dans le cadre de ce PPS.

Grace à Equip'Addict, le généraliste ne se sent plus seul et en difficulté face à l'addiction de son patient. Il bénéficie d'une assistance par les compétences annexes intégrées dans l'équipe,

par l'expertise du référent en addictologie, par la coordination administrative et soignante qui lui garantit la reproduction, le suivi et la facturation du parcours (les Equip'Addict seront rémunérés dès la transposition dans la cadre d'un parcours coordonné renforcé - PCR).

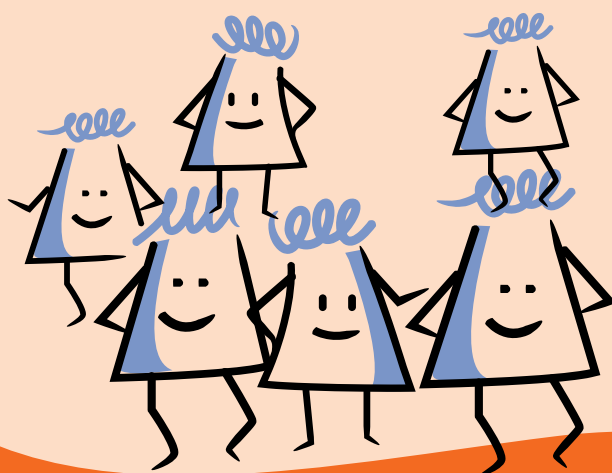
Pour le patient, le maintien de son médecin traitant au cœur du dispositif Equip'Addict en acteur principal ou en praticien associé préserve la relation de confiance, déstigmatise la prise en charge notamment pour les publics féminins, facilite le suivi dans un cadre neutre mais permet aussi le suivi global du patient si d'autres comorbidités existent.

Au travers du PCR Equip'Addict, un meilleur financement de l'accompagnement par le médecin généraliste, dont la capacité d'agir est renforcée face à ces situations, augmente la disponibilité du premiers recours pour la prise en charge des addictions. Rappelons que les addictions, notamment le tabagisme et l'alcool représentent la première cause de mortalité évitable.

Au-delà de tous les qualificatifs positifs des microstructures, un des risques de ce type de dispositif pour un omnipraticien reste celui d'être identifié par les patients et les autres confrères comme surspécialisé dans le domaine de l'addictologie et ainsi d'une orientation naturelle de sa patientèle.

3

LA SANTE MENTALE A L'HONNEUR



UNE SANTÉ MENTALE EN MUTATION

Nous avons tous une santé mentale et quand elle se dégrade, les besoins de soins deviennent un enjeu majeur de santé publique.

Si les données épidémiologiques peuvent inquiéter, elles englobent de fait une très grande diversité de situations et de besoins, impliquant la construction d'une diversité de réponses. Nous sommes tous « à risque » de traverser un moment de souffrance psychique en lien avec un événement de vie. 30 % de la population souffrira à un moment de sa vie d'un trouble psychique fréquent (anxiété, dépression...) et même 5% vivra avec un trouble psychique sévère et persistant (schizophrénie, bipolarité, trouble grave de la personnalité)¹.



Santé mentale de tous, maladie psychique de certains : des notions à préciser

Nous avons tous un état de santé mentale, tout comme nous avons une santé physique. Ils sont indissociables, ils peuvent être affectés par des facteurs internes ou externes. Des moyens existent pour prendre soin de notre santé mentale comme on peut prendre soin de sa santé physique.

Les maladies psychiques répondent à des critères spécifiques et nécessitent des soins généralistes, spécialisés, voire hyper-spécialisés.

Les deux notions ne sont pas colinéaires : on peut être porteur d'une maladie psychique (trouble schizophrénique, bipolaire, anxieux...) et avoir une bonne santé mentale, c'est notamment le cas lorsque le rétablissement a été atteint, et être indemne d'une maladie psychique et avoir une santé mentale dégradée, c'est notamment le cas lorsque nous sommes affectés par des événements de vie négatifs (deuil, séparation, perte d'emploi, précarité...).

Si le mouvement de transformation de l'offre est aujourd'hui engagé, il est urgent aujourd'hui de proposer « le bon soin, pour le bon patient, au bon moment et au bon endroit ».

Portée par une mobilisation politique et sociale accrue, et par une prise de conscience des besoins croissants de la population, la reconnaissance en 2025 de la santé mentale comme «Grande cause nationale» confirme l'urgence d'agir pour moderniser et transformer les pratiques.

Dans ce contexte, les expérimentations Article 51 contribuent directement à cette transformation en proposant des organisations de soins innovantes pour épauler le médecin traitant. Il est aujourd'hui nécessaire de penser l'articulation entre modes innovants et système de santé de droit commun.

1. Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. Bull Épidémiol Hebd. 2023;(2):28-40. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/2/2023_2_1.html



Réorganisation des soins : du « tout-psychiatrie » à une approche graduée

78 % des parcours de soins pour un trouble psychique démarrent par une consultation de médecine générale qui constitue donc le lieu et le moment privilégié de repérage des situations.

Au regard des difficultés générales de l'hôpital et des tensions démographiques qui sont propres à la filière psychiatrique, l'enjeu est de maintenir la sectorisation psychiatrique disponible pour les situations les plus complexes, voire de développer sa capacité de réponse à ces situations. Le repérage et la prise en charge en santé mentale doit s'organiser plus en amont, avec les acteurs de ville formés et soutenus dans le cadre de modèles de soins gradués. De fait, les professionnels du premier recours, les médecins généralistes en particulier, sont en première ligne pour répondre aux besoins de soins psychiques des patients. Ils sont toujours aujourd'hui les premiers prescripteurs de certaines molécules pour répondre aux besoins des patients (75% des benzodiazépines sont prescrites par des médecins généralistes). Une meilleure articulation entre les ressources sectorisées et les ressources de ville doit être une priorité pour l'action publique.

Renforcer le premier recours

Les troubles légers à modérés (parfois les crises) sont souvent pris en charge par les médecins généralistes. Ces consultations représentent 40 à 60 % de leur activité.

Les expérimentations « Article 51 », comme le Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie (DSPP) ou le dispositif SESAME, visent à accompagner les médecins généralistes en leur facilitant leur accès à l'expertise de psychiatres, en mettant en place l'appui d'infirmiers de coordination (care managers) et des outils permettant, si nécessaire, une prise en charge multidisciplinaire facilitée comme de l'accompagnement psychologique, social ou psychosocial.

L'enjeu est de permettre de proposer une offre d'intervention en fonction non seulement de la gravité des troubles, ou de l'offre de soins existante sur les territoires mais aussi des déterminants personnels des patients (âge, sexe, personnalité, histoire de vie...).

Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie adultes (DSPP) est un dispositif innovant à destination des médecins généralistes permettant l'accès à une expertise psychiatrique facilitée. Les médecins généralistes accèdent sur demande à une évaluation de leurs patients âgés de quinze ans et plus présentant des souffrances psychiques ou des troubles mentaux légers à graves, réalisée par une équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, de psychologues et d'infirmières psychiatriques. Un suivi partagé et apprenant est mis en place avec le DSPP : en fonction de la situation, le médecin généraliste continue la prise en charge du patient, ou une orientation dans les meilleurs délais vers un suivi spécialisé, notamment en psychiatrie est réalisée.

Déployé depuis avril 2021 dans la région de Toulouse en Occitanie et porté par GCS DSPP 31 (CHU de Toulouse, URPS Médecins Libéraux et CH Gérard Marchant), le dispositif a inclus plus de 5 200 personnes (avril 2025). Plus de 960 médecins généralistes ont sollicité le DSPP, soit 65% des médecins généralistes du département de la Haute-Garonne.

DSPPe en miroir du DSPP adultes répond aux demandes d'évaluation et/ou d'appui des médecins généralistes concernant des enfants et des adolescents de 6 à 18 ans. Selon le besoin, un avis diagnostique, thérapeutique et/ou une aide à l'organisation du parcours de soins est proposé par le DSPPe dans le cadre d'échanges avec le médecin généraliste permettant ainsi en fonction des besoins de l'enfant de respecter une gradation du parcours de soins. Un suivi partagé peut être mis en place pour les jeunes avec une souffrance psychique ou des troubles psychopathologiques émotionnels peu sévères.



SESAME, chaînon manquant entre soins primaires et soins psychiatriques, le dispositif s'inscrit dans une logique de gradation des soins et de soutien à la médecine générale dans la prise en charge des troubles psychiatriques les plus fréquents (troubles dépressifs et anxieux, d'intensité modérée à sévère) chez l'adulte.

Il s'appuie sur le modèle des « soins collaboratifs » et propose un parcours coordonné renforcé qui repose sur :

- Une équipe autour des médecins généralistes, avec un infirmier formé spécialement et placé aux côtés des médecins généralistes pour assurer le suivi et la prise en charge des patients ;
- Une expertise psychiatrique (à distance) qui supervise le travail de l'IDE et apporte un appui technique aux médecins généralistes, pour l'évaluation clinique, le projet de soin, sa mise en œuvre et son ajustement ;
- La mobilisation, si nécessaire, des ressources autres : psychologues, services sociaux, autres professionnels de santé ;
- Une prise en charge globale et protocolisée s'appuyant sur une approche populationnelle et le recours systématique à des échelles cliniques standardisées.

Déployé depuis novembre 2023 dans cinq départements en Ile de France, SESAME mobilise 85 médecins généralistes (libéraux et salariés), huit infirmiers et huit psychiatres (libéraux et hospitaliers) et accompagnera 2 910 patients pendant trois ans.



D'autres expérimentations, telles que **Microstructures Post-Covid**¹ ou **SP-ADepress**² qui sont terminées, sont riches d'enseignements et alimentent la réflexion sur l'appui au premier recours. Le médecin traitant reste au centre de la prise en charge avec un renfort en formation, une prise en charge complémentaire possible par le psychologue et pour Microstructure, également par un travailleur social, et un accès facilité au psychiatre pour SP-ADepress.

1. Prise en charge pluri-professionnelle de proximité au sein du cabinet médical ou en MSP/CDS pour des patients fragilisés somatiquement, socialement et psychiquement par la crise. Chaque équipe était composée d'un médecin généraliste, d'un psychologue, d'un travailleur social avec l'appui d'un psychiatre et en partenariat avec les acteurs de santé mentale des territoires. L'expérimentation était déployée dans 5 régions et s'est terminée en janvier 2024.

2. Parcours de soins pour le patient présentant une dépression caractérisée, gradué en fonction de la gravité, coordonné par le médecin traitant en collaboration avec le psychiatre et associé à un financement forfaitaire de l'épisode de soins. L'expérimentation était déployée en Pays de Loire et s'est terminée en janvier 2025.



Faire le pari du rétablissement

HOME et SIIS : une approche globale pour vivre en milieu ordinaire et retrouver son autonomie



20% des journées de psychiatrie réalisées sont des hospitalisations de longue durée. La durée de ces séjours est parfois nécessaire à la prise en charge ; mais elle est souvent subie à la fois par l'institution et par la personne, faute d'alternatives disponibles. Le manque de solutions hors des murs de l'hôpital pose non seulement le problème du dimensionnement des capacités hospitalières pour répondre à une forte demande de soins (files d'attente, non réponse aux situations de crise) mais aussi celui du respect des projets de vie des personnes et la préservation de leur autonomie à moyen terme. Pour certains patients atteints de troubles psychiques invalidants, il peut exister d'autres solutions organisées en milieu ordinaire, comme le montrent des modèles comme HOME et SIIS. HOME et SIIS expérimentent une approche intégrée pour accompagner les patients dans leurs lieux de vie, avec des équipes mobiles pluridisciplinaires et des coordinations renforcées, et soutenir leur rétablissement.

Cet accompagnement global, qui inclut les dimensions médicales, psychologiques et

sociales, est assuré par des équipes mobiles pluridisciplinaires et repose sur un suivi intensif en milieu ordinaire. Il vise l'inclusion sociale des patients souffrant de troubles psychiques invalidants, qui peut être associée pour certaines personnes à un accès facilité à un logement indépendant (pour HOME).

A cet objectif d'inclusion sociale s'ajoute la volonté de diminuer le recours à l'hospitalisation en psychiatrie, de diminuer les ruptures de parcours de soins et d'améliorer l'accès aux soins somatiques avec un médecin généraliste référent pour chaque patient.

HOME (Habitat cOMmunautaire soutEnu), porté par le CH Gérard Marchant, est déployé depuis janvier 2023 dans la région de Toulouse en Occitanie et le dispositif accompagne une centaine de personnes.

Les deux équipes de SIIS (Suivi Intensif pour l'Inclusion Sociale), portées par CMSMH et Groupe SOS Solidarités, accompagnent chacune jusqu'à 80 personnes à Marseille. Le dispositif est déployé depuis août 2022.

Ces deux expérimentations ont été autorisées pour une période de 5 ans.



DIPPE : une intervention précoce et intégrée pour les jeunes (15-30 ans) en situation de psychose émergente

Le Dispositif de Détection et d'Intervention Précoce pour les Psychoses Émergentes (DIPPE) propose une approche intégrée et coordonnée, associant un accompagnement social et un suivi thérapeutique adapté, aux jeunes en situation de psychose émergente, au sein d'une équipe unique transdisciplinaire.

Actuellement en phase d'expérimentation dans les Pays de la Loire, ce dispositif permet d'accompagner plus de 225 jeunes de 15 à 30 ans présentant une vulnérabilité psychotique (Ultra Haut Risque, UHR) ou ayant traversé un à trois premier(s) épisode(s) psychotique(s) (PEP).

La double innovation de ce dispositif porte sur une prise en charge précoce, orientée rétablissement et proactive grâce à une démarche d'aller-vers et des équipes de suivi transdisciplinaires et coordonnées.

En effet, DIPPE regroupe, au sein d'une même équipe, des professionnels issus de divers horizons : case managers, psychiatres/médecins, neuropsychologues, travailleurs sociaux, psychologues, infirmiers, addictologues, pairs ai-

dants, etc. Cette diversité permet d'offrir une prise en charge globale, intégrant à la fois le suivi thérapeutique, l'accompagnement social et le soutien aux familles.

Les case managers, issus de divers domaines professionnels sanitaires et médico-sociaux (éducateurs spécialisés, infirmiers, travailleurs sociaux, etc.), jouent un rôle clé dans l'accompagnement coordonné des personnes, en adaptant leur suivi en fonction des évaluations.

DIPPE associe étroitement les aidants dans le processus de soin. Les familles, chez lesquelles vivent près de 80% des jeunes traversant un premier épisode psychotique, jouent un rôle central dans leur accompagnement. Souvent désemparées face aux premiers troubles psychotiques, les familles bénéficient d'un accompagnement structuré pour mieux comprendre le système de soins et soutenir leur proche. Ce travail collaboratif avec les parents contribue à apaiser les tensions et à renforcer l'efficacité des interventions.

Les tout premiers retours de cette approche précoce montrent une réduction des hospitalisations, notamment sans consentement, une diminution de la durée des hospitalisations nécessaires, et pourrait permettre d'éviter les crises majeures. Cette approche favorise également le rétablissement personnel et social en maintenant les jeunes dans leurs études, leur travail ou leur parcours de vie.

De nouvelles compétences en santé mentale

Les expérimentations Article 51 favorisent des approches disruptives, qui bousculent les cadres traditionnels et permettent l'émergence de nouvelles compétences.

De nouveaux rôles pour de nouvelles réponses

L'introduction de la transdisciplinarité et de la pluriprofessionnalité dans les équipes s'accompagne de l'apparition de nouveaux professionnels qui rejoignent le collectif soignant, tels que les pairs aidants, les médiateurs en santé mentale, les case managers, les infirmiers de pratique avancée (IPA) en santé mentale ou encore les travailleurs sociaux. L'expertise attendue de ces nouveaux acteurs de santé peut être le fruit de leur propre expérience facilitant l'établissement d'un lien de confiance avec les patients comme les pairs aidants qui aident à la participation du patient et sa compliance au soin.



Un exemple de l'apport d'un pair aidant dans la prise en charge de jeunes en situation de psychose émergente

Témoignage d'un pair aidant au sein du projet DIPPE vivant avec un trouble psychiatrique stabilisé, qui a bénéficié de plusieurs formations (en éducation thérapeutique du patient, entretien infirmier, BREF : programme de psychoéducation pour les familles et premiers secours en santé mentale) et qui débute bientôt un diplôme universitaire (DU) sur la pair-aidance.



« J'ai débuté mon poste de pair-aidant professionnel au sein du DIPPE au début de l'expérimentation en avril 2023. Ayant vécu un premier épisode psychotique vers l'âge de 17 ans puis une errance jusqu'à mes 23 ans ou j'ai vécu une très longue hospitalisation, je comprends bien l'intérêt du dispositif et l'importance de recevoir du soutien à cet âge crucial.

Mes missions au DIPPE sont variées : je propose des entretiens individuels où l'on peut par exemple évoquer des stratégies pour mieux vivre avec la maladie, les traitements, la stigmatisation et l'auto-stigmatisation.

Je peux aussi coconstruire et coanimer [avec d'autres professionnels de l'équipe,] des groupes de psychoéducation, aider les jeunes à remplir leurs directives anticipées en psychiatrie, faire des accompagnements sur l'extérieur (mission locale, loisirs), faire de la médiation auprès des autres professionnels et accompagner les familles.

Une partie très importante de ma mission est aussi le travail en équipe : je participe à toutes les réunions cliniques et fonctionnelles où je peux apporter mon point de vue de personne concernée et rétablie et donc compléter les réflexions.

Souvent, le fait de rencontrer des jeunes qui ont fait un premier épisode psychotique peut leur redonner de l'espoir et dédramatiser la situation. Cela peut également améliorer leur prise de conscience de leur vulnérabilité ou diminuer l'auto-stigmatisation.

Sans regretter mon parcours, je suis persuadé que l'accompagnement au DIPPE et la rencontre avec un pair-aidant au début de ma psychose m'aurait beaucoup aidé et évité des périodes d'hospitalisations et d'isolement social. C'est donc pour cela que je m'engage dans cette voie qu'est la pair-aidance auprès des jeunes en souffrance psychique. »

Un exemple de suivi à distance par une cellule dédiée : l'exemple de PassPort BP

Le projet PassPort BP, coordonné par la Fondation FondaMental, est l'une des premières expérimentations de l'Article 51 dédiée à la santé mentale. Ce dispositif innovant combine une télésurveillance régulière de patients atteints de troubles bipolaires, appuyée par des outils numériques, et un suivi assuré par des infirmiers spécialement formés. Ces derniers réalisent des bilans réguliers et ajustent le suivi en fonction de l'état clinique des patients, offrant un filet de sécurité essentiel.

L'évaluation a montré des résultats cliniques probants : une amélioration de l'état cognitif et émotionnel des patients, une réduction significative des tentatives de suicide, des hos-

pitalisations psychiatriques et des jours d'arrêt de travail. Sur le plan médico-économique, une baisse des coûts a été observée, principalement grâce à la diminution des hospitalisations. L'outil numérique a également facilité le suivi de l'humeur et renforcé l'adhésion des patients aux soins.

Cependant, des difficultés organisationnelles ont limité l'atteinte des objectifs initiaux, notamment en termes de recrutement de patients et de personnel. Ces contraintes ont conduit à adapter les modalités de suivi, en privilégiant une approche différenciée selon les besoins des patients.

Des discussions sont en cours pour envisager la pérennisation du dispositif, notamment autour de la télésurveillance, afin de poursuivre l'innovation en santé mentale tout en ajustant les enseignements de cette expérimentation pilote.

LA SANTÉ MENTALE AU CŒUR DES PARCOURS

La santé mentale est un état de bien-être, indispensable pour se sentir en bonne santé. Elle va croiser nécessairement toutes les problématiques du champ de la santé, de l'enfance au vieillissement, en passant par les situations de handicap ou de vulnérabilité, avec par exemple les addictions...La prise en compte des besoins en santé mentale des patients chroniques est également essentielle pour les soutenir dans la durée ainsi que leurs proches et améliorer leurs résultats de santé globaux. Enfin de nombreuses pathologies nécessitent des approches complexes et mixtes (somatique et psychique), comme les troubles du comportement alimentaire associés à une obésité complexe.

Ainsi, plus de deux tiers des expérimentations Article 51 comportent un volet « santé mentale » garant d'une prise en charge globale des patients.

Santé mentale et vieillissement



Le vieillissement s'accompagne souvent de troubles, tels que la dépression ou les troubles neurocognitifs majeurs. Les expérimentations comme **PassCog** (Parcours Ambulatoire pour SeniorS atteints de troubles Cognitifs, voir p. 35) et **ICOPE** (Integrated Care for Older People) mettent en avant des modèles de dépistage précoce, en appui du médecin généraliste,

et de suivi des troubles notamment cognitifs liés à l'âge, permettant une meilleure intégration des soins psychiques concomitamment à la prise en charge somatique. **PassCog** implique également les aidants dans le parcours de soins, en les déchargeant et favorisant leur bien-être psychique.

Santé mentale et enfance



Chez les enfants porteurs d'un trouble du neurodéveloppement, l'approche multidimensionnelle doit intégrer la santé mentale pour prendre en compte les syndromes anxieux secondaires et/ou conséquence du trouble (remédiation cognitive notamment).

Les Maisons de l'Enfant et de la Famille (**MEF**) expérimentent des modèles intégrés pour accompagner les enfants et leurs familles, en s'appuyant sur une coordination renforcée entre les acteurs du soin, de l'éducation et du social.

Parentalité et attachement, des atouts pour la santé mentale et le développement



La relation enfants-parents est un facteur crucial dans le développement de la santé mentale chez l'enfant.

Des dispositifs comme **BASE** (Bientraitance, Attachement, Soutien et Éducation) visent à améliorer la prévention en santé mentale dès la période d'accès à la parentalité, en intervenant avant l'apparition de troubles cristallisés chez l'enfant.

Le suivi en santé des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance se met en place difficilement

alors que les besoins en santé mentale et somatique sont pourtant plus importants que dans la population générale. Les expérimentations **Santé protégée** et **Pégase** ont permis, grâce à un forfait annuel de l'assurance maladie, de conférer à une structure du territoire une mission et des moyens dédiés à la coordination du parcours de santé ainsi qu'une enveloppe

financière pour déclencher des accompagnements précocement (psychologie, psychomotricien, ergothérapie) en fonction des besoins repérés.

L'expérimentation **Coaching Parental (CoPa)** consiste à proposer aux parents un accompagnement à domicile dans les jours qui suivent la naissance du bébé sur l'interaction parents-en-

fant et la prévention des problématiques en santé. Cet accompagnement est fait par des auxiliaires de puériculture, qui constitue un réseau de prise en charge autour des parents lorsque la situation psycho-sociale ou clinique le justifie (PMI, psychologues, ...).

Santé mentale et vulnérabilités sociales

Les problématiques sociales, comme l'exclusion ou la précarité, sont des déterminants majeurs de la bonne santé mentale et sont aussi intimement liées à des vulnérabilités psychiques. Elles nécessitent des approches transversales médico-psycho-sociales.

Les expérimentations structures d'exercice coordonné participatives **SECpa** et **PASCIA'MANS** en sont de bons exemples ainsi que les expérimentations **HOME** et **SIIS** présentés en début de chapitre (cf. page 42)

Les SECpa sont des services de soins de premier recours pluriprofessionnelles (centres ou maisons de santé) implantées en quartiers prioritaires de la politique de la Ville ou à proximité. Cette expérimentation lancée en 2021 et validée récemment, propose un exercice de proximité, particulièrement adapté aux publics précaires ou éloignés du soin en intégrant le soin dans la dimension médico-psycho-sociale (démarches d'aller vers, médiation en santé, implication des usagers dans leur parcours de soins). Les SECpa proposent un accompagnement social et un service d'interprétariat mais aussi un soutien psychologique très fort (par

un psychologue intégré à l'équipe pluriprofessionnelle) après repérage des fragilités psychologiques (non-recours aux soins, violences physiques et psychologiques, isolement, ruptures de droits, biais culturels, troubles comportementaux, etc.). Elles permettent l'accès à un accompagnement psychologique sans reste à charge (consultations, thérapies, groupes de parole ou de soutien psychologique...), notamment pour les personnes pour lesquelles le coût des séances était un frein et qui ne positionnaient pas la santé mentale dans leurs priorités. L'ancrage du psychologue au cœur de l'équipe pluridisciplinaire permet d'enrichir la pratique des psychologues et d'infuser une dimension psychologique à la démarche participative en santé de chacun des autres membres de l'équipe.

PASCIA'MANS, portée par la MSP des quartiers sud du Mans, vise à offrir un parcours de santé coordonné et pluridisciplinaire à 350 patients précaires par an, incluant des populations migrantes et vulnérables avec un faible niveau de littératie en santé. Le dispositif repose sur un bilan de santé initial, un plan personnalisé de soins (PPS) et un accompagnement pluriannuel, intégrant consultations médicales, soutien psychologique, actions de prévention et médiation en santé. Une attention particulière est portée à la santé mentale, notamment au

traitement des syndromes post-traumatiques, fréquents chez les patients précaires et tout particulièrement les migrants. Des approches adaptées, comme la médiation par la parole ou les thérapies psychocorporelles, permettent de répondre aux souffrances psychiques profondes et d'améliorer la résilience des patients. L'intégration de psychologues et la concertation en équipe pluridisciplinaire facilite cette prise en charge personnalisée et globale : à la fois somatique et psychique.

Santé mentale et addictions

Fortement liées à la question de la vulnérabilité sociale, mais aussi à la fragilité psychique, les addictions, qu'elles soient avec ou sans substance, nécessitent une coordination étroite entre les équipes en santé mentale et psychiatrie, les spécialistes des addictions et les acteurs du domaine social.

Des expérimentations comme **Equip'Addict** ou **ARGOS 2** intègrent des psychiatres, des addictologues et des médiateurs pour offrir une prise en charge globale des patients.

Santé mentale et obésité



L'obésité est fréquemment associée à des troubles psychiques, tels que l'anxiété ou la dépression. Elle peut affecter la santé mentale du patient, notamment en raison de la stigmatisation dont elle fait l'objet. Elle peut engendrer une mauvaise image corporelle, générer un phénomène d'isolement social, engendrer des troubles de l'estime de soi et de manière générale affecter son bien-être psychologique.

Les dispositifs expérimentaux mettent en évidence la nécessité d'une approche pluridisciplinaire, combinant soins somatiques, psychologiques et accompagnement diététique.

Par ailleurs, les troubles psychiques peuvent favoriser l'obésité. Les situations de dépression, d'anxiété, de troubles de l'humeur, les traumatismes, les conduites addictives ou troubles

des conduites alimentaires (TCA) influencent les comportements alimentaires, l'activité physique et le sommeil. L'ensemble des expérimentations intègrent donc une composante santé mentale pour prendre en compte tous les déterminants de l'obésité et ses complications éventuelles.

Huit propositions pour la santé mentale

1 Apporter un soutien puissant aux médecins généralistes pour mieux répondre aux besoins des patients, en développant l'approche des soins collaboratifs.

2 Repenser et clarifier l'intégration des ressources de ville et des ressources sectorisées, sans remettre en cause l'existence du secteur, notamment la place des CMP en rapport avec le premier recours de ville

- Améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé mentale délivrés en ville pour combattre les inégalités sociales de santé
- Renforcer la capacité de réponse des CMP en clarifiant les publics prioritaires pour l'accès à ces ressources.

3 Déployer avec une ambition renforcée les alternatives à l'hospitalisation « dans les murs », en particulier à l'hospitalisation de longue durée, en fixant des objectifs transparents et mesurables de transformation de l'offre.

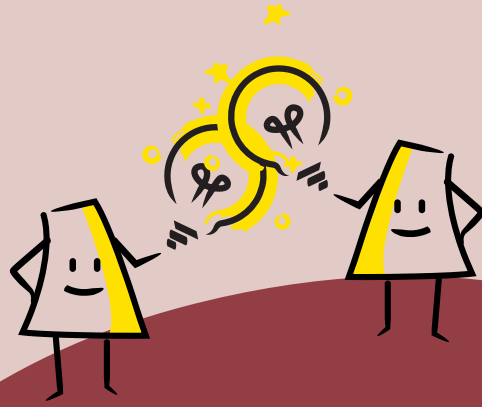
4 Dédier et protéger les ressources consacrées au repérage et à la prise en charge précoces des troubles psychiques potentiellement très invalidants.

5 Intégrer un volet « santé mentale » dans toutes les prises en charge de personnes vivant avec une pathologie chronique invalidante, une perte d'autonomie ou un handicap (soutien).

6 S'appuyer de façon croissante sur de nouvelles ressources pour assurer l'accompagnement des personnes telles que les pair-aidants, les « case managers », les médiateurs en santé.

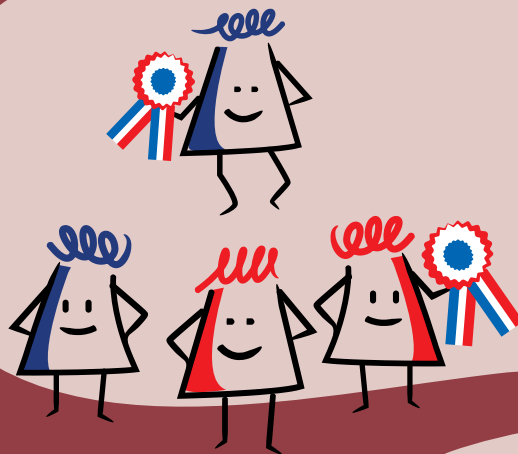
7 Développer l'accompagnement de l'entourage des personnes concernées : consultations de soutien et de guidance, transfert de compétences et de savoirs, ressources de répit.

8 Mieux accompagner les enjeux de prévention et de promotion dans les dispositifs soutenus.



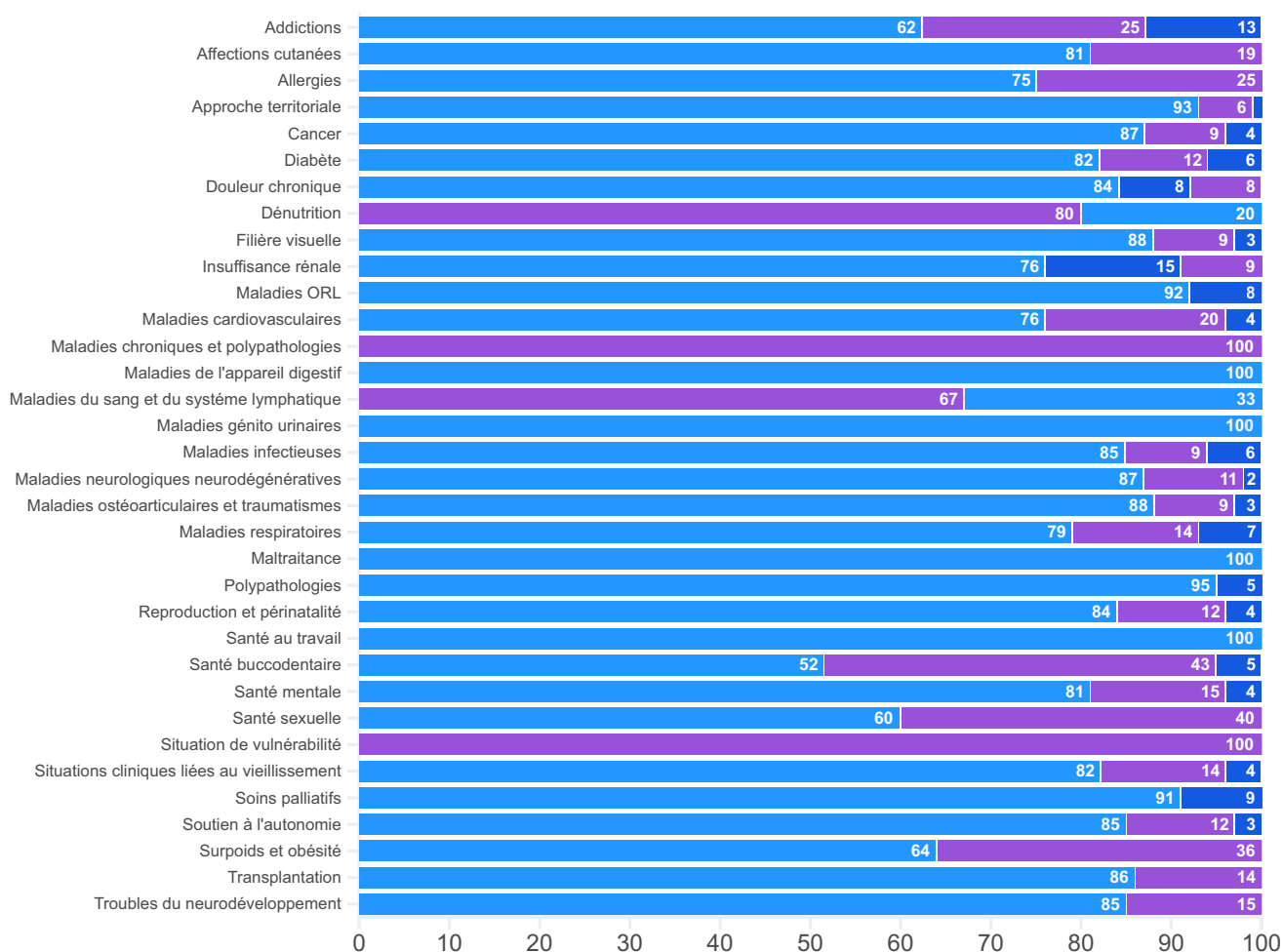
4

LES PROJETS NON RETENUS



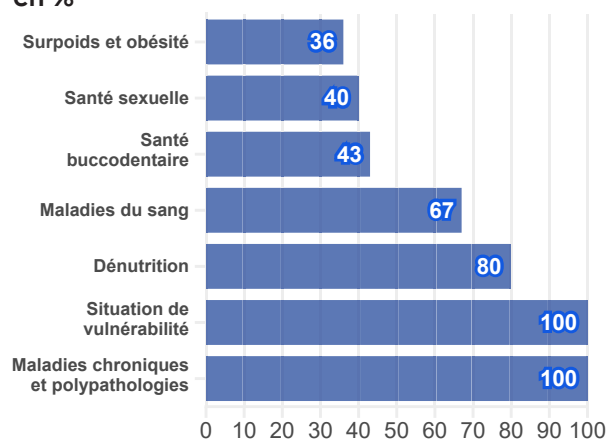
Après six années d'activités, il est intéressant de faire un bilan sur les projets qui n'ont pas été retenus dans le cadre du dispositif Article 51 pour apprécier les thématiques ou sujets laissés-pour-compte.

■ Instructions ■ Rejet-Abandon ■ Autorisé

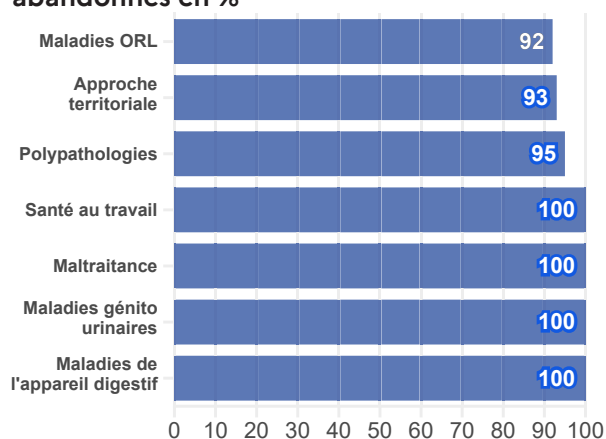


Comme pour tout sujet d'innovation, l'attrition dans le dispositif Article 51 est importante. En effet, 83% des dossiers déposés sont rejetés ou font l'objet d'abandon du porteur en cours d'instruction.

Top 7 des thématiques de projets autorisés en %



Top 7 des thématiques de projets refusés ou abandonnés en %



Sur les 35 situations ou pathologies recensées dans les projets déposés, les maladies ORL, les maladies génito-urinaires, les maladies de l'appareil digestif, la santé au travail, et la maltraitance n'ont pas fait l'objet de parcours et prises en charge expérimentaux en cours ou terminés. Celles qui ont le plus fort taux d'autorisation, correspondent le plus souvent à une priorité des pouvoirs publics au moment de leurs autorisations. C'est par exemple le cas de l'obésité dont la feuille de route en cours d'élaboration est fortement inspirée des expérimentations article 51 (13 expérimentations cf. page 17 du rapport et page 19 du rapport au parlement 2024). Pour autant, des pathologies comme le diabète, l'insuffisance rénale sont peu représentées. Il faut cependant rester prudent dans l'analyse car la classification des projets ne repose pas sur une terminologie univoque conduisant ainsi à des choix de classification qui peuvent conduire à occulter des caractéristiques des projets présentés. Par exemple, Mam'enforme est une expérimentation classée dans la catégorie « surpoids et obésité » mais elle concerne un parcours spécifique des femmes enceintes en situation de surpoids ou d'obésité. Elle aurait donc pu être classée dans la catégorie « reproduction et périnatalité ».

5

LES ANNEXES

ANNEXE 1 **Les équipes**

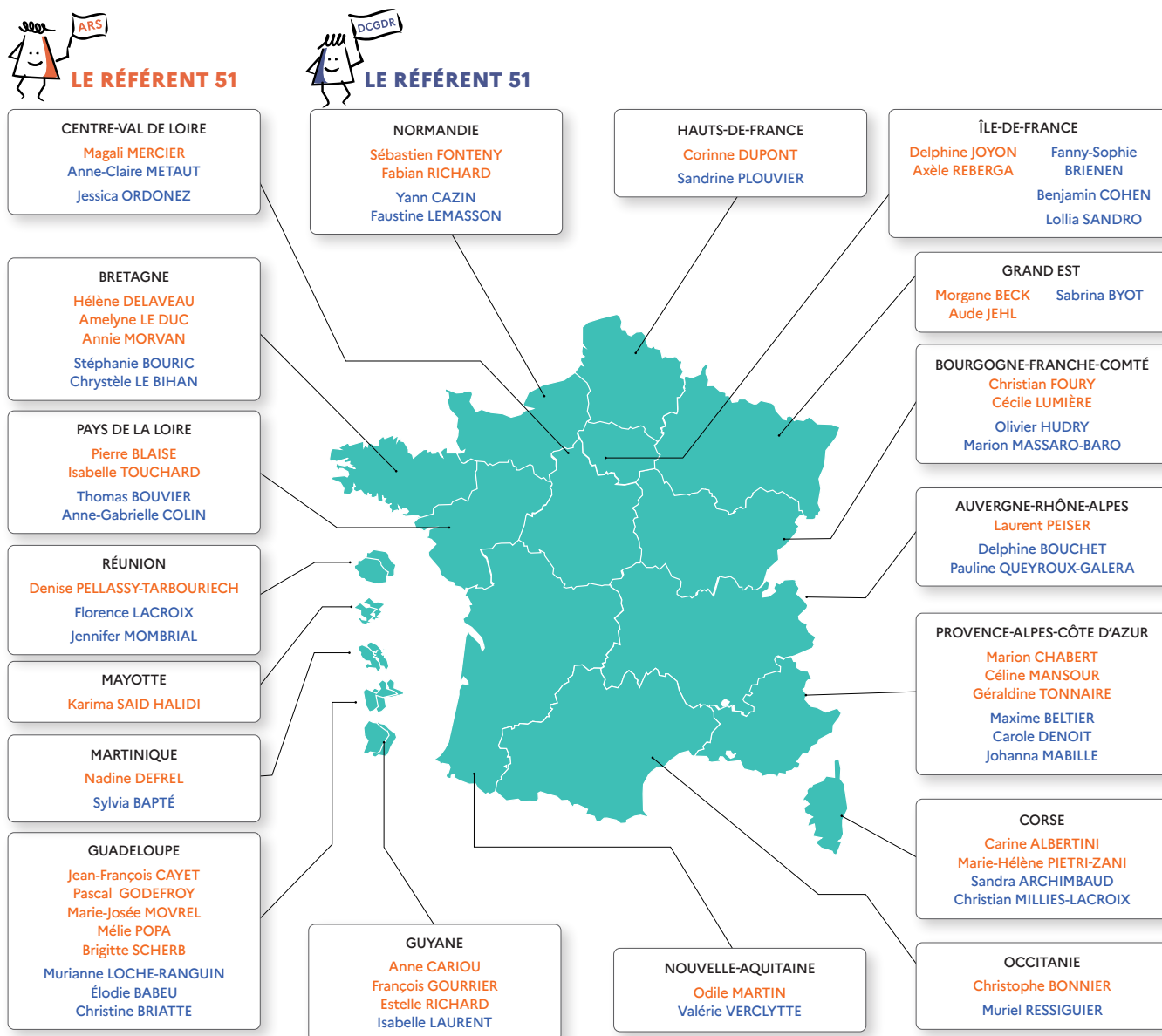
ANNEXE 2 **Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles**

ANNEXE 3 **Les données d'activités**

- 3.1. L'engagement financier
- 3.2. La répartition des expérimentations
- 3.3. Le devenir des projets
- 3.4. La prévention
- 3.5. Outils numériques, produits de santé et télésanté

ANNEXE 4 **Les abréviations**

Annexe 1 Les équipes au 31 décembre 2024



L'ÉQUIPE NATIONALE

ÉQUIPE NATIONALE DÉDIÉE

Romain Barres
 Zinna Bessa
 Camille de Combarieu
 Annie Fouard
 Julie Gaillot
 Cécile Lambert
 Jean Malibert
 Claire Oget-Gendre
 Gabrielle Peyre-Lanquar
 Fattoum Smadhi

CNAM

Sandrine Augui
 David Benhammou
 Pierre Bergman
 Ève Blondel
 Bertran Carlier
 Martin Courault
 Ève Isenmann
 Joannie Ramanantsoa
 Victoria Redouly
 Yohan Wloczysiak

Accélérateur 51

Stéphane Arouete

CELEVAL

Anne-Sophie Aguadé (Cnam)
 Frédéric Bousquet (Cnam)
 Diane Desprat (Cnam)
 Adrien Dozol (Cnam)
 Stéphanie Pierret (Drees)
 Pauline Vidal (Drees)

avec un soutien des Cpm

(Gard, Ile et Vilaine,
 Loire Atlantique et Somme)
 de 3,1 ETP

avec un soutien de l'ARS HDF

de 0,2 ETP

Annexe 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles

Les expérimentations s'inscrivent majoritairement dans les priorités nationales portées par les différentes stratégies nationales, feuilles de route et plans nationaux. Les unes et les autres visent l'amélioration de l'accès aux soins, du repérage, de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes fragiles, des conditions de vie, de l'inclusion sociale, de la citoyenneté des personnes ayant un trouble psychique, de la prévention et également de la pertinence et de la qualité des soins.

Les expérimentations, qu'elles soient en cours, terminées ou devenues innovations (période transitoire/sas), ont été cartographiées en fonction des différentes priorités et des stratégies, feuilles de route ou plans nationaux.

 **Expérimentation à l'initiative d'acteurs**

 **Innovation à l'initiative des acteurs en période transitoire/sas**

 **Expérimentation à l'initiative des acteurs terminée**

 **Expérimentation d'initiative ministérielle**

 **Innovation d'initiative ministérielle en période transitoire/sas**

 **Expérimentation d'initiative ministérielle terminée**

 **Pour en savoir plus, voir site du 51**

Feuille de route « Pédiatrie et santé de l'enfant 2024-2030 »

L'expérimentation Copa propose un accompagnement post-natal réalisé par des auxiliaires de puériculture, complémentaire et coordonné avec les dispositifs existants. Cette expérimentation permet à cette profession hospitalière de se rendre au domicile des patientes après leur accouchement afin de les accompagner dans la parentalité, en complément du suivi clinique dont elles bénéficient.

L'expérimentation RéPAP 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 3 mois de l'enfant, en complémentarité et en coordination avec les dispositifs et professionnels existants (ville/hôpital/PMI).

 **Base**
 **Cocon NA**

 **Cocon OCC**
 **Cocon PACA**
 **Copa**

 **Mam'en'forme**
 **RéPAP**

Stratégie nationale autisme et troubles du neuro-développement 2023-2027

L'innovation Parcours de santé TSLA Occitanie porte sur la mise en place d'un dispositif destiné aux enfants de 6 à 15 ans présentant des troubles spécifiques du langage et des apprentissages et à leur famille. Elle permet de nourrir le travail d'extension aux 6-12 ans des plateformes annoncé par le président de la République lors de la Conférence nationale du handicap le 11 février 2020.

 **Cocon NA**  **Cocon OCC**  **Cocon PACA**  **TSLA**

Annexe 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles

Plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2024-2027

Les expérimentations Pegase et Enfance protégée ont pour objet de renforcer et structurer le suivi de santé physique et psychologique des jeunes enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance (ASE).

 Santé protégée

 PÉGASE

Programme national nutrition santé 2019-2023 : une approche globale de l'obésité

Les expérimentations obésité (10) proposent une prise en charge pluridisciplinaire et personnalisée ainsi qu'un suivi à moyen/long termes, incluant la coordination de soins (ville/hôpital ou en ville) et des prestations non remboursables (soins de support i.e. diététique, prise en charge par un psychologue, activité physique adaptée principalement).

Emno articule par exemple une prise en charge pluridisciplinaire et personnalisée nutrition santé associée à un accompagnement pédagogique dématérialisé.

 Baria'Up

 Emno

 GPSO

 Mamen'forme

 Obepar

 Obepedia

 Paco

 Pralimap

 Proxob

 Timéo

 Topase

 Paco 2

ZOOM sur

As du cœur

Ou favoriser la pratique d'une activité physique (AP) autonome, régulière et durable chez des patients sortant de la phase de réadaptation cardiovasculaire. L'expérimentation propose un programme d'APA « passerelle » de 5 mois, mis en œuvre en lien avec le médecin traitant. Ce programme est complété par des ateliers d'éducation thérapeutique. Il permet la pérennisation d'une pratique d'APA régulière par le patient après sa prise en charge ainsi que le maillage des territoires d'expérimentation par une offre APA de proximité à visée thérapeutique et de qualité.

Stratégie Sport Santé 2019-2024

Les expérimentations répondent aux deux objectifs du deuxième axe de la stratégie Sport et Santé, « Développer l'offre et le recours à l'activité physique adaptée à des fins d'appui thérapeutique ». Elles proposent une offre et un cadre adaptés pour une activité physique à visée thérapeutique par la mise en place de parcours intégrant l'activité physique adaptée pour des maladies chroniques.

 APA connectée cancer

 As du cœur

 Cami Sport et cancer

 Eva Corse

 Inspir'Action

 Occitan'air

 Read'hy

 RRTeledom

 Structures libérales légères

 Walk Hop

Annexe 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles

Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027

À l'origine d'Equip'Addict : à partir d'une expérience en Grand-Est, cinq ARS (Bourgogne-Franche-Comté, Occitanie, Haut-de-France, Grand-Est et Île-de-France) ont élaboré ensemble, en étroite collaboration avec les acteurs territoriaux parties prenantes, un cahier des charges commun pour expérimenter un nouveau modèle d'organisation et de financement visant à promouvoir, pour les patients présentant des parcours complexes liés aux addictions, une organisation souple, autour du médecin traitant, permettant une prise en charge pluriprofessionnelle (psychologues et travailleurs sociaux), médico-psychosociale, coordonnée au sein d'un cabinet médical, d'un centre ou d'une maison de santé. Argos 2 se concentre, quant à lui, en proximité d'un lieu de consommation de drogue (halte soins addictions), sur l'amélioration des parcours de soins des usagers de drogue sans domicile fixe. L'enjeu est d'améliorer l'accès aux soins en addictologie en ville.

 Argos 2
 Equip'Addict BFC

 Equip'Addict GE
 Equip'Addict HDF

 Equip'Addict IDF
 Equip'Addict OCC

Programme de lutte contre le tabac 2023-2027

Equip'Addict, en phase de transition depuis le 1^{er} janvier 2024, prend en charge et accompagne au sein du cabinet médical les patients en situation d'addiction(s) avec ou sans substance. 68,3 % des professionnels des microstructures médicales addictions (MSMA) Equip'Addict accompagnent des patients avec une addiction au tabac. Dans la plupart des régions expérimentatrices, le tabac arrive en deuxième position principalement dans le cadre de poly-consommations.

 Equip'Addict BFC
 Equip'Addict GE

 Equip'Addict HDF
 Equip'Addict IDF

 Equip'Addict OCC

Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » : le lien premier recours/second recours

Les expérimentations organisent un repérage précoce des troubles psychiques, notamment chez les jeunes (« aller vers ») et proposent un accompagnement intensif des patients en lien étroit avec les professionnels des soins primaires.

 DIPPE
 DSPP adultes
 DSPP enfants
 Home
 MBCT

 Microstructures post-Covid-19
 Passport bipolaire
 Sesame
 SPAdepress
 SIIS

Annexe 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles

Conférence nationale du handicap 2023-2026

Les expérimentations dans le champ du handicap améliorent l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Certaines sont centrées sur le domaine bucco-dentaire. Handiconsult'34 teste un modèle économique pour des consultations dédiées pour différentes spécialités.

EqLAAT met en place un accompagnement des personnes au choix et à la prise en main des aides techniques avec une évaluation par des équipes spécialisées de proximité. Enfin, l'expérimentation AFM Téléthon teste un modèle d'accompagnement de la personne dans son parcours de santé avec la mise en place d'un référent parcours.

- | | |
|--|---|
|  AFM téléthon |  Handiconsult'34 |
|  AUTO-NOM |  Hand'Innov |
|  EqLAAT |  Ildys/buccodentaire |
|  Facilisoins |  TEAM&CO |

ZOOM sur

ADMR

Permettre le maintien au domicile de la personne âgée (GIR 4 à 6) grâce à une organisation innovante des services à domicile permettant de repérer les situations de dégradation et de déclencher les réponses adaptées en lien avec les acteurs du territoire et la famille du bénéficiaire. Le déclenchement de l'alerte repose sur une application numérique utilisée par l'aide au domicile pour mesurer à chaque passage l'état de la personne.

Stratégie « bien vieillir » 2024-2030

Les expérimentations et innovation portent sur la prise en charge de la personne âgée sur son lieu de vie. Certaines visent ainsi l'accès aux soins des résidents en Ehpad (soins buccodentaires, soins de spécialité et bilan partagé de médication), d'autres la prise en charge et le maintien à domicile (repérage de la fragilité, services renforcés, hébergement de transition, prise en charge médicamenteuse du patient, suivi de proximité coordonné médecin traitant/infirmier).

- | | |
|---|---|
|  ADMR |  Optimed |
|  Buccodentaire |  Passcog |
|  GHT- Cher |  PEPS PA |
|  DNUT PDL |  Psyncog |
|  DRAD |  Remidom |
|  CBDM |  RSMO |
|  Iatroprev |  SBDM |
|  ICOPE |  Toktokdoc |
|  Ildys |  UFSBD |
|  Lena |  Vigie Age |
|  Nutri'Age |  UNA |
|  Octave | |

Annexe 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles

Séjour de la santé, mesure 27 : Lutter contre les inégalités en santé

L'objectif de ces expérimentations est de structurer et d'améliorer le parcours de santé des populations précaires dont les migrants. Elles mobilisent les compétences de professionnels de premier recours (médecins généralistes) et des professionnels hors secteur sanitaire (médiateurs en santé, interprètes), tout en accompagnant le patient vers l'autonomie en tant que soigné et en tant qu'usager.

-  Argos 2
-  Centres de santé sexuelle d'approche communautaire
-  Consultations santé migrants
-  Equip'Addict (BFC, GE, HDF, IDF, OCC)
-  Microstructures post-Covid-19
-  Pascia'mans
-  Sec Participatives
-  Antenne Pharma (Corse)
-  Antenne Pharmacie de Tende
-  Unités mobiles de télémédecine (UMT)

Stratégie nationale de la santé sexuelle 2017-2030

Mesure phare du dernier Plan priorité prévention, l'expérimentation **Centres de santé sexuelle d'approche Communautaire**, pilotée par la DGS, a pour objectif de faciliter les dépistages et d'accompagner la mise en place d'un traitement pour le VIH, les hépatites virales et les IST afin de diminuer significativement l'incidence de la transmission, dans les territoires les plus concernés par l'épidémie. Il s'agissait d'ouvrir quatre centres de santé sexuelle ouverts à tout public dans des régions prioritaires pour apporter une réponse globale aux besoins de santé et une offre de « test and treat », par une approche communautaire spécifique vers des populations cibles (hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), personnes transgenres, travailleurs du sexe...)

-  Centres de santé sexuelle d'approche communautaire

Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030

Les expérimentations permettent la prise en charge et le suivi, à distance, des patients en lien avec les équipes hospitalières ayant initié les traitements. La poursuite de l'accompagnement des patients à leur domicile en lien notamment avec le développement des thérapies orales et de l'activité physique adaptée visent à améliorer la qualité de vie du patient tout en garantissant l'effectivité et la sécurité des traitements.

-  Ako@dom/Picto
-  APA connectée cancer
-  Cami Sport et cancer
-  EDS colectomie
-  Immunothérapie à domicile CLB
-  LIVHOU
-  Metis Connect
-  Thérapies orales / Oncolink

Annexe 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles

Stratégie décennale des soins d'accompagnement

Équilibres a pour ambition de libérer du temps de soins de l'équipe d'infirmiers libéraux pour une approche globale centrée sur le besoin des patients en privilégiant la relation humaine et de favoriser l'autonomisation du patient grâce à un paiement au temps passé.

Le parcours de soins coordonné des patients insuffisants rénaux chroniques orientés vers un traitement conservateur vise à la mise en place pour des patients en IRCT (stade 5) pour lesquels un traitement par dialyse n'est pas retenu, les ressources nécessaires à la dispensation coordonnée de traitements conservateurs afin d'améliorer leur qualité de vie sans altérer leur espérance de vie.

 Équilibres

 Parcours soins conservateurs IRC

Feuille de route du numérique en santé 2023-2027

La télésanté trouve naturellement sa place dans les expérimentations 51 en ce qu'elle permet la mise en place d'organisations nouvelles et innovantes permettant des collaborations et un suivi facilité. Les expérimentations proposent de nouveaux modes de prises en charge et permettent de tester leur propre modèle économique. Elles couvrent différents champs comme les maladies chroniques (plaies complexes, insuffisance cardiaque, greffe hépatique, diabète...), l'accès aux soins des résidents en Ehpad ou encore la maternité (diabète gestationnel).

TÉLÉSURVEILLANCE

-  Ako@dom/Picto
-  Cardio+
-  Cecics
-  DIAB-eCARE
-  Metis Connect
-  Optimcare
-  Passport bipolaire
-  Read'hy
-  Thérapies orales/
Oncolink
-  TLS diabète gesta¹
-  TLS diabète gesta¹
-  (BRE) - Candiss
-  UFSBD
-  Walk Hop

TÉLÉEXPERTISE

-  Buccodentaire Cher
-  Cardio+
-  Domoplaies
-  Gecoplaies
-  Ildys
-  SBDM

TÉLÉSOIN

-  Walk Hop

1. expérimentation transposée

Annexe 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles

Séjour de la santé, mesure II :

Accélérer la réduction de la part de T2A

PAIEMENT À LA 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

PAIEMENT AU SUIVI

Plusieurs expérimentations testent une rémunération au suivi, c'est-à-dire un montant forfaitaire octroyé par patient pour une prise en charge de santé globale (suivi, prévention, dépistage, soins, etc.) indépendamment du volume de soins prodigués sur la période de temps définie, dans un environnement donné (défini par un type de population, un type de territoire, des types d'actes etc.), sur une période de temps définie (annuelle/trimestrielle/mensuelle), souvent en fonction du type de patient (ajustement au risque).

 ADMR
 AFM téléthon
 DRAD

 IPSO santé
 Pegase
 PEPS

 PEPS2 CDS
 PEPS2 MSP
 Primordial

 Toktokdoc

Séjour de la santé, mesure 15 : Renforcer la qualité et la pertinence des soins, avec le développement d'une rémunération des médecins spécialistes sur la qualité de leurs pratiques

PAIEMENT QUALITÉ ET PERFORMANCE

 Baria'Up
 Biosimilaires
 Cardio +
 EDS
 EVA Corse
 IF-PBM
 IPEP
 Liste en sus
 Medisis
 Octave
 Optimed
 Passport Bipolaire
 PEPS
 PEPS2 CDS
 PEPS2 MSP
 Primordial
 Toktokdoc

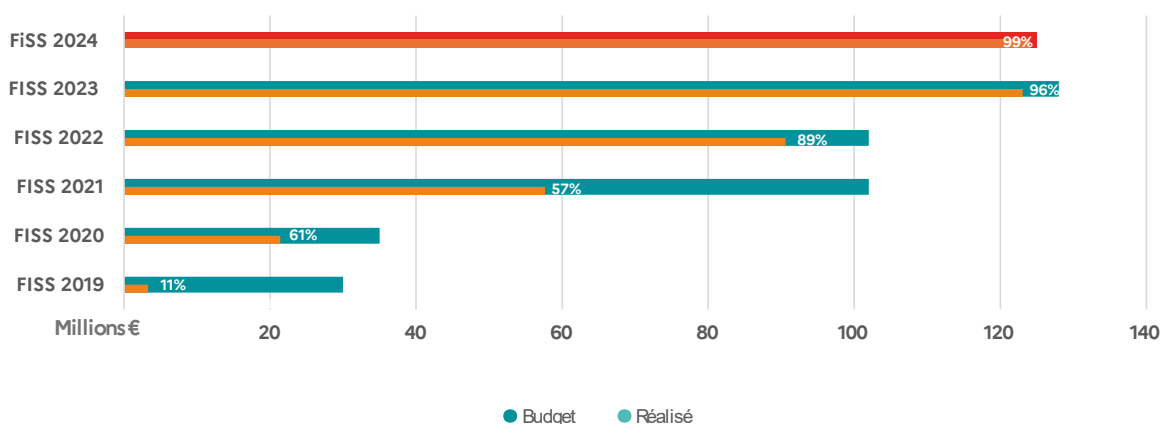
INCITATION FINANCIÈRE À LA PERTINENCE DES SOINS

 Biosimilaires
 Cataracte
 Iatroprev
 Liste en sus
 Medisis
 Octave
 Optimed

Annexe 3 les données d'activité

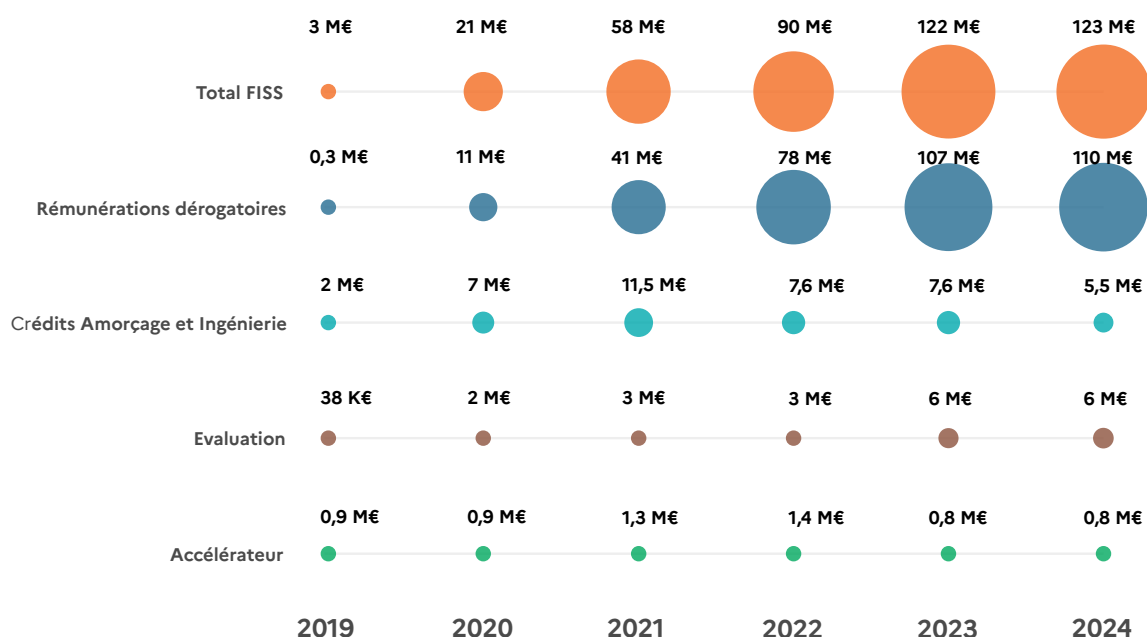
Annexe 3.1 L'engagement financier

La baisse du nombre d'expérimentations en cours de déploiement en 2023 et 2024 est compensée par les mobilisations de période transitoire qui restent financées par le FISS, celles-ci intervenant sur des expérimentations souvent conséquentes. En 2024, l'autorisation budgétaire initiale a été portée à 125 M€ et a été intégralement consommée, témoignant de la dynamisme persistante du dispositif.



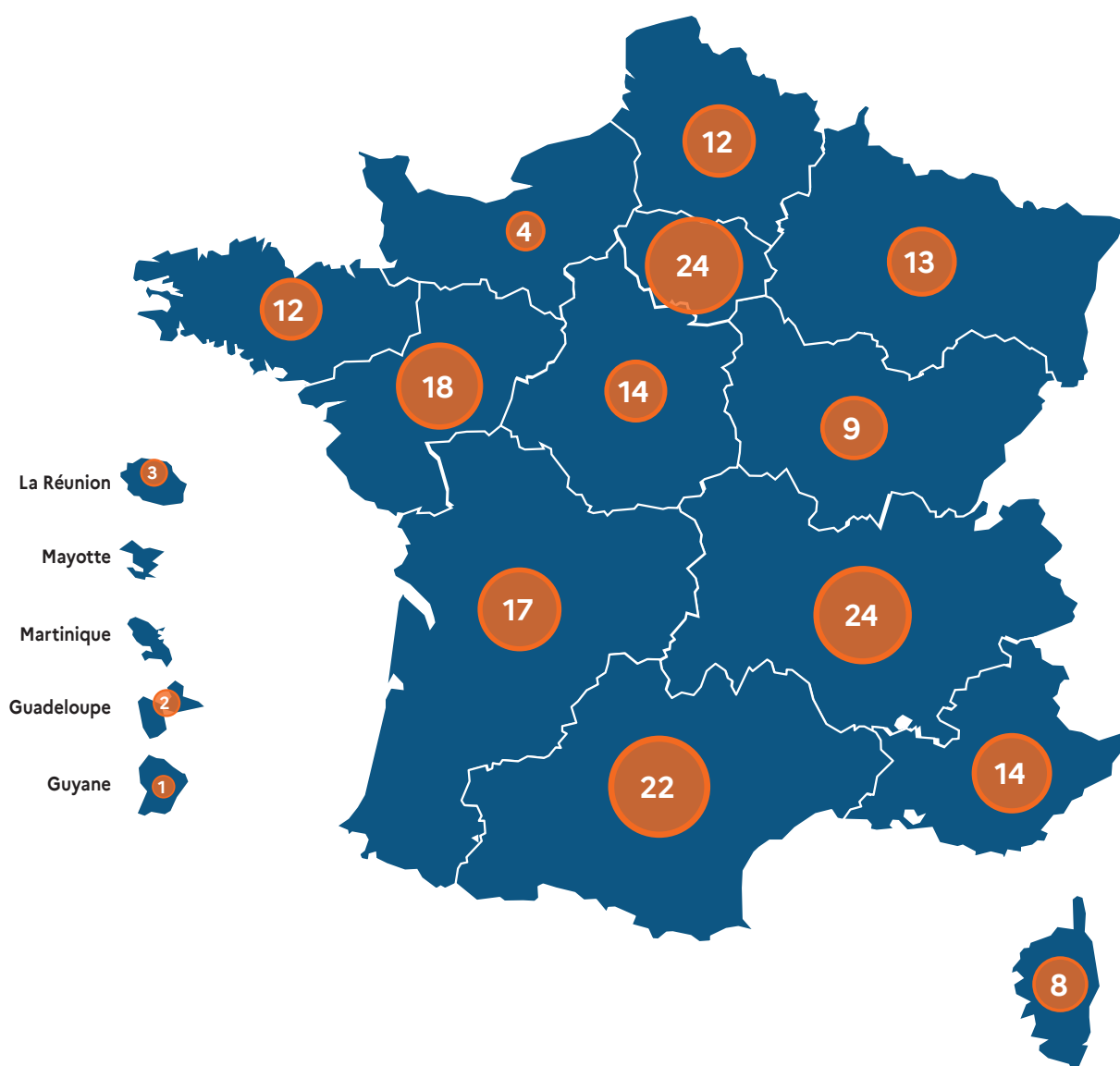
Les rémunérations dérogatoires constituent la quasi-totalité du financement (87% en 2023 et 2024) et bénéficient directement à la prise en charge des bénéficiaires des expérimentations.

ÉVOLUTION DES POSTES DE FINANCEMENT FISS (DÉPENSES EXÉCUTÉES)



Annexe 3 les données d'activité

Annexe 3.2 La répartition des 158 expérimentations autorisées



Annexe 3 Les données d'activités

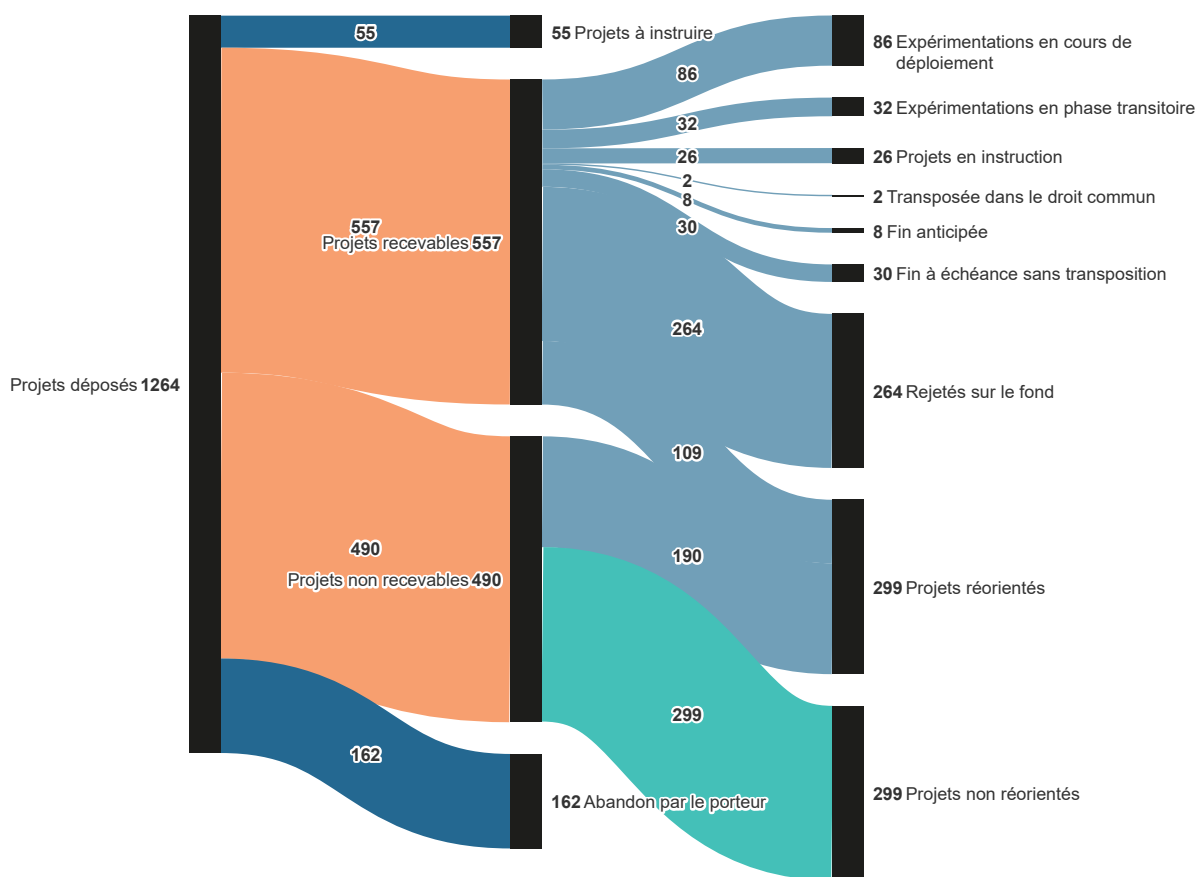
Annexe 3.3 Le devenir des projets

Pour cette fin de septième année d'existence du dispositif 51, le nombre de projets déposés sur les plateformes régionales et nationale de l'Article 51 a dépassé les 1260 dont 44% étaient recevables.

On constate un accroissement important du nombre d'expérimentations arrivant à

terme, incluant notamment une forte augmentation de périodes transitoires actives. Le nombre de projets en instruction reste stable, traduisant le résultat des mesures prises afin de réduire les délais d'instruction.

ÉTAT DE L'INSTRUCTION POUR LES 1 264 PROJETS DÉPOSÉS AU 31 DÉCEMBRE 2024

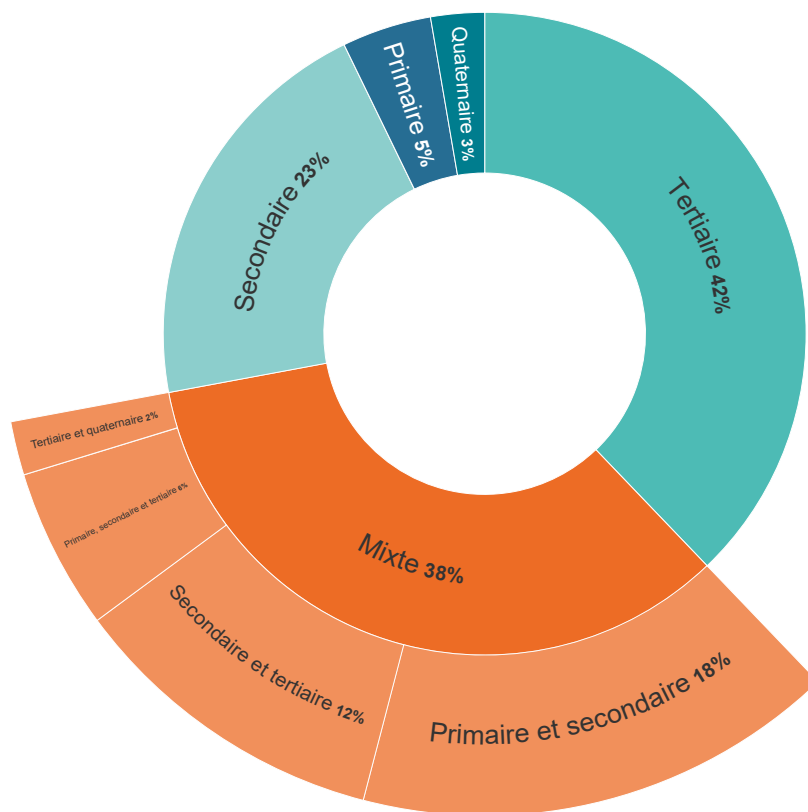


Annexe 3 Les données d'activités

Annexe 3.4 La prévention

La prévention tertiaire, qui intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie, reste prépondérante à hauteur de 38% des expérimentations autorisées intégrant une approche de prévention.

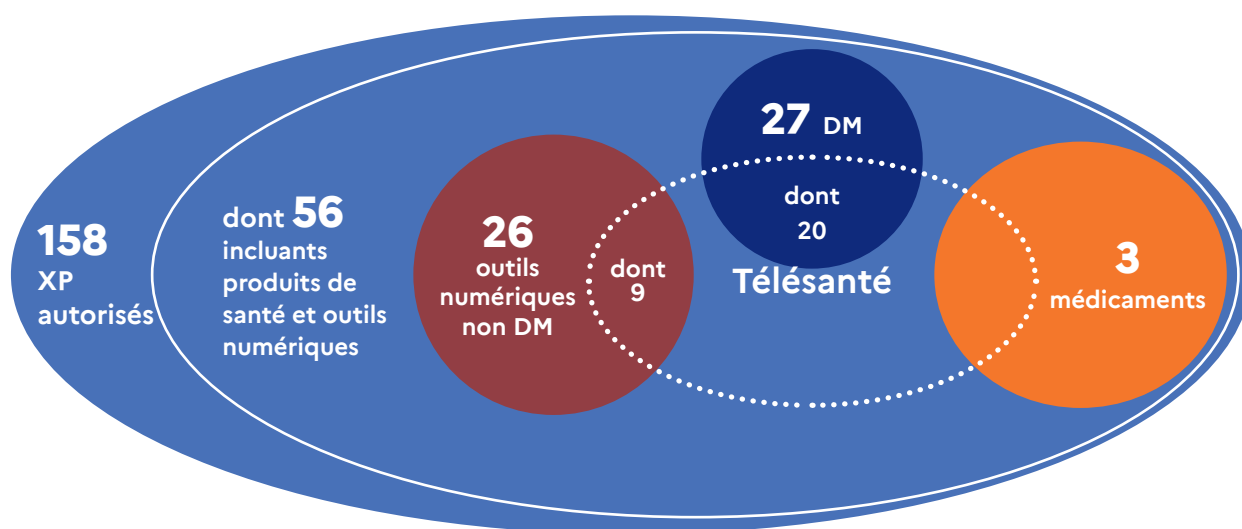
La prévention primaire et la prévention quaternaire correspondent à l'ensemble des activités de santé pour atténuer ou éviter les conséquences de l'intervention inutile ou excessive du système de santé. Elles restent minoritaires à hauteur respectivement de 5% et 4%.



Annexe 3 Les données d'activités

Annexe 3.5 Outils numériques, produits de santé et télésanté – Pour les 158 expérimentations ayant fait l'objet d'une autorisation

Un peu plus d'une expérimentation autorisée sur 3 embarque un produit de santé ou un outil numérique non DM. La place des produits de santé reste stable dans les projets autorisés avec une peu plus d'une expérimentation sur 5 concernée.



Annexe 4 Liste des abréviations

ADN : Acide désoxyribonucléique

APA : Activité physique adaptée

ARA : Auvergne Rhône Alpes

ARS : Agence(s) Régionale(s) de Santé

ASE : Aide sociale à l'enfance

AVC : Accident vasculaire cérébral

AVK : Anti-vitamines K

A51 : Article 51

BASE : Bientraitance, attachement, soutien et éducation

BFC : Bourgogne-Franche-Comté

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

BREF : Programme de psychoéducation pour les familles

BRE : Bretagne

CARRUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CCPA : Consultations complexes pluridisciplinaires ambulatoires

CDS : Centre de santé

CETD : Centre d'évaluation et de traitement de la douleur

CHU : Centre hospitalier universitaire

CLB : Centre Léon Bérard

CMP : Centre médico-psychologique

CMSMH : Coordination marseillaise santé mentale et habitat

CNAM : Caisse nationale d'Assurance maladie

CoPa : Coaching parental

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CRT : Centre de ressources territorial

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSIS : Conseil stratégique de l'innovation en santé

CSP : Code de la santé publique

DCGDR : Direction(s) de la coordination de la gestion du risque

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction générale de la santé

DIPPE : Dispositif de détection et d'intervention précoce pour les psychoses émergentes

DIVA : Dijon Vascular Project

DM : Dispositif médical

DRAD : Dispositif(s) renforcé(s) de soutien au domicile

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSPP : Dispositif de soins partagés en psychiatrie adultes

DSPPea : Dispositif de soins partagés en psychiatrie enfants et adolescents

DU : Diplôme universitaire

EDS : Épisode(s) de soins

EHPAD : Établissement(s) d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMNO : Amélioration de la santé d'un patient souffrant d'obésité

EN : Équipe nationale

EQLAAT : Équipe(s) locale(s) d'accompagnement sur les aides techniques

ESMS : Établissements et services médico-sociaux

ESS : Équipe de soins spécialisées

ETP : Éducation thérapeutique du patient

FIOP : Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FISS : Fond pour l'Innovation du Système de Santé

FRU : Forfait réorientation des urgences

Annexe 4 Liste des abréviations

GCS : Groupement de coopération sanitaire

GE : Grand Est

GIR : Groupe iso-ressources

HAS : Haute autorité de santé

HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HDF : Hauts-de-France

HOME : Habitat communautaire soutenu

HSA : Halte soins addictions

HSB : Homme ayant des relations sexuelles avec un homme

ICOPE : Integrated Care for Older PEople

IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'État

IDEC : Infirmier(e) diplômé(e) d'État de coordination

IDEL : Infirmière diplômée d'État libérale

IDF : Île-de-France

IMC : Indice de masse corporelle

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IPA : Infirmière en pratique avancée

IPEP : Incitation(s) à une prise en charge partagée

IRC : Insuffisance rénale chronique

IRCT : Insuffisance rénale chronique terminale

IST : infection sexuellement transmissible

JN : Journée nationale

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

M : million

MEF : Maison de l'enfant et de la famille

MS : Microstructure

MSMA : Microstructure médicale addictions

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

MRTC : Mission retrouve ton cap

NA : Nouvelle-Aquitaine

OCC : Occitanie

PA : Personne âgée

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORL : Otorhinolaryngologie

PassCog : Parcours ambulatoire pour séniors avec troubles cognitifs

PCR : Parcours coordonné renforcé

PEGASE : Programme d'expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 ans d'une mesure de protection de l'enfance

PEPS : Paiement(s) en équipe des professionnels de santé

PH : Personnes en situation de handicap

PPS : Plan personnalisé de soins

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

RSMO : Réseau de santé le Mans Ouest

SI : Système d'information

SIIS : Suivi intensif pour l'inclusion sociale

SLL : Structures libérales légères

SMR : Soins médicaux et de réadaptation

SNDS : Système national des données de santé

SPDA : Service public départemental de l'autonomie

T2A : Tarification à l'activité

TCA : Trouble des conduites alimentaires

TCCL : Traumatisme crânio-cérébral léger

TSLA : Troubles spécifiques du langage et des apprentissages

UMT : Unité mobile de télémedecine

UNPS : Union nationale des professionnels de santé

URPS : Union régionale des professionnel·les de santé

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

XP : Expérimentation

