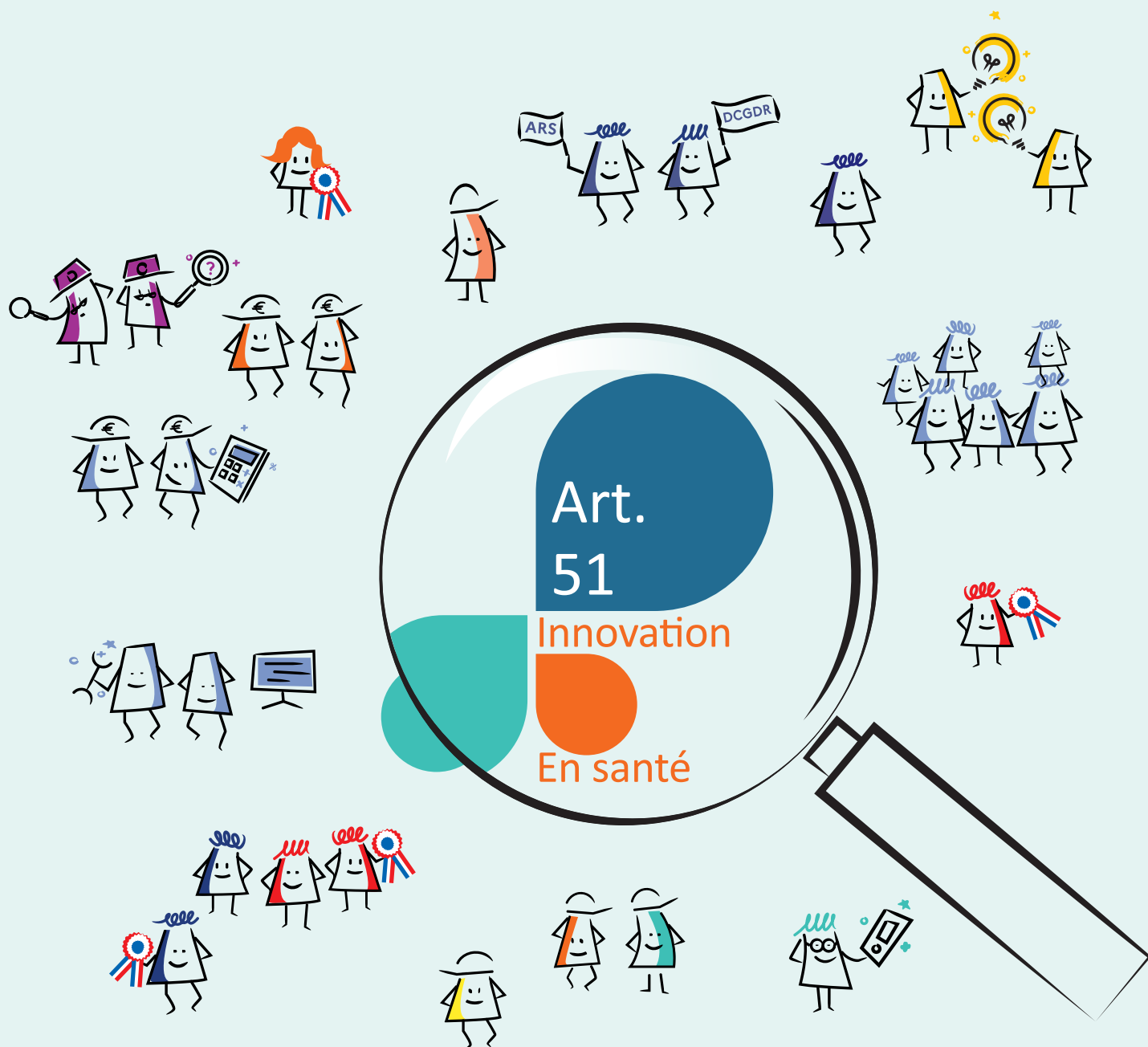




MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Liberté
Égalité
Fraternité

RAPPORT AU PARLEMENT 2026 SUR LES EXPÉRIMENTATIONS INNOVANTES EN SANTÉ



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



Stéphanie RIST

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

L'innovation en santé n'a de valeur que lorsqu'elle améliore concrètement la vie de nos concitoyens. Lorsqu'elle facilite l'accès aux soins, renforce la prévention, simplifie les parcours, soutient les professionnels, réduit les inégalités territoriales et sociales de santé et contribue à la soutenabilité des dépenses de santé. Depuis sa création, l'« Article 51 » poursuit précisément cette ambition : offrir un espace d'expérimentation à celles et ceux qui, sur le terrain, imaginent de nouvelles réponses aux besoins de la population. Cette capacité à partir de l'expérience des patients, des professionnels et des territoires constitue l'une des grandes forces du dispositif.

Le rapport 2026 témoigne de la richesse de cette dynamique. Plus d'une centaine d'expérimentations sont aujourd'hui achevées et 39 modèles probants sont désormais transposés en droit commun ou en passe de l'être. Ces résultats traduisent la maturité croissante d'un dispositif qui a su conjuguer audace, évaluation et exigence de résultats.

Les expérimentations de l'Article 51 montrent qu'il est possible de construire des organisations plus simples, plus réactives et davantage centrées sur les besoins des personnes. Les enseignements qui émergent sont particulièrement éclairants. Les initiatives soutenues dans le cadre de l'Article 51 répondent aux grandes priorités de notre politique de santé : renforcer l'accès aux soins de proximité, mieux prévenir la perte d'autonomie, accompagner les personnes les plus vulnérables, décloisonner les secteurs sanitaire, médico-social et social, soutenir les coopérations professionnelles, rendre plus efficaces les organisations et faire une place toujours plus importante à la voix des usagers.

Après plusieurs années d'incubation, nous y sommes : l'Article 51 produit des avancées concrètes sur le terrain, partout et pour tous. Ainsi, depuis mon arrivée, j'ai porté la création du parcours coordonné renforcé pour l'obésité complexe des adultes, inspirée de l'expérimentation « EMNO » mais aussi le déploiement des parcours destinés aux enfants protégés issus des travaux des expérimentations « Pégase » et « Santé protégée », la

.....

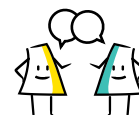
diffusion du programme ICOPE en faveur du repérage précoce des fragilités liées à l'âge, l'intégration d'ÉQUILIBRES dans la convention infirmière ou encore le développement des référents de parcours pour les maladies rares comme l'AFM Téléthon l'avait proposé dans son expérimentation.

Au-delà de ces avancées, ce rapport met en lumière une conviction qui guide mon action : les meilleures solutions naissent souvent de l'initiative des acteurs de terrain. Notre responsabilité collective est de leur permettre d'émerger, d'être évaluées avec rigueur, puis d'être diffusées lorsqu'elles démontrent leur pertinence. Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et les tensions d'accès aux soins, cette démarche d'innovation pragmatique est plus que jamais nécessaire.

La création, en juin 2026, de la Direction générale de la recherche, de l'innovation et du numérique en santé (DGRINES) traduit pleinement cette ambition. En réunissant au sein d'une même direction les leviers de la recherche, de l'innovation et des transformations numériques, nous nous donnons les moyens d'accélérer la diffusion des solutions qui font leurs preuves au bénéfice des patients, des professionnels et des territoires. Cette nouvelle organisation donnera une impulsion supplémentaire à la capacité de notre ministère à anticiper, expérimenter et transformer.

Je veux saluer l'engagement de l'ensemble des porteurs de projets, des équipes des agences régionales de santé, de l'Assurance Maladie, des administrations, des évaluateurs, des associations et des usagers qui contribuent chaque jour à faire vivre cette ambition collective.

L'Article 51 est devenu un véritable vecteur de transformation du système de santé. Il continuera d'être un outil au service d'une action publique plus proche des territoires, plus attentive aux besoins des patients et plus ouverte à l'innovation. C'est à cette condition que nous pourrons construire, ensemble, un système de santé plus accessible, plus coordonné et plus durable.



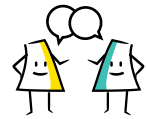
SOMMAIRE

ÉDITO	2
LE 51 EN UN COUP D'ŒIL	6
RÉPARTITION THÉMATIQUES DES EXPÉRIMENTATIONS	7
L'ANNÉE 2025 EN IMAGES	8
INTRODUCTION	13

1	LE 51 AU PLUS PRÈS DES PERSONNES	15
	CARTOGRAPHIE DE LA PROXIMITÉ	16
	DES MODALITÉS DE REFONTE DE L'OFFRE TERRITORIALE	17
	LE DÉVELOPPEMENT D'UNE OFFRE MOBILE	20
	LE NUMÉRIQUE FACILITATEUR ET OUTIL D'AUTONOMIE	22
	DE NOUVELLES MISSIONS ET UNE MONTÉE EN COMPÉTENCES DES ACTEURS	25
	L'ORGANISATION DES COOPÉRATIONS AU SEIN DES TERRITOIRES	26
	LA PARTICIPATION ACTIVE DES USAGERS À LA CONSTRUCTION DE LEUR PARCOURS	28

2	LES INGRÉDIENTS D'UNE DYNAMIQUE D'INNOVATION	30
	DU TERRAIN AUX SOLUTIONS	31
	DU COLLECTIF AUX SOLUTIONS	37
	AUX CÔTÉS DES PORTEURS DANS LA DURÉE	38
	DES RÉSULTATS SOUS LA LOUPE	41
	UN FONDS DÉDIÉ	44

3	DU TERRAIN AUX POLITIQUES PUBLIQUES	45
	LES ANNEXES	48
	LES ÉQUIPES AU 31 DÉCEMBRE 2025	49
	LES EXPÉRIMENTATIONS ET LES PRIORITÉS MINISTÉRIELLES	50
	LISTE DES ABRÉVIATIONS	61



NOTE À L'ATTENTION DU LECTEUR

Les données de ce rapport sont au **31 décembre 2025**, 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 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 (aigues 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.

RAPPORT AU PARLEMENT 2026

SUR LES EXPÉRIMENTATIONS INNOVANTES EN SANTÉ

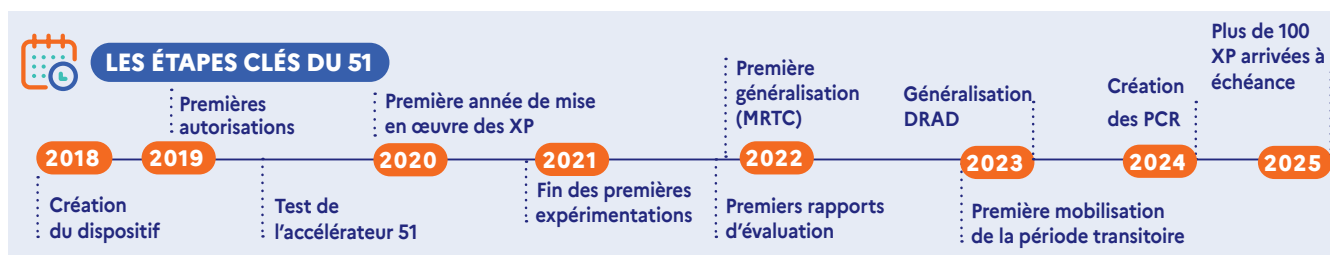
LE 51 EN UN COUP D'ŒIL

BILAN AU 31 DÉCEMBRE 2025



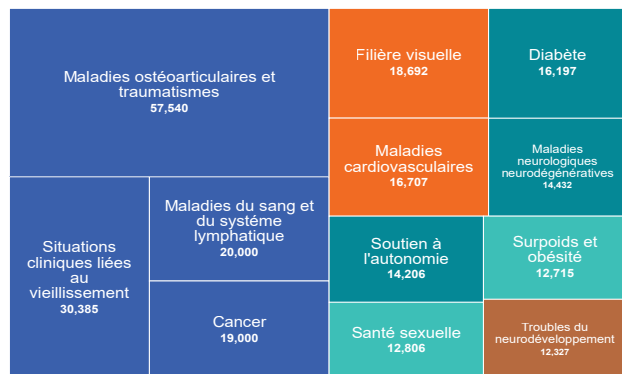
LE MANIFESTE DU 51

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 !



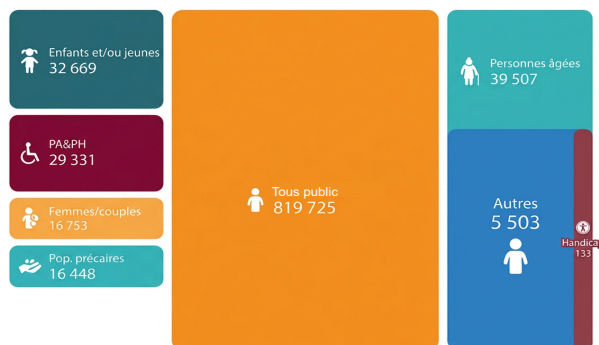
LES PRINCIPALES PRISES EN CHARGE

12 principaux types de prise en charge ciblée pour l'ensemble des expérimentations en cours et terminées **en nombre cible de bénéficiaires**.



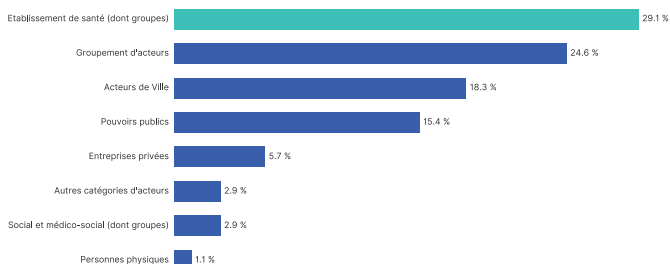
LA POPULATION CIBLÉE

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

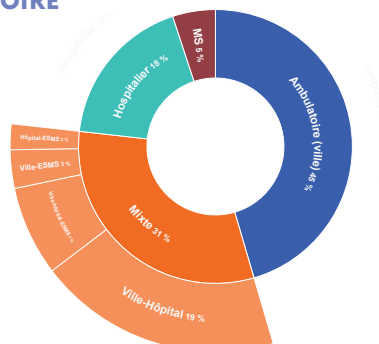


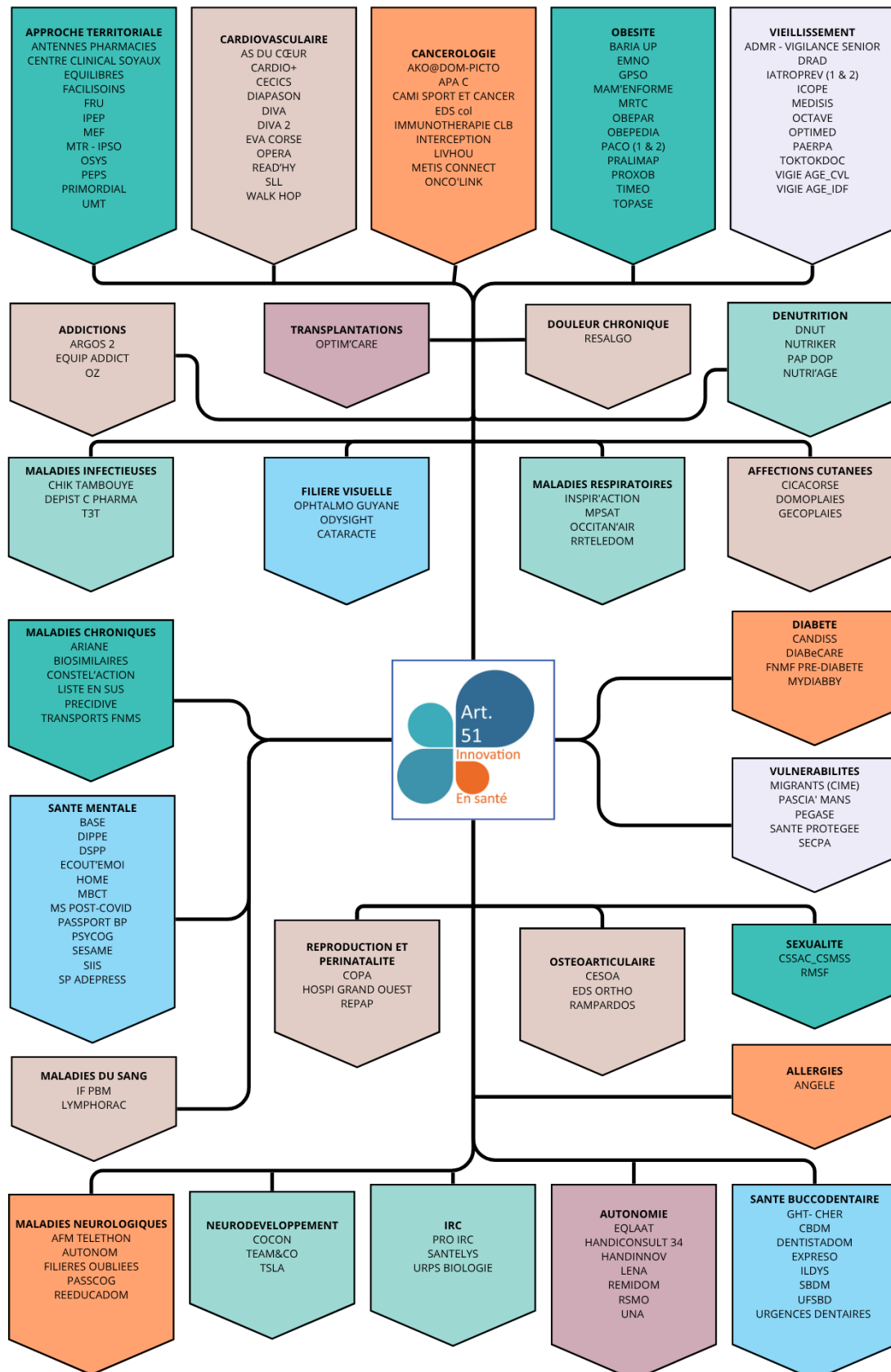
LES CATÉGORIES DE PORTEURS RESTENT STABLES

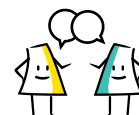
Plus de la moitié des expérimentations portées par des groupements d'acteurs ou des établissements de santé.



UN FINANCEMENT MAJORITAIRE DU SECTEUR AMBULATOIRE



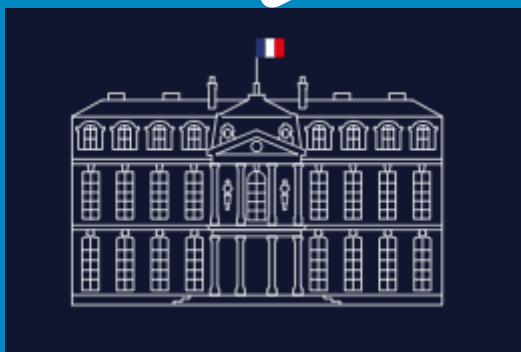




L'ANNÉE 2025 EN IMAGES.....

Janvier 2025

S'inspirer et inspirer



Cinq porteurs (EQUIP'ADDICT, EQUILIBRES, IPSO, RSMO et SESAME) reçus à l'Élysée par le Président de la République

Janvier 2025

S'inspirer et inspirer



Troisième édition du congrès PARKOURS sur le lien ville-hôpital à Lyon.

Participation à la table ronde sur le lien « hôpital - ville - domicile » existe-t-il ENFIN ? Premiers résultats des expérimentations des articles 51

Février 2025

S'inspirer et inspirer



Deuxième journée régionale de l'innovation en Île de France sur le thème « Récolter les fruits de l'innovation en santé : de l'expérimentation au déploiement ! »

Participation à la table ronde - Comment innover en prévention en santé ?

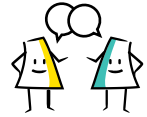
Mars 2025

S'inspirer et inspirer



Quatrième édition du salon MedInTechs.

Participation à la table ronde sur les territoires au secours de la santé.



Mars 2025

S'inspirer et inspirer



6èmes Journées Vieillesse et Maintien de l'Autonomie à Tours.
Participation à la table ronde sur l'implémentation du programme ICOPE : Où en sommes-nous ?

Mai 2025

S'inspirer et inspirer



SantExpo à Paris

Juin 2025

S'inspirer et inspirer



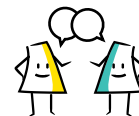
Dixième congrès de MG France au Havre
« Accès aux soins, la médecine générale relève le défi. » Participation à la session santé mentale

Juin 2025

S'inspirer et inspirer



Journée Pégase à Marseille
« Clôture par madame la ministre Catherine Vautrin ».



Juin 2025

S'inspirer et inspirer



Congrès Fragilité du Sujet âgé à l'IHU Healthage à Toulouse

Participation à l'atelier «expérimentation ICOPE Article 51 : retour d'expérience des porteurs au niveau national».

Août 2025

S'inspirer et inspirer



Troisième édition de la journée des Datatransformeurs.

Novembre 2025

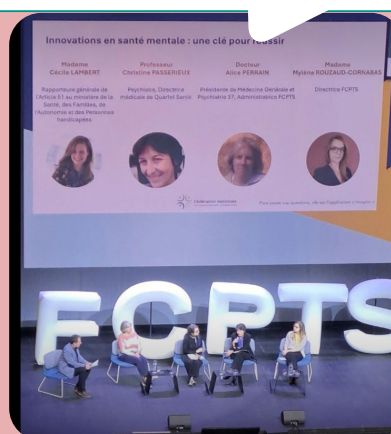
S'inspirer et inspirer



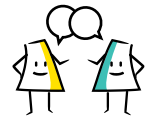
Troisième journée nationale du lymphoedème.

Novembre 2025

S'inspirer et inspirer



Journées Nationales des CPTS à Montpellier



Novembre 2025

Se rencontrer, échanger et partager autour du 51

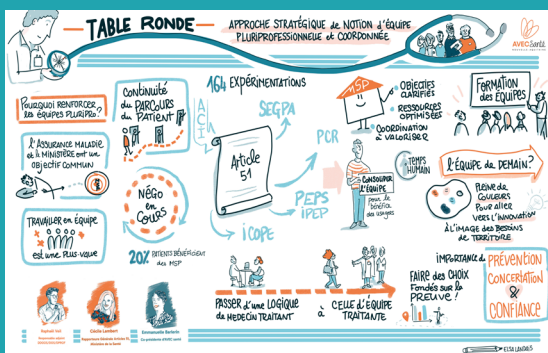


7e édition de la Journée nationale des porteurs de projet

Près de 500 personnes : porteurs de projets, référents 51 des ARS, de l'Assurance maladie et du ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ont participé à cette journée riche en rencontres et partage d'expériences. Cette année, la parole était aux patients et aux usagers !

Novembre 2025

S'inspirer et inspirer



Rencontres régionales et table ronde
AvecSanté à Bordeaux

Novembre 2025

S'inspirer et inspirer



25 ans des UGECAM



Des ateliers...

Se rencontrer, échanger et partager autour du 51



38 ateliers (mise en œuvre des projets, cahier des charges, accompagnement renforcé, fin d'expérimentation et capitalisation) et des séminaires avec le réseau des ARS et des DCGDR.

Et des déplacements

Se rencontrer, échanger et partager autour du 51



En 2025, notre petit tour de France nous a conduit en ...
Grand Est (CoPa), Pays de la Loire (Résalgo), Bourgogne-Franche-Comté (UMT, UNA),
Provence-Alpes-Côte d'Azur (Pégase), Occitanie (Home, Constelaction), Île-de-France
(Sésame).

INTRODUCTION

.....

Évaluer l'innovation organisationnelle : un défi relevé collectivement

Lorsqu'on évoque l'innovation en santé, on pense spontanément aux médicaments, aux dispositifs médicaux, aux biotechnologies ou encore à l'intelligence artificielle. Ces innovations sont essentielles et notre système de santé s'est progressivement doté des méthodes, des institutions et des expertises nécessaires pour en apprécier la valeur, mesurer leur efficacité et éclairer les décisions publiques.

Mais l'innovation en santé ne se résume pas à la technologie.

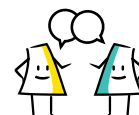
Elle peut également résider dans une nouvelle façon d'organiser les soins, de coordonner les professionnels, de financer une prise en charge, d'associer les patients à leur parcours ou de rapprocher l'offre de santé des territoires. Ces innovations organisationnelles sont souvent moins visibles, mais leur impact potentiel sur la qualité des soins, l'expérience des patients, l'efficacité ou l'accès aux soins est considérable. En outre, l'accroissement rapide des innovations numériques fait de l'innovation organisationnelle une condition essentielle de leur réussite. Pour la plupart d'entre elles, leur déploiement suppose des évolutions organisationnelles souvent profondes. Plus que jamais, l'innovation organisationnelle est ainsi au cœur des enjeux de notre système de santé.

Pourtant, les évaluer constitue un défi particulièrement complexe.

Contrairement à un médicament dont les effets peuvent être étudiés dans un cadre expérimental très contrôlé, une innovation organisationnelle s'inscrit dans un environnement réel, mobilise de multiples acteurs et produit des effets qui dépendent largement des contextes territoriaux, des pratiques professionnelles ou encore des caractéristiques des populations accompagnées. Son succès repose souvent autant sur la qualité de sa mise en œuvre que sur le modèle lui-même.

L'une des contributions majeures de l'Article 51 est précisément d'avoir permis à notre pays de franchir un cap dans ce domaine.

En quelques années, une véritable infrastructure nationale d'expérimentation et d'évaluation de l'innovation organisationnelle a été construite, associant les porteurs de projets, les agences régionales de santé, l'Assurance maladie, les administrations centrales, les évaluateurs et les usagers. Aucun dispositif n'avait jusqu'alors permis d'observer à une telle échelle la manière dont des organisations innovantes pouvaient être testées, documen-



tées, comparées et, lorsque les résultats le justifiaient, intégrées aux politiques publiques.

Cette ambition n'aurait pas été possible sans un investissement important dans la production et l'exploitation des données. À l'heure où les données de vie réelle occupent une place croissante dans l'évaluation des produits de santé, l'Article 51 démontre également leur pertinence pour l'évaluation des organisations de soins. Les expérimentations ont progressivement permis de développer des méthodes, des outils et des savoir-faire capables de documenter non seulement l'activité réalisée, mais aussi les parcours, les usages, les résultats obtenus pour les patients et les conditions de reproductibilité des modèles expérimentés.

Cette dynamique a contribué à faire émerger une véritable culture de l'évaluation. Celle-ci ne vise pas uniquement à déterminer si une expérimentation doit être poursuivie ou non. Elle permet surtout de comprendre pourquoi une innovation fonctionne, pour quels publics, dans quelles conditions et avec quels effets sur les différents acteurs concernés. Elle constitue aujourd'hui un levier essentiel pour transformer les initiatives locales en solutions nationales.

Alors que de nombreuses expérimentations arrivent à maturité et que plusieurs modèles sont désormais déployés dans le droit commun, l'enjeu n'est plus seulement d'encourager l'innovation, mais aussi de renforcer notre capacité collective à apprendre de celle-ci.

L'expérience acquise grâce à l'Article 51 constitue à cet égard un patrimoine précieux. Elle montre que notre pays est capable de tester, d'évaluer et de diffuser des innovations organisationnelles à partir de données robustes et d'enseignements issus du terrain. Elle démontre également qu'il est possible de concilier exigence d'évaluation, confiance accordée aux acteurs et transformation concrète du système de santé.

À l'heure où les défis sanitaires, démographiques et territoriaux appellent des réponses nouvelles, cette capacité à produire des connaissances sur l'organisation des soins constitue sans doute l'une des innovations les plus importantes léguées par l'Article 51.

Le dispositif Article 51 entre désormais dans une nouvelle étape de son histoire, veillons à préserver les connaissances qu'il a fait émerger et à les transmettre. Sachons entretenir la petite flamme que la communauté 51 a su faire naître et faire vivre depuis maintenant huit ans.

Franck von Lennep

Président du Conseil stratégique de l'innovation en santé

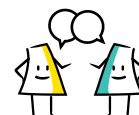
Cécile Lambert

Rapporteure générale de l'Article 51

A large teal speech bubble graphic with a white outline, pointing towards the bottom right. It contains a large white number 1 and a title in white capital letters.

1

**LE 51 AU PLUS PRÈS
DES PERSONNES**



LES FORMES DE PROXIMITÉ DANS L'ARTICLE 51



1

Restructuration de l'offre territoriale

Reconstruire l'offre de soins dans les territoires fragiles

Il s'agit de faire renaître une offre de soins de premier recours là où elle a disparu, en implantant des structures au cœur des territoires fragiles

ANTENNES PHARMA - URGENCES DENTAIRES PRIMORDIAL - EQLAAT - EVA CORSE - MEF - TEAM&CO - AS DU COEUR



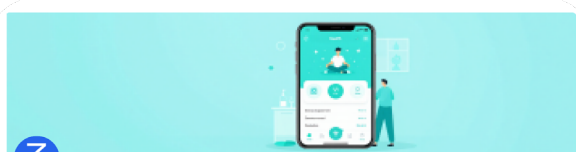
2

Développement d'une offre mobile

Aller vers les populations dépendantes ou isolées

Il s'agit d'aller physiquement vers les personnes dépendantes ou isolées, en déployant des équipes mobiles qui se rendent sur le lieu de vie

AFM TELETHON - TOPASE - SANTELYS - REMPARDOS - UNA - CARDO+ - DENTISTADOM - TRANSPORT FNMS - DRAD - ADMR - HOME - SIIS - RSMO - DIPPE - AUTONOM - UMT - ILDYS - TIMEO - CBDM - VIGIE AGE - PRALIMAP - SBDM



3

Le numérique comme outil facilitateur

Outils digitaux pour l'autonomie et la continuité des soins

Il s'agit d'utiliser les outils numériques pour maintenir un lien continu entre patient et soignant, renforcer l'autonomie des personnes malgré la distance

CANDISS - RRELEDOM - CECICS - MYDIABBY - ODYSIGHT - OPTIM'CARE - METIS CONNECT - EMNO - OZ - ADELE (EX MONKA) - PASSCOG - WALK HOP - ICOPE - PASSPORT BP



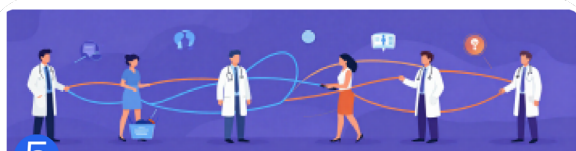
4

Nouvelles missions et montées en compétences

Renforcer les compétences des acteurs de proximité

Il s'agit de confier de nouvelles missions aux professionnels déjà présents en proximité, en les formant pour répondre plus vite aux besoins locaux.

ARIANE IDF - ECOUT'MOI - ATELIER TABAC - PREVENIR - OSYS



5

Coopération au sein des territoires

Renforcer la collaboration soins primaires / équipes spécialisées

Il s'agit d'organiser des coopérations entre soins primaires et équipes spécialisées pour réduire les inégalités d'accès sur les territoires.

IATROPREV 2 - COPA 2 - EQUIP ADDICT - MPSAT - SESAME - ONCO'LINK - CONSTEL'ACTION - DSPP ADULTES - LYMPHORAC - DOMOPLAIES - RESALGO - ARIANE - AKO@DOM PICTO - LIVHOU - SLL - DSPP ENFANTS - INTERCEPTION



6

Participation active des usagers

Co-construire les solutions de santé avec les usagers

Il s'agit d'impliquer activement les usagers dans la conception des dispositifs de santé, pour mieux répondre à leurs besoins réels.

PASCIA'MANS - SECPA



Les expérimentations Article 51 ouvrent un espace inédit d'innovation ascendante, en faisant des initiatives portées par les acteurs de terrain, un point de départ de la construction des politiques publiques. Elles permettent ainsi la remontée de solutions conçues par celles et ceux qui vivent chaque jour les difficultés d'accès aux soins, les ruptures de parcours ou les insuffisances de l'offre et de sa coordination. En donnant la possibilité d'expérimenter dif-

féremment grâce à des dérogations organisationnelles et financières, l'Article 51 fait émerger des réponses concrètes, ajustées à la réalité des citoyens et des territoires.

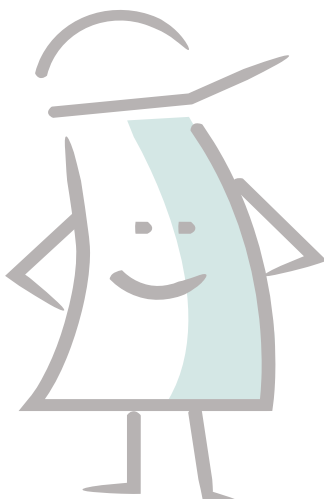
Un grand nombre d'expérimentations rapproche l'offre de soins au plus près des personnes. Ils reposent sur différents leviers. Six leviers ont ainsi été identifiés.

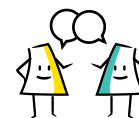
DES MODALITÉS DE REFONTE DE L'OFFRE TERRITORIALE

Plusieurs solutions testées visent à faire réémerger l'offre de proximité dans des territoires fragiles. Par exemple, un dispositif dérogatoire rend possible l'ouverture d'une antenne de pharmacie (cf. zoom ci-après) gérée par une pharmacie voisine dans une commune rurale ayant moins de 2 500 habitants où la dernière officine a fermé faute de repreneurs. Cela permet de rétablir l'accès aux soins de premier recours pour les habitants du territoire, de renforcer l'attractivité territoriale pour les autres professionnels de soins et de favoriser l'organisation des acteurs de santé entre eux autour du projet d'antenne.

En outre, le dispositif d'Urgences dentaires pro-

pose à la population une réponse aux besoins dentaires lors des fermetures des cabinets dentaires les dimanches et jours fériés, grâce à la présence d'un dentiste régulateur au sein des centres 15 (pour des conseils téléphoniques, des télé-prescriptions d'antalgiques ou d'antibiotiques ou une orientation vers le cabinet de garde le plus adapté). L'impact est ainsi une plus grande visibilité de l'offre existante, une meilleure pertinence des recours aux soins, une amélioration qualitative de la gestion des cabinets de dentistes de garde et un désengorgement de la régulation médicale. Le dispositif est généralisé sur l'ensemble du territoire depuis 2025.





ZOOM sur

ANTENNES DE PHARMACIE



CONTEXTE ET ENJEUX

Face à la fermeture d'officines, sans repreneurs intéressés, dans de nombreuses communes rurales de moins de 2500 habitants, les maires et élus locaux ont alerté sur la disparition d'un service essentiel : l'accès aux médicaments et aux conseils pharmaceutiques. Cette situation s'inscrit dans un contexte plus large de désertification médicale et de recul de l'offre de santé de proximité



OBJECTIFS DE L'EXPÉRIMENTATION

- Maintenir un accès de proximité aux médicaments et produits de santé.
- Offrir un appui santé pour les populations âgées, à mobilité réduite ou sans moyen de locomotion individuel ou collectif.
- Renforcer la présence de professionnels de santé en milieu rural.
- Préserver le lien social et la continuité de l'offre de soins.

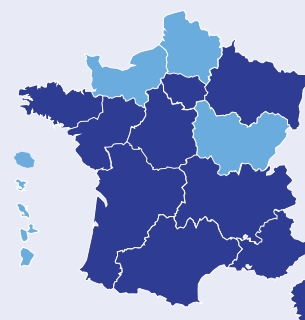


PREMIERS ENSEIGNEMENTS - RÉSULTATS

- Forte implication des élus locaux et satisfaction des usagers.
- Meilleure continuité du parcours de soin dans les zones rurales isolées.

DÉPLOIEMENT

Expérimentation en cours. 6 antennes ouvertes à ce jour. 12 prévues à l'été 2026.



DISPOSITIF MIS EN ŒUVRE

Les antennes de pharmacie sont des structures légères rattachées à une officine existant en proximité. Elles fonctionnent sous la responsabilité d'un pharmacien gérant et permettent la dispensation locale de médicaments, le conseil pharmaceutique et l'accompagnement des patients (prévention, vaccination, consultation).

Certaines antennes sont implantées à proximité de centres ou maisons de santé pluriprofessionnelles pour favoriser la coordination dans une approche de projet territorial de santé.



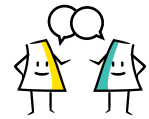
QUELLE PROXIMITÉ ?

- Géographique : maintien d'un point d'accès local à une offre de premier recours.
- Sociale : lien de confiance avec les habitants notamment les plus vulnérables et les moins autonomes.
- Fonctionnelle : articulation avec les autres services de santé du territoire.



PERSPECTIVES

- Suivi national de l'expérimentation jusqu'en 2029.
- Possibilité de généralisation à terme sur d'autres territoires.



ZOOM sur

URGENCES DENTAIRES



CONTEXTE ET ENJEUX

Avant 2022, la régulation des soins dentaires urgents reposait sur les régulateurs médicaux des centres 15 du SAMU, sans intégration des chirurgiens-dentistes. Cela limitait leur action à une simple orientation vers la permanence des soins.



OBJECTIFS DE L'EXPÉRIMENTATION

- Améliorer la prise en charge des urgences dentaires les dimanches et jours fériés.
- Soulager les centres 15 de la régulation spécifique dentaire.
- Garantir aux patients des conseils, une prise en charge via la téléprescription ou une orientation efficace.

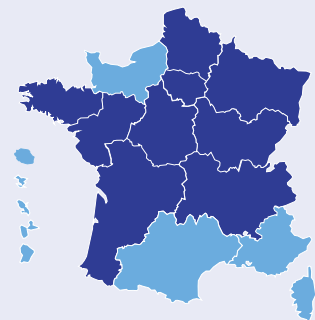


PREMIERS ENSEIGNEMENTS - RÉSULTATS

- 43 % des appels résolus sans déplacement (19 % par téléprescription, 24 % par conseils).
- 57 % orientés vers un cabinet pour soins avec une réponse adaptée à la situation, ajustée en fonction des disponibilités des cabinets et des créneaux horaires.
- Renforcement de la coordination interprofessionnelle entre médecins et chirurgiens-dentistes.

DÉPLOIEMENT

Expérimentation transposée en droit commun en 2025



DISPOSITIF MIS EN ŒUVRE

Intégration de chirurgiens-dentistes dans les centres 15 des SAMU pour assurer la régulation téléphonique : évaluation, orientation, conseils, prescriptions (antibiotiques, antalgiques).



QUELLE PROXIMITÉ ?

- Géographique : articulation directe entre régulateurs médicaux et dentaires.
- Sociale : conseils téléphoniques, téléprescriptions, réduction des déplacements.
- Fonctionnelle : meilleure répartition des patients sur les cabinets de garde disponibles sur le territoire d'exercice (moins d'attente pour le patient, plus de sérénité pour les professionnels).



PERSPECTIVES

- Depuis juin 2025, le dispositif est entré dans le droit commun marquant un changement structurel durable dans la régulation des urgences dentaires en France.



LE DÉVELOPPEMENT D'UNE OFFRE MOBILE

Quelle que soit la densité de l'offre du territoire, une problématique d'accès aux soins se pose spécifiquement pour les publics dépendants vivant à leur domicile ou en établissement médico-social.

Les unités mobiles buccodentaires (totalement équipées pour la réalisation des soins) ont démontré leur capacité à rétablir une accessibilité aux soins dentaires au sein des EPHAD et des autres établissements accueillant des personnes en situation de handicap à l'échelle d'un département (Finistère, Puy-de-Dôme, Eure-et-Loir). Ces modèles ont fait l'objet d'un avis de généralisation favorable et seront transposés en droit commun mi-2026.

L'expérimentation Dentistadom (cf. zoom p.21) propose un autre modèle pour répondre à ce besoin en développant un mode d'exercice en chirurgie dentaire exclusivement mobile auprès des personnes âgées dépendantes. Lancé en 2025, il fait l'objet actuellement d'une phase

de test de faisabilité. L'objectif est de pouvoir diversifier les leviers de réponses territoriaux.

D'autres modèles intégrant des équipes mobiles permettent d'apporter des soins spécialisés au domicile de publics très fragiles. C'est le cas de plusieurs expérimentations en cours de déploiement sur la santé mentale intervenant auprès de personnes souffrant de troubles psychiques sévères et invalidants (SIIS, HOME, DIPPE) pour un accompagnement structuré et intensif thérapeutique, psychologique et social dans le milieu de vie, parfois en alternative à l'hospitalisation. De même, l'expérimentation Autonom (Autonomie et Neuro-Orthopédie Mobile) vise à une amélioration de la prise en charge et prévention de l'Hypertonie Déformante Acquis (HDA) à destination des populations gériatriques ou en situation de polyhandicap vieillissantes par le déploiement d'équipes mobiles pluridisciplinaires intervenant directement dans le lieu de vie.



Dans mon cas, durant les 11 derniers mois d'hospitalisation, j'avais perdu mon emploi et j'étais à l'hôpital sans solution de sortie, n'ayant plus de contact familial, ni amical, juste avec le sac à dos que j'avais et les quelques vêtements en ma possession.

Ce qui a été très fort de la part de l'équipe [SIIS], c'est de m'avoir redonné confiance. On a réussi à trouver un studio, assez rapidement. Retrouver un logement c'était un nouveau départ.

À l'hôpital, vous voyez des spécialistes, on vous donne des médicaments, on vous stabilise, mais on ne travaille pas sur le rétablissement des gens. Avec l'équipe SIIS, jamais je n'ai été vu comme un patient, mais comme quelqu'un qui était à nouveau dans la vie. Témoignage d'un usager de SIIS



ZOOM sur

DENTISTADOM soins dentaires à domicile et en EHPAD



CONTEXTE ET ENJEUX

Les personnes âgées dépendantes en EHPAD ou à domicile, rencontrent de fortes difficultés d'accès aux soins dentaires (transport, mobilité, cognition). Ces obstacles entraînent un renoncement aux soins buccodentaires, avec des conséquences sur la santé globale et l'accélération de la perte d'autonomie.



OBJECTIFS DE L'EXPÉRIMENTATION

- Rétablir l'accès aux soins dentaires pour les personnes âgées dépendantes.
- Adapter l'offre de soins au lieu de vie du patient
- Maintenir dans le temps les pratiques d'hygiène buccodentaires dans les établissements.
- Tester un mode de financement adapté à ce modèle d'exercice exclusivement mobile.

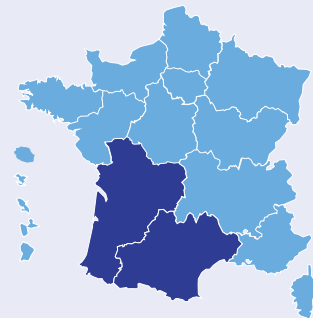


QUELLE PROXIMITÉ ?

- Géographique : soins réalisés directement dans le lieu de vie, rayonnement de l'offre sur un territoire.
- Relationnelle : environnement connu, meilleure acceptation des soins.
- Professionnelle : rôle de formateur régulier du chirurgien-dentiste auprès du personnel des EHPAD pour faire face au taux de rotation des équipes.

DÉPLOIEMENT

Expérimentation en cours, étude de faisabilité avec 6 chirurgiens-dentistes.



DISPOSITIF MIS EN ŒUVRE

Un chirurgien dentiste référent assure une prise en charge complète et continue : bilans, soins conservateurs, actes chirurgicaux à domicile, prothèses.

Financement dérogatoire :

- Forfait annuel "chirurgien dentiste référent".
- Forfait "aide à l'installation" pour le matériel et la mobilité.

L'expérimentation repose la constitution d'une file active sur un territoire grâce au conventionnement du chirurgien-dentiste avec une douzaine d'EHPAD (≈ 400 patients).



RÉSULTATS ATTENDUS

- Attractivité du modèle pour l'installation de trois nouveaux chirurgiens-dentistes.
- Fonctionnalité du modèle économique pour soutenir l'exercice.



PERSPECTIVES

- Potentiel déploiement du modèle à plus grande échelle avec l'ouverture d'une seconde phase expérimentale.
- Suivi de l'activité, du service rendu aux bénéficiaires et de la pertinence du modèle économique dérogatoire.



Par ailleurs, la généralisation de la mission portée par l'expérimentation DRAD (Dispositif renforcé de soutien à l'Autonomie) à travers les Centres de ressources territoriaux depuis 2024 est également un exemple de mobilisation de ressources gériatriques expertes et d'organisation agile au sein du territoire qui s'inscrit dans le virage domiciliaire, défi majeur des prochaines années.

Concernant la périnatalité, le dispositif CoPa propose à toutes les femmes venant d'accou-

cher et le cas échéant au co-parent, un accompagnement à domicile par des auxiliaires de puériculture hospitalières, de centre périnatal de proximité (CPP) ou de PMI dans les jours qui suivent la naissance du bébé, en complément des dispositifs existants avec pour objectifs de soutenir la parentalité, d'améliorer le parcours de prévention et de soins des enfants.



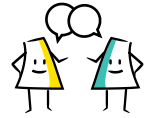
[...] le bébé avait beaucoup de soucis de reflux et je n'arrivais pas à avoir de rendez-vous avec le pédiatre rapidement et quand l'auxiliaire est arrivée, elle a très vite trouvé la solution en nous organisant un rendez-vous le lendemain avec le pédiatre de la maternité.

Avec mon mari, elle m'a aidé aussi en lui proposant de faire le bain du bébé ensemble, il continuait à vivre sa vie comme si le bébé n'était pas né, elle a permis qu'il s'implique davantage [...]. Témoignage d'une bénéficiaire du dispositif CoPa

LE NUMÉRIQUE FACILITATEUR ET OUTIL D'AUTONOMIE

Au-delà des outils numériques classiques de dialogue entre professionnels pour partager de l'information sur un dossier patient, certains parcours testés dans l'Article 51 positionnent des technologies numériques comme outils de proximité avec le patient. Le numérique y est toujours adossé à une organisation humaine et parfois territoriale. Il peut par exemple, simplifier la vie des usagers pour viser une meilleure adhésion aux programmes de réhabilitation pour les patients atteints d'une BPCO grâce à la télé réadaptation en alternative à la contrainte d'un suivi en SMR (RR Télédome), ou d'éducation thérapeutique pour

les patients souffrant d'obésité sévère rendant ainsi les patients actifs grâce à une plateforme pédagogique (EMNO), faciliter l'entrée dans un parcours de prévention aux usagers d'alcool à risque, via leur smartphone, grâce à une application de diagnostic, de prise de conscience et d'orientation (parcours Oz cf. zoom ci-après) ou encore sécuriser le suivi des effets indésirables pour les patients vulnérables sous anti-cancéreux oraux par un dialogue renforcé entre l'infirmier libéral à domicile et l'établissement autorisé en cancérologie prescripteur du traitement (AKO@dom-PICTO).



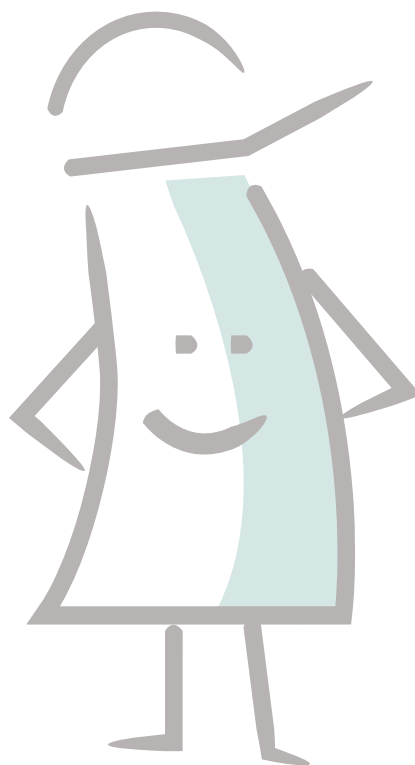
Je vis à 45 minutes de mon lieu de soin et de consultation. Je ne conduis pas du fait de la fatigue et des traitements, et sans ces relais de proximité, le quotidien serait beaucoup plus compliqué.

Témoignage d'une patiente du parcours AKO@dom-PICTO.



Le suivi hors hôpital m'a permis de savoir si je devais m'inquiéter ou non concernant les symptômes qui apparaissaient au fur et à mesure du traitement. Ainsi la panique a fait place au calme, qui m'a aidé à surmonter tous ces désagréments.

Témoignage d'une patiente du parcours AKO@dom-PICTO.





ZOOM sur

OZ

un parcours numérique pour repérer la consommation d'alcool au dessus des repères et orienter vers une prise en charge adaptée et de proximité



CONTEXTE ET ENJEUX

La consommation d'alcool au-dessus des repères définis par Santé publique France et l'Inca reste difficile à reconnaître et à aborder, à cause de la gêne d'en parler, et de la difficulté d'accès à l'accompagnement au bon moment, des délais d'attente longs pour être pris en charge.



OBJECTIFS DE L'EXPÉRIMENTATION

- Tester le numérique comme outil de proximité pour le dépistage et l'orientation vers le soin.
- Favoriser une prise de conscience précoce des usagers.
- Offrir une entrée vers le soin simple, anonyme et disponible à tout moment.
- Permettre une orientation rapide et efficace en proximité.



PREMIERS ENSEIGNEMENTS - RÉSULTATS

- Expérimentation récente (autorisée fin 2025).
- Evaluation prévue à 3 ans pour mesurer l'attractivité, l'efficacité et l'impact sur le recours au soin.

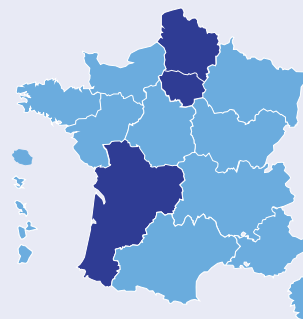


PERSPECTIVES

Si les résultats sont probants, OZ pourrait être déployée à l'échelle nationale comme outil d'entrée vers les soins en addictologie.

DÉPLOIEMENT

Expérimentation autorisée en novembre 2025



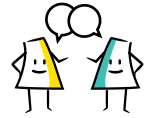
DISPOSITIF MIS EN ŒUVRE

- Une application mobile gratuite (autoévaluation, suivi, conseils personnalisés).
- Une cellule de premier contact (infirmière) assurant un échange initial avec l'utilisateur.
- Une cellule de télédiagnostic (médecin + psychologue) proposant un diagnostic complet et une orientation vers les soins spécialisés du territoire.



QUELLE PROXIMITÉ ?

- Numérique : accès facile, immédiat et confidentiel.
- Temporelle : l'utilisateur agit au moment "où il se sent prêt".
- Humaine : accompagnement à distance par des professionnels.
- Géographique : orientation vers une offre de prise en charge au plus près de l'utilisateur.



DE NOUVELLES MISSIONS ET UNE MONTÉE EN COMPÉTENCES DES ACTEURS

En leur attribuant de nouvelles missions les acteurs du premier recours sont en capacité de répondre au plus près et au plus vite aux besoins de la population selon la réalité locale.

Ainsi, OSyS permet le triage et l'orientation des patients par le pharmacien de proximité à partir d'arbres décisionnels pour des maux du quotidien. Cette innovation sera totalement généralisée en 2026 après une intégration partielle anticipée dans le droit commun (pour les seules angines et cystites) en 2024.

Que ce soit sur des zones urbaines en tension

médicale ou des zones rurales avec faible accessibilité aux soins, le dispositif innovant OSyS, permet la reconnaissance du rôle de conseil et d'orientation dans le premier recours du pharmacien d'officine déjà identifié par la population. Mais il constitue de surcroît un incontestable levier de montée en compétences dans la prise en charge clinique rendu possible grâce à des nouveaux moyens : une formation clinique préalable et la sécurisation du patient dans le parcours de soins par un protocole, très formalisé, et validé médicalement.



C'est une bonne alternative. De toutes les façons, les pharmaciens sont nos interlocuteurs directs avec le médecin. Donc on a confiance. Ce sont des gens formés. Témoignage d'un usager d'OSyS

On a du mal à avoir des rendez-vous chez le médecin. Si vraiment on est malades, dans la journée on ne les a pas. Avoir un secours comme ça, c'est vraiment utile. Témoignage d'un usager d'OSyS

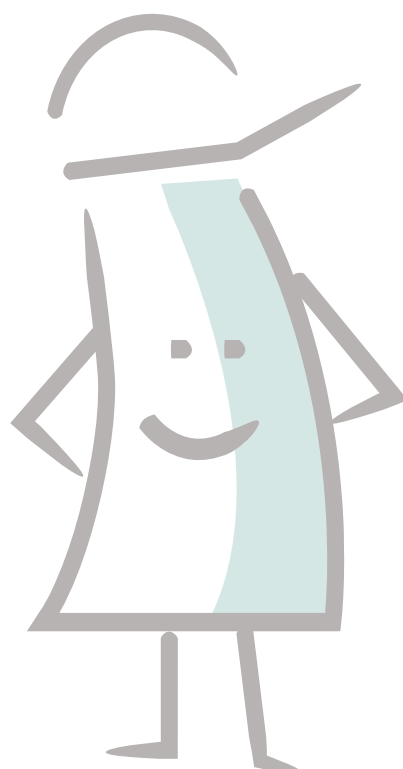
Extrait du reportage TF1 sur la pharmacie de Redon en Ille et Villaine



L'ORGANISATION DE COOPÉRATIONS AU SEIN DES TERRITOIRES

Grâce à des coopérations nouvelles autour de parcours spécifiques tels que la prise en charge des addictions complexes (ex : Équip'Addict), le suivi des patients sous thérapies orales anticancéreuses (ex : Oncolink et AKO@dom-PICTO), la prévention de la iatrogénie médicamenteuse (ex : IatroPrev 2), les expertises spécialisées – souvent concentrées dans les hôpitaux – sont mises à disposition des équipes de premiers recours (et notamment du médecin généraliste) leur permettant d'agir avec plus de pertinence, plus d'assurance ; de sécurité et d'efficacité. Parfois même, cela leur permet d'agir dans un champ qu'ils n'auraient pas osé investir. Cette dynamique est portée par des structurations territoriales diverses, construites souvent autour du médecin traitant pour l'épauler sur ses expertises cliniques et le soulager en assurant pour lui la coordination et le suivi des parcours des patients. Elle renforce le maillage territorial et réduit les inégalités d'accès aux parcours spécialisés.

Des coopérations émergent également autour du suivi de patients malades chroniques et fréquemment polypathologiques (ex : Constel'Action, MPSAT) entre l'établissement de santé et un réseau de partenaires territoriaux qui exercent en proximité du lieu de vie du patient (diététiciens, psychologues, enseignants APA, tabacologues, assistantes sociales) pour répondre aux besoins identifiés. Ces coopérations permettent une meilleure efficacité organisationnelle et une qualité de la prise en charge.





ZOOM sur

IATROPREV 2 prévention de la iatrogénie médicamenteuse



CONTEXTE ET ENJEUX

Pour les personnes âgées polypathologiques, l'hospitalisation représente à la fois un risque supplémentaire de iatrogénie médicamenteuse comme une opportunité d'en réduire le risque.

La coordination entre l'hôpital et la ville est souvent insuffisante, entraînant des ruptures de suivi.



OBJECTIFS DE L'EXPÉRIMENTATION

- Sécuriser les transitions entre hôpital et ville (médecin traitant, pharmacien d'officine).
- Partager l'expertise pharmacologique entre professionnels.
- Co-construire un plan de soins individualisé autour du patient.
- Réduire les événements indésirables médicamenteux.

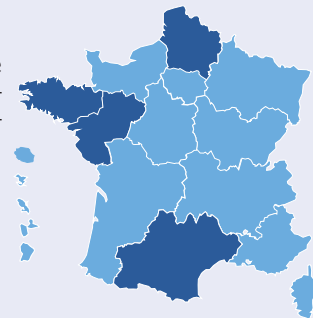


RÉSULTATS DE LA V1

- Très bonne participation des médecins traitants et pharmaciens de ville.
- Adhésion aux modifications de prescription et recommandations de suivi avec notamment réduction des prescriptions inappropriées d'IPP à forte dose et mise en place de traitements préventifs (vaccination, vitamine D, calcium, ...).
- Développement de compétences des professionnels de ville qui permet une réassurance des bonnes pratiques de prescription.
- Interconnaissance.
- Meilleure détection précoce des situations à risque.
- preuve de la transférabilité du modèle à confirmer dans d'autres contextes (résultats obtenus sur 2 établissements).

DÉPLOIEMENT

Expérimentation lancée en 2025 après une première phase expérimentale locale (V1).



DISPOSITIF MIS EN ŒUVRE

Organisation de réunions pluriprofessionnelles de concertation (gériatre, pharmacien hospitalier, médecin traitant, pharmacien d'officine). Ces réunions rémunérées permettent la création d'un plan d'actions pharmaceutiques et de soins coordonné, dégageant un espace commun de décision.

L'hôpital n'est plus un lieu d'intervention ponctuelle mais un pôle d'appui au service des acteurs de proximité.



QUELLE PROXIMITÉ ?

- Organisationnelle : décroisement hôpital / ville.
- Professionnelle : coopération renforcée et responsabilité partagée.
- Patient : suivi plus fluide, sécurisé et personnalisé.



PERSPECTIVES

- Poursuite du déploiement de la trentaine d'établissements expérimentateurs.
- Décroisement ville-hôpital.
- Amélioration du bon usage des médicaments auprès des publics à très haut risque de iatrogénie.

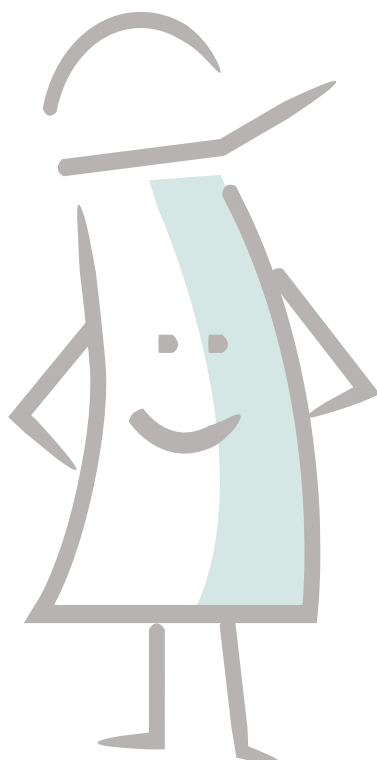


LA PARTICIPATION ACTIVE DES USAGERS À LA CONSTRUCTION DE LEUR PARCOURS

Inspirées par des modèles comme SECPA ou Pascia'Mans, des expérimentations associent les usagers dès la conception pour élaborer des solutions alignées avec leurs attentes et leurs réalités au plus près de leurs besoins définis ensemble. Cette co construction participative garantit l'utilité des dispositifs, leur acceptabilité par le patient et leur pérennité. De même l'ex-

périmentation Ariane (Cf. zoom) qui vise à prévenir les ruptures de parcours pour les jeunes atteints de maladies chroniques au moment de la transition entre la pédiatrie et la médecine adulte, s'appuie également sur la co-construction du parcours avec le patient pour prendre en compte ses besoins et ses priorités.

Ainsi, les expérimentations Article 51 contribuent à maintenir ou retrouver un accès aux soins en proximité du lieu de vie en partant des contraintes et des idées de terrain. Les solutions qui ont fait leurs preuves montrent qu'il est possible d'ouvrir de nouveaux possibles, en adaptant l'offre aux besoins plutôt que l'inverse. L'Article 51 représente un véritable incubateur, au service des citoyens.





ZOOM sur

ARIANE Ile-de-France



CONTEXTE ET ENJEUX

Le passage de l'adolescence à l'âge adulte représente une période à risque de rupture de soins, en particulier pour les jeunes atteints de maladies chroniques (diabète, mucoviscidose, pathologies rares, etc.). De nombreux jeunes interrompent leur suivi ou peinent à trouver des repères dans la médecine adulte, faute de coordination entre les acteurs hospitaliers, de ville et médico-sociaux.

Cette situation entraîne une perte de continuité des soins, une baisse de l'observance et un risque accru de décompensation de la maladie. C'est dans ce contexte qu'a été conçue l'expérimentation ARIANE, d'abord développée en région Auvergne Rhône-Alpes, puis déployée en Île-de-France (ARIANE IDF).



OBJECTIFS DE L'EXPÉRIMENTATION

- Sécuriser la transition entre la pédiatrie et la médecine adulte.
- Prévenir les ruptures de parcours pour les jeunes atteints de maladies chroniques.
- Favoriser le développement de l'autonomie et de la responsabilisation des adolescents.
- Améliorer la qualité de vie et l'adhésion au suivi médical.
- Créer un cadre de coordination pluridisciplinaire autour du jeune.

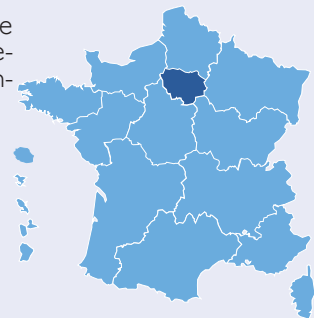


QUELLE PROXIMITÉ ?

- Humaine : relation de confiance, écoute continue, adaptation à la maturité du jeune.
- Organisationnelle : coordination ville-hôpital-médecin-social autour du coordinateur de parcours.
- Territoriale et numérique : interventions adaptées au lieu de vie, en hôpital, domicile, établissement scolaire ou en téléconsultation.

DÉPLOIEMENT

Expérimentation lancée en 2025 après une première phase expérimentale locale (V1).



DISPOSITIF MIS EN ŒUVRE

ARIANE met en place un parcours structuré, individualisé et pluridisciplinaire autour du jeune patient.

Un coordinateur de parcours joue un rôle central :

- Il établit un bilan psychosocial approfondi.
- Il identifie les besoins du jeune et de sa famille.
- Il mobilise les acteurs hospitaliers, de ville et médico-sociaux nécessaires.
- Il accompagne activement le jeune dans la durée, en adaptant le suivi aux évolutions de sa situation.

Le parcours est coconstruit avec le jeune, dans une démarche participative, et ajusté en continu selon ses besoins et priorités.

L'expérimentation privilégie également une posture "d'aller vers", proactive, pour prévenir les décrochages.



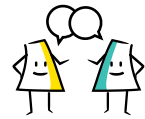
PERSPECTIVES

- Poursuite du déploiement en Île-de-France.
- Évaluation qualitative et quantitative des effets sur la continuité et la qualité des soins.
- Potentiel de transposition à d'autres pathologies chroniques et territoires.
- Reconnaissance du rôle du coordinateur de parcours comme acteur pivot dans les transitions pédiatrie-adulte.



2

**LES INGRÉDIENTS
D'UNE DYNAMIQUE
D'INNOVATION**



DU TERRAIN AUX SOLUTIONS

Le dispositif Article 51 offre un « cadre sécurisé institutionnel » permettant à des projets de terrain de se développer et se construire au fil d'un travail itératif et partagé avec les acteurs institutionnels.

Ce mode de collaboration transforme progressivement les pratiques. S'il bouscule les organisations, il invite acteurs de terrain et institutions à s'ajuster, à apprendre l'un de l'autre, et

à coconstruire des réponses plus adaptées aux réalités du soin. Dans cette dynamique, les ARS et les DCGDR (Direction de la coordination de la gestion du risque / Assurance Maladie) jouent un rôle essentiel de facilitateur, d'ambassadeur et de conseil, assurant la cohérence entre initiatives territoriales, écosystème local/régional et orientations nationales.

L'ÉMERGENCE DES PROJETS

Comprendre l'émergence des projets suppose d'abord de se placer du point de vue des porteurs, au moment où l'idée prend forme et où les premières réponses sont esquissées.

Les projets à l'initiative des porteurs trouvent toujours leur origine dans une problématique concrète et parfois ancrée dans un contexte local. Cette problématique peut être identifiée de longue date, et source d'irritants majeurs pour les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne. Il peut s'agir également de questions émergentes, en lien avec l'évolution des pratiques, l'apparition de nouvelles technologies ou le développement de nouveaux usages.

De façon générale, les acteurs de terrain initient des réponses de manière pragmatique, avec les

moyens du bord, en mobilisant leurs réseaux de proximité, leurs partenariats habituels, dans une démarche de coopération encore souvent informelle.

Les projets peuvent émaner de l'ensemble de l'écosystème territorial, qu'ils soient portés par des établissements, des CPTS, des associations de patients ou des professionnels isolés, chacun étant susceptible de contribuer à l'innovation. Au-delà de la diversité des acteurs impliqués, la richesse des projets tient aussi aux postures endossées par les porteurs, qu'ils assurent directement la mise en œuvre du dispositif ou qu'ils se positionnent dans un rôle de structuration et de coordination d'initiatives.

L'exemple de CoPa en Grand Est

Le projet CoPa naît en 2016 au sein du GHT Coeur Grand Est à partir d'un constat partagé par les professionnels de la périnatalité concernant les besoins d'accompagnement en post-partum. Inspirés par des expériences développées à l'international, les porteurs du projet imaginent un dispositif innovant de soutien à la parentalité après la naissance.

Dès l'origine, des échanges sont engagés avec l'ARS Grand Est afin d'étudier les possibilités de mise en œuvre et de financement. Bien qu'aucune solution ne puisse alors être mobilisée, ces premiers travaux posent les bases d'une réflexion commune autour des besoins du territoire.

L'ouverture du dispositif Article 51 offre ensuite un cadre favorable au développement du projet. Un travail de co-construction s'engage alors entre les porteurs du projet, l'ARS Grand Est et La DCGDR Grand Est afin d'adapter CoPa aux exigences de l'expérimentation : innovation organisationnelle, amélioration du parcours des patientes, prévention des ruptures



de prise en charge et évaluation de l'impact médico-économique.

Cette collaboration a permis de transformer une idée initiale en un projet structuré

et opérationnel, inscrit dans une démarche d'innovation en santé au service de l'amélioration du parcours post-partum.

La démarche ascendante (bottom up) correspond ainsi à une initiative portée par le terrain, ancrée dans les usages réels et les réalités opérationnelles. Lorsque le projet est régional, l'ARS choisit de le soutenir, de structurer et de projeter dans la durée.

Lors des premiers contacts avec l'Article 51, les projets se situent à des niveaux de maturité variables. Certains sont encore à un stade embryonnaire, tandis que d'autres bénéficient déjà d'un soutien financier (FIR, collectivités, autres subventions) et d'une première structuration, notamment autour d'objectifs définis et d'éléments probants attestant de leur faisabilité, sans pour autant disposer à ce stade de garanties de poursuite ou de changement

d'échelle.

À ce stade d'émergence, les ARS et les DCGDR participent à faire émerger et préciser le projet. L'enjeu est alors de ne pas freiner l'initiative, mais au contraire de la sécuriser sans la dénaturer. L'ARS joue alors un rôle de premier relais, parfois informel, en instaurant un dialogue précoce avec le porteur et l'équipe ministérielle Article 51.

STRUCTURER SANS DÉNATURER

La plupart des projets s'inscrivent d'abord dans une démarche d'exploration « encadrée », qui peut emprunter des modalités d'accompagnement diverses, adaptées au stade de maturité du projet, afin de sécuriser l'initiative sans en altérer la dynamique.

Ainsi, une étape de preuve de concept peut être soutenue par l'ARS. Cette modalité consiste à expérimenter une solution à petite échelle, sur

un périmètre volontairement limité (territoire, publics, acteurs), afin d'en vérifier la faisabilité opérationnelle et d'en observer les premiers effets en conditions réelles. Elle permet généralement de tester les modalités de mise en œuvre, d'identifier les ajustements nécessaires et de sécuriser le modèle avant d'envisager un éventuel changement d'échelle, tout en conservant une forte capacité d'adaptation et d'évolution.

L'exemple de OZ Ensemble

En amont de son intégration au dispositif prévu par l'Article 51, le projet Oz a fait l'objet d'un accompagnement par l'Agence régionale de santé Île-de-France.

L'ARS Île-de-France, en partenariat avec la Fabrique Numérique des Ministères sociaux, a déployé une démarche structurée visant à favoriser l'émergence et le développement d'innovations en santé. Cette dynamique, fondée sur la mobilisation des acteurs de

terrain et l'usage du numérique, s'est traduite par le lancement de deux appels à innovateurs en 2019 et 2022. Les projets retenus ont bénéficié d'un accompagnement individualisé, inspiré des méthodes agiles, en vue de leur maturation et de leur passage à l'échelle.

Le projet OZ Ensemble – Évaluer et maîtriser sa consommation alcoolique a été soutenu dans ce cadre. Il proposait un dispositif



gradué reposant sur trois niveaux d'intervention : une auto-évaluation associée à un programme d'auto-réduction, un entretien téléphonique avec un professionnel, puis un téléseuivi ou une orientation vers une prise en charge adaptée.

Les résultats observés sur la période expérimentale témoignent de la pertinence du dispositif, avec 589 sollicitations, 418 évaluations pluridisciplinaires réalisées et plus de 200 bénéficiaires suivis à distance. Le projet a par ailleurs permis de mieux capter certains publics, notamment des personnes plus

jeunes et des femmes, moins représentées dans les dispositifs classiques.

Dans une perspective de pérennisation et de passage à l'échelle, une extension du dispositif à deux autres régions est actuellement en cours dans le cadre de l'Article 51. Cette phase vise à consolider les modalités de financement et à évaluer les conditions de reproductibilité du modèle.

La structuration de projets peut s'inscrire dans la nécessité d'organiser une réponse de proximité afin de réduire les inégalités territoriales

d'accès aux soins et de développer un modèle organisationnel d'accompagnement global des patients.

L'exemple des microstructures addictions en Occitanie

En région Occitanie, le développement de 30 microstructures médicales addictions (MSMA), réparties sur les 13 départements, a permis de fournir un appui aux professionnels des soins primaires, pour faciliter l'orientation et la prise en charge en proximité des personnes en situation d'addiction complexe. 90% des microstructures addictions sont en zones rurales, dont 56% en zones rurales autonomes peu denses, répondant à la démarche « d'aller-vers » souhaitée par l'Agence Régionale de Santé dans une région particulièrement étendue et marquée par de forts contrastes entre les territoires. Certains départements présentent moins de 1 addictologue pour 100 000 habitants et les distances moyennes d'accès à un CSAPA dépassent 30 à 45 minutes dans plusieurs territoires.

La prise en charge pluridisciplinaire des personnes en situation d'addiction est plébiscitée

par les professionnels de santé. 90% des MSMA en Occitanie s'inscrivent dans un partenariat avec une structure d'exercice coordonné (maison de santé pluriprofessionnelle ou centre de santé). L'accompagnement social et les consultations psychologiques permettent d'aller au-delà de la conduite addictive et font parfois ressortir des situations particulières d'exclusion sociale ou de violences intrafamiliales.

L'entrée dans le dispositif par le médecin généraliste facilite le repérage et l'adhésion des patients, en particulier des femmes qui représentent 40% des personnes accompagnées en MSMA contre 25% en moyenne en structure spécialisée.

Les microstructures addictions constituent ainsi une offre de premier niveau pour les conduites addictives complexes en soins primaires.



Quelle que soit la nature du projet, sa consolidation repose très souvent sur la constitution d'alliances ou de consortiums associant plusieurs acteurs du territoire, qui n'auraient parfois pas envisagé de travailler ensemble spontanément. Ces dynamiques sont précieuses lorsque différents acteurs partagent des objec-

tifs convergents, sans pouvoir toutefois les atteindre isolément. La réussite de ces alliances, impulsées par l'ARS, repose sur un engagement fort des porteurs de projets : faire évoluer les regards, clarifier les responsabilités et construire progressivement une gouvernance partagée, au service d'une cause commune.

L'exemple d'AKO@dom-PICTO en Grand Est

AKO@dom-PICTO, un parcours ville-hôpital pour des patients atteints de cancer sous thérapies anticancéreuses orales et / ou immunothérapies, a montré que la nature même d'un co-portage public-privé-associatif est source d'innovation.

L'expérimentation réunit un Dispositif Spécifique Régional du Cancer (NEON Grand Est), une association de patients nationale (Patients en réseau), un CHRU (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg) et une start-up (Continuum + by Cureety), soutenu par l'URPS Pharmaciens Grand Est et accompagné par l'ARS Grand Est.

Des premières réflexions isolées en 2018, est née une expérimentation cohérente, adaptée aux patients et aux acteurs du Grand Est. L'Article 51, validé en 2021, s'est achevé

en octobre 2025 par une évaluation positive, pour un passage en droit commun.

La réflexion sur l'articulation des logiques hétérogènes de chacun - innovation technologique, exigence clinique, coordination territoriale, expérience patient - a été déterminante, tout autant que l'accompagnement de l'ARS.

Il a fallu travailler en co-construction et non en co-consultation pour construire une gouvernance adaptée, clarifier les logiques d'acteur, définir les objectifs communs, aligner les modèles économiques et anticiper les freins organisationnels et culturels.

De ces années de collaboration, il en ressort qu'il est fondamental d'organiser la diversité et non de l'effacer.

Certaines expérimentations prennent leur origine à l'échelle d'une région, mais trouvent rapidement un écho au-delà de leur territoire d'implantation. L'inspiration peut ainsi venir d'une autre région, où une initiative observée, comprise et mise en débat est ensuite appropriée et adaptée à d'autres contextes locaux.

Cette circulation des idées favorise la diffusion

des innovations tout en respectant les spécificités territoriales. D'où le rôle des ARS et des DCGDR, non seulement comme accompagnatrices des projets de leur territoire, mais aussi comme vigies capables de repérer, de valoriser et de transposer des dynamiques inspirantes issues d'autres régions, dans une logique d'apprentissage collectif et d'ouverture.



L'exemple de COCON en Occitanie

Le projet COCON trouve son origine en Occitanie, où un soutien historique de l'ARS, par un financement partiel des prises en charge, contribuait depuis plus de 10 ans à renforcer les soins destinés aux nouveau-nés les plus vulnérables.

Les résultats observés ont suscité l'intérêt de la Nouvelle-Aquitaine et de Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les trois régions ont alors construit un projet commun, tout en tenant compte de leurs spécificités respectives. Son déploiement s'est ainsi adapté à des contextes différents, qu'il s'agisse de la création d'un réseau de suivi des enfants vulnérables en Nouvelle-Aquitaine ou de la prise en compte de fortes disparités géographiques et sociales entre métropoles densément peuplées et départements très ruraux. Cette approche pragmatique et territorialisée a permis de fédérer les acteurs autour d'un objectif partagé. Aujourd'hui, COCON couvre les trois plus grandes régions françaises, démontrant la capacité d'une initiative née localement à répondre à des enjeux nationaux de santé publique.

LES ARS ET DCGDR, DES PARTENAIRES DANS LA DURÉE

L'ARS et la DCGDR interviennent comme partenaires engagés dans la durée auprès des porteurs de projets, et non comme de simples instances d'instruction. Dès les premières étapes, elles tissent une relation de confiance, contribuant à sécuriser les démarches tout au long de la vie de l'expérimentation, en laissant aux porteurs la capacité d'innover.

Concrètement, l'ARS et la DCGDR accompagnent les porteurs dans la lecture et l'anticipation des attendus nationaux, et les aident à positionner stratégiquement leur projet au sein de l'offre territoriale, en tenant compte de l'organisation des filières existantes et des partenariats déjà en place. Elles jouent ainsi un rôle d'interface entre le terrain et les cadres institutionnels.

Enfin, elles assurent un véritable rôle de coach, en restant engagées aux côtés des porteurs dans les moments clés du projet, notamment lors des phases d'incertitude, d'ajustement ou de transition, afin de sécuriser les choix opérés et accompagner la prise de décision.

Au-delà de l'accompagnement des expérimentations, l'ARS et la DCGDR agissent comme un véritable catalyseur de dynamiques territoriales, en créant les conditions d'une action publique intersectorielle, pragmatique et adaptée aux besoins et à la culture propre de chaque territoire. L'ARS et la DCGDR s'appuient sur un travail étroit avec les élus, les préfets, les conseils départementaux, les communes, pour co-construire des politiques publiques opérationnelles, qui répondent directement aux besoins de terrain, et soutenues sur le plan politique. Dans le prolongement de cette action institutionnelle, elles mobilisent également les URPS, les fédérations professionnelles et, lorsque cela est pertinent, les acteurs de l'écosystème de l'innovation (incubateurs, etc.), pour assurer l'ancrage des projets et leur appropriation par les acteurs du territoire.

Cette mobilisation élargie des acteurs permet ainsi de créer des conditions d'expérimentations robustes, tout en en faisant un levier concret d'évolution des politiques publiques au plus près des besoins des territoires.



ARGOS 2 : un projet co-construit dès l'origine, fondé sur une coopération étroite entre acteurs de terrain et institutions

ARGOS 2 s'inscrit dans la continuité de la HSA strasbourgeoise et a été conçu comme un dispositif expérimental relevant de l'Article 51, adossé au site Argos 1 à Strasbourg. Son émergence a reposé sur une mobilisation partenariale forte, associant dès le départ l'ARS Grand Est, la Ville de Strasbourg, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS), la Préfecture, la MILDECA, la Direction générale de la santé, la CNAM et l'équipe Article 51, ainsi que d'autres acteurs locaux et nationaux.

Le projet a pu voir le jour grâce à l'engagement durable de partenaires issus des champs sanitaire, social et institutionnel. Cette coopération a été déterminante pour en faciliter la mise en place, puis pour en accompagner l'évolution tout au long de l'expérimentation, dans le cadre d'échanges réguliers permettant d'ajuster le dispositif si nécessaire.

Cette dynamique collective a permis de sécuriser le projet, d'en préciser l'organisation et d'en faire un maillon complémentaire du parcours de soins et d'hébergement des personnes les plus précaires. ARGOS 2 tire ainsi son identité de cette logique de coopération, d'innovation et de continuité avec l'expérience Halte Soins Addictions (HSA), au service d'un accompagnement pluridisciplinaire et coordonné.

L'exemple d'antennes de pharmacies en Occitanie

La possibilité d'organiser des antennes de pharmacie dans les territoires en s'appuyant sur une pharmacie "mère" répond à une préoccupation légitime des élus locaux et notamment des maires, de pouvoir maintenir pour la population un accès à une desserte pharmaceutique, dans un contexte de fermeture de la dernière pharmacie de la commune. En Occitanie, la méthode d'instruction retenue s'est échelonnée sur plusieurs étapes successives :

- Recensement du besoin sur la base d'une analyse des données à l'échelle régionale, en s'appuyant sur les données issues du système d'information pharma SI et sur des éléments de cartographie permettant de repérer les pharmacies les plus proches ;
- Confirmation du besoin par la connaissance

du terrain et les échanges des directions départementales de l'ARS avec les partenaires notamment les élus et les professionnels de santé du terrain ;

- Recherche de consensus auprès des professionnels du territoire et d'émergence de candidatures de pharmaciens en associant les représentants de la profession (ordre, URPS, syndicats représentatifs) ;
- Accompagnement des expérimentateurs matérialisé à la fois dans la constitution du dossier de candidature, dans l'appui à la montée en charge de l'expérimentation et dans l'aide à la résolution des difficultés.



DU COLLECTIF AUX SOLUTIONS

L'Article 51 a aussi transformé les institutions qui l'accompagnent. En soutenant des projets issus du terrain, les ARS/DCGDR et les administrations centrales améliorent leur façon de travailler ensemble : de manière plus flexible, plus réactive et davantage ancrée dans les réalités opérationnelles.

Le parcours n'est pas sans obstacles ni résistances, mais cette méthodologie conduit à faire évoluer les pratiques, pour mieux intégrer les ajustements nécessaires à des projets menés en conditions réelles, auprès de patients, de professionnels et de territoires en mouvement.

Tout au long des expérimentations, l'Article 51 instaure des temps réguliers de partage et d'analyse, pour faire évoluer les modèles si nécessaire, résoudre collectivement les difficultés et renforcer la qualité de l'accompagnement. Ces échanges nourrissent une amélioration continue de l'action publique, au plus près des besoins du terrain.

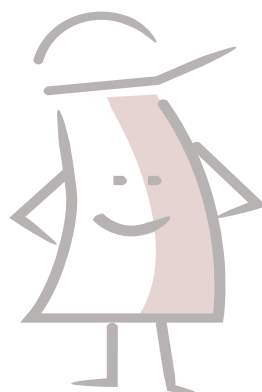
Dans la phase actuelle de transformation, alors que de nombreuses expérimentations accèdent au droit commun, il importe de maintenir l'implication des porteurs. Leur expérience et leur connaissance du terrain en font des partenaires essentiels pour adapter les modèles, assurer leur soutenabilité et accompagner leur changement d'échelle.

Par ailleurs, l'Article 51 permet à des expéri-

mentations portées sur différents territoires en réponse à des problématiques proches, de mutualiser leurs apprentissages et de constituer des collectifs d'acteurs comme les expérimentations en santé mentale et psychiatrie HOME et SIIS. Cette dynamique collective permet de faire converger leurs approches et de dégager les éléments constitutifs d'un modèle partagé de transformation du système de santé à portée nationale.

Enfin, les V2 (secondes phases expérimentales) s'inscrivent dans une logique d'approfondissement et de consolidation, lorsqu'une première expérimentation a démontré un fort potentiel sans toutefois avoir permis d'établir pleinement les conditions de transférabilité vers le droit commun. Ces nouveaux projets bénéficient alors de l'évaluation structurée conduite dans le cadre de la première phase expérimentale, permettant de capitaliser sur les enseignements opérationnels et d'identifier les composantes du modèle devant être ajustées au plus près des réalités observées.

Les V2 témoignent alors d'une forte appropriation de l'intervention par l'administration, notamment les directions du ministère de la santé qui décident même parfois d'en assumer le pilotage, afin de donner les meilleures chances de passage à l'échelle et de transformation durable.





L'innovation n'est jamais un chemin rectiligne. Elle se construit par ajustements successifs et impose aux expérimentateurs une capacité constante d'adaptation face aux contraintes rencontrées. Les tensions qui jalonnent ces trajectoires, écarts entre attentes, cadres institutionnels et réalités de terrain, ne constituent pas des freins en soi. Elles deviennent au contraire des leviers de progrès lorsqu'elles sont accompagnées, mises en débat et régulées.

Si les projets parviennent à tenir dans la durée, c'est parce qu'ils reposent sur un équilibre essentiel : **un terrain qui demeure moteur de l'innovation et une administration engagée dans la durée**, en tant que partenaire stratégique et ambassadrice des expérimentations.

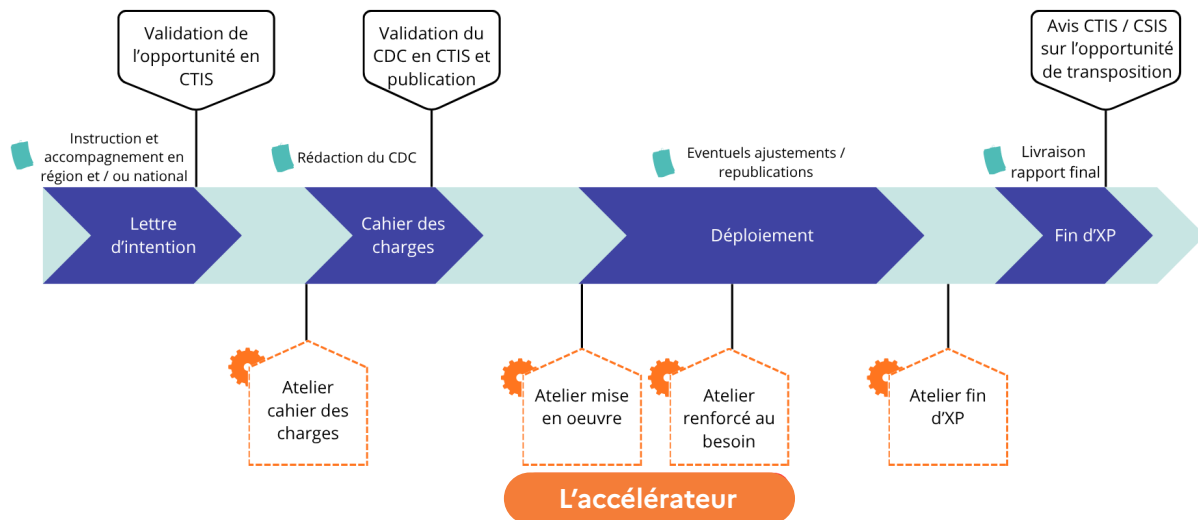
Mais cet équilibre reste fragile. Comment préserver l'esprit d'innovation à mesure que ces expérimentations s'inscrivent dans le droit commun ? Comment éviter que les cadres qui assurent leur pérennité ne finissent par en réduire la vitalité ? Le défi désormais est collectif : continuer à faire vivre cette capacité de s'adapter/se transformer dans un environnement institutionnel plus normé, tout en acceptant que la transposition puisse bousculer les organisations existantes. C'est à cette condition que l'innovation issue du terrain pourra conserver sa force transformatrice et nourrir durablement l'évolution des politiques publiques.

AUX CÔTÉS DES PORTEURS, DANS LA DURÉE

Si les ARS/DCGDR sont des accompagnateurs de proximité des projets, un accompagnement est également mis en place au niveau national pour les projets qui concernent plusieurs régions. Dans ce cas, la maïeutique nécessaire à tout projet revient à l'équipe nationale toujours en lien avec les ARS et les DCGDR. L'objectif à atteindre reste de faire émerger un projet en phase avec les politiques et réflexions nationales en cours sans pour autant dénaturer le projet proposé par le porteur et assumer sa part disruptive.

L'ensemble des projets (interrégionaux/nationaux et régionaux) peut également bénéficier de l'aide de l'accélérateur (cf. encadré) au moment de la construction du cahier des charges puis tout au long de la vie de l'expérimentation, dès lors que le cahier des charges a été validé puis autorisé.

Ainsi, de la conception de son cahier des charges à la fin d'une expérimentation, le porteur bénéficie d'un accompagnement par l'accélérateur et les équipes régionales et nationale.



L'atelier cahier des charges (CDC) a pour objectif d'accompagner le porteur de projet dans la formalisation de son cahier des charges (notamment sur le parcours et le modèle économique). Il vise à lever les réserves et points d'attention soulevés par le projet. La présence des experts «métiers» du ministère et de la Cnam est un des facteurs clés de succès de cet atelier.

L'atelier renforcé a pour objectif d'accompagner le porteur de projet lors de difficultés rencontrées dans le déploiement de son expérimentation. Il permet de travailler de manière concrète sur le diagnostic des obstacles rencontrés et l'identification de solutions possibles ou nécessaires. Il peut amener à modifier le modèle testé.

L'atelier de mise en oeuvre a pour objectif d'accompagner le porteur de projet dans le déploiement de son expérimentation. Il permet de travailler de manière concrète les aspects très opérationnels au démarrage comme par exemple, les données à collecter et le système de collecte, la facturation, l'embarquement des parties prenantes...

L'atelier de fin d'expérimentation (fin XP) a pour objectif d'accompagner le porteur de projet dans la préparation de la fin de l'expérimentation. Il permet d'explicitier les conséquences des deux grands options possibles que sont l'arrêt de l'expérimentation ou sa transposition en droit commun avant même l'obtention des résultats de l'évaluation finale. Cet atelier est souvent redouté par les porteurs mais la très grande majorité d'entre eux en reconnaissent la nécessité pour anticiper le plan d'action quelle que soit l'issue.



ZOOM sur

L'accélérateur

Créé en 2019, l'Accélérateur 51 est né de la conviction que l'innovation ne se décrète pas : elle se construit, se teste et se consolide dans le dialogue. Pensé pour accompagner les porteurs de projet dans les phases les plus déterminantes de leur parcours, il mobilise des méthodes d'intelligence collective pour faire émerger des solutions partagées, lever les obstacles et construire des passerelles entre innovation et action publique. En offrant un cadre de travail commun aux acteurs concernés, il accélère la maturation des projets et favorise leur concrétisation.

L'ACTIVITÉ 2025 DE L'ACCÉLÉRATEUR



11

Ateliers CDC



3

Ateliers Mise en œuvre



3

Ateliers renforcé



19

Ateliers Fin XP



2

Ateliers Capitalisation¹

8 séminaires/ateliers
internes/préparation de
la journée nationale

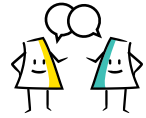
25 réunions des
communautés de
porteurs et des réseaux
ou café des porteurs

CUMUL DES ATELIERS RÉALISÉS AVEC LES PORTEURS DE PROJET AU 31 DÉCEMBRE 2025

124 Ateliers CDC
142 Ateliers Mise en œuvre
31 Ateliers renforcés
83 Ateliers de fin d'expérimentation
21 Ateliers capitalisation
29 Séminaires / Ateliers / JN
50 Communautés de pratiques

**2019-
2025**

¹. Atelier permettant à partir du retour d'expérience sur plusieurs expériences expérimentations d'identifier des enseignements transversaux.



DES RÉSULTATS SOUS LA LOUPE

LA PLACE DES PATIENTS

Toute expérimentation soutenue par l'Article 51 a pour finalité d'améliorer l'accès à la prévention et/ou à des prises en charge de qualité quelle que soit la thématique. Rappelons-le, ce qui est testé ce sont de nouvelles organisations et modes de financement, afin d'identifier de nouvelles solutions aux besoins de la population.

Le dispositif Article 51 reconnaît le rôle des usagers comme acteurs à part entière de l'innovation. L'implication des usagers/patients dans l'évaluation ne constitue pas seulement un principe démocratique : c'est une condition de réussite et de légitimité des projets. Comment ne pas faire participer ces usagers/patients à l'élaboration puis à l'évaluation des expérimentations dès lors qu'ils en seront les « testeurs » demain, et peut être les bénéficiaires si l'offre entre dans le droit commun ?

L'expérience patient a été approchée depuis l'élaboration des premiers protocoles d'évaluation, mais pas de façon systématique, ni harmonisée dans la méthodologie. Ainsi par exemple, dans les notes d'information destinées aux patients, il est rappelé que l'évaluation doit mesurer l'impact direct sur leur parcours du patient et éclairer la décision d'une éventuelle généralisation.

Le patient ou usager a sa place aux deux étapes clés des expérimentations art 51.

1. Intégrer, dès le début, l'expérience patient renforce la co construction et l'appropriation du modèle testé. Leur implication dès l'élaboration du cahier des charges jusqu'à l'évaluation améliore la confiance, la transparence et la légitimité du projet, surtout en vue d'un passage dans le droit commun. Le retour patient aide à vérifier que le modèle répond bien aux besoins et aux réalités des patients et à détermi-

ner si le modèle est compréhensible, utile et adaptable à d'autres territoires. Si certains projets émanent d'un échange riche avec les associations de patients où leur place peut même être dans le portage de l'expérimentation, cela reste encore un point d'amélioration.

2. Solliciter les patients lors de l'évaluation permet de garantir la pertinence des innovations grâce à des dimensions inaccessibles aux seuls indicateurs médico-administratifs. Le retour des patients et usagers permet d'évaluer le vécu, la qualité perçue, l'acceptabilité et l'impact réel sur leur quotidien — éléments essentiels que les indicateurs quantitatifs ne reflètent pas. L'intégration de leur voix enrichit l'analyse globale.

Associer les usagers/patients dans l'évaluation des expérimentations Article 51 permet d'obtenir une vision complète de leur impact. Leur contribution est donc indispensable pour transformer durablement les parcours de soins.

Des travaux ont été menés dans le cadre du séminaire des évaluateurs¹ des expérimentations relevant de l'Article 51 en mars 2025 pour mieux prendre en compte la voix des usagers/patients. Il se sont poursuivis par un atelier avec les porteurs d'expérimentation lors de la journée nationale des porteurs de projet du 18 novembre 2025.

Ils ont débouché sur un guide pratique qui sera mis à disposition en 2026 auprès de tous les évaluateurs des expérimentations Article 51. Il aura pour but de les éclairer sur le recueil et la valorisation de l'expérience des usagers/patients de ces dispositifs expérimentaux.

¹ cf. rapport au Parlement 2023 p. 49



L'ÉVALUATION EN MOUVEMENT

Le dispositif de l'Article 51 repose sur un principe d'évaluation systématique de l'ensemble des expérimentations, qui constitue à la fois une garantie de rigueur et un levier central d'aide à la décision publique. Cette évaluation, conduite tout au long du cycle de vie des projets, vise à documenter de manière objectivée, par des analyses à la fois quantitatives et qualitatives, leur faisabilité, leur efficacité et leur efficience, ainsi que leur capacité à être transposés dans le droit commun. Si l'ambition est d'aller aussi loin que possible dans l'analyse des impacts, l'évaluation se heurte néanmoins à des limites inhérentes à la complexité des organisations de soins, à l'hétérogénéité des contextes territoriaux, à la temporalité des effets observables et à la difficulté d'isoler certains effets propres aux dispositifs expérimentaux. Dans ce cadre, elle ne saurait constituer un outil de décision automatique, mais bien un éclairage structuré et argumenté venant nourrir l'appréciation des pouvoirs publics.

La qualité et la portée des évaluations ont néanmoins sensiblement progressé au fil des années.

Cette montée en puissance tient en particulier à une meilleure explicitation en amont des en-

jeux des expérimentations et des effets attendus, permettant de cibler plus finement les indicateurs pertinents. Elle s'accompagne d'une structuration plus précoce des jeux de données nécessaires à l'évaluation, donnant aux équipes la capacité d'organiser leur collecte de façon homogène et structurée dès le démarrage des projets. Cette anticipation permet d'éviter les pertes d'information sur les premiers patients inclus et de limiter le recours à des travaux de reconstitution a posteriori, souvent lourds et incertains.

Depuis le départ, la construction des protocoles d'évaluation repose sur une dynamique partenariale étroite avec les porteurs de projets. Ceux-ci contribuent activement à la définition des modalités d'évaluation, en formulant des propositions pertinentes tant sur le plan organisationnel que clinique. Si ce parti pris favorise l'adéquation entre les objectifs des expérimentations, les réalités de terrain et les méthodes d'évaluation, et renforce l'appropriation des résultats par les acteurs eux-mêmes, il a induit une stabilisation parfois trop tardive de protocoles avec une fragilisation de certains travaux d'évaluation.

BILAN DES DOCUMENTS D'ÉVALUATION

Finalisés par année





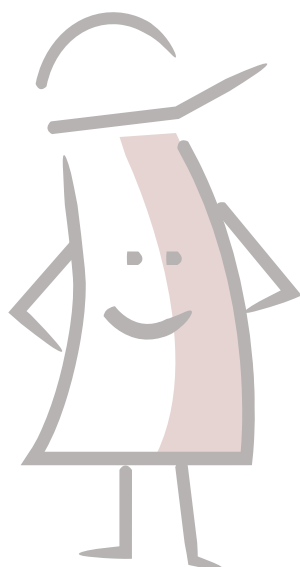
Progressivement, une véritable culture de la décision fondée sur les résultats de l'évaluation s'est diffusée au sein du dispositif. Les enseignements tirés des expérimentations jouent désormais un rôle structurant dans les arbitrages relatifs à la poursuite, à l'adaptation ou à la généralisation des projets. Cette acculturation se traduit par une meilleure appropriation des indicateurs de résultats et une attention accrue aux conditions de reproductibilité. Elle se heurte toutefois encore à une appropriation relative de la valeur des enseignements qualitatifs de l'évaluation par les utilisateurs des rapports, en particulier les décideurs publics, alors même que ceux-ci apportent des éclairages essentiels sur les mécanismes de fonctionnement des dispositifs, les facteurs de réussite ou d'échec et l'expérience vécue par les acteurs. Le renforcement de leur lisibilité et de leur mobilisation dans la décision constitue ainsi un axe d'amélioration.

Dans ce cadre, un travail est mené par la Cellule d'évaluation de l'Article 51 pour intégrer la mesure directe du point de vue des usagers, en mobilisant des outils standardisés de type PROMs et PREMs (cf. «La place des patients»). Ces instruments permettent de recueillir, respectivement, les résultats rapportés par les patients (état de santé, qualité de vie) et leur expérience du parcours de soins, en complément des analyses qualitatives. Leur déploiement contribue

à objectiver des dimensions essentielles du dispositif du point de vue des bénéficiaires, tout en évitant de réduire l'analyse à de simples indicateurs de satisfaction, insuffisants pour rendre compte du vécu réel des usagers. L'articulation entre ces approches standardisées et des méthodes qualitatives reste toutefois un enjeu méthodologique central pour produire une analyse à la fois robuste et compréhensible.

L'évaluation est ainsi appelée à s'enrichir progressivement de nouvelles dimensions, notamment relatives à l'empreinte environnementale des organisations de soins et à leur impact sur les inégalités sociales et territoriales de santé. Ces approches, encore en développement, constituent des pistes d'évolution visant à compléter les critères actuels, afin de mieux appréhender la contribution globale des organisations innovantes aux objectifs de soutenabilité et d'équité du système de santé.

À l'avenir, le renforcement des méthodes d'analyse, l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des données, ainsi que l'extension progressive du périmètre d'évaluation permettront d'accroître encore la portée de ces travaux. L'évaluation continuera ainsi à évoluer, non seulement comme outil de mesure des résultats, mais comme un instrument stratégique au service d'une transformation durable, équitable et efficiente du système de santé.



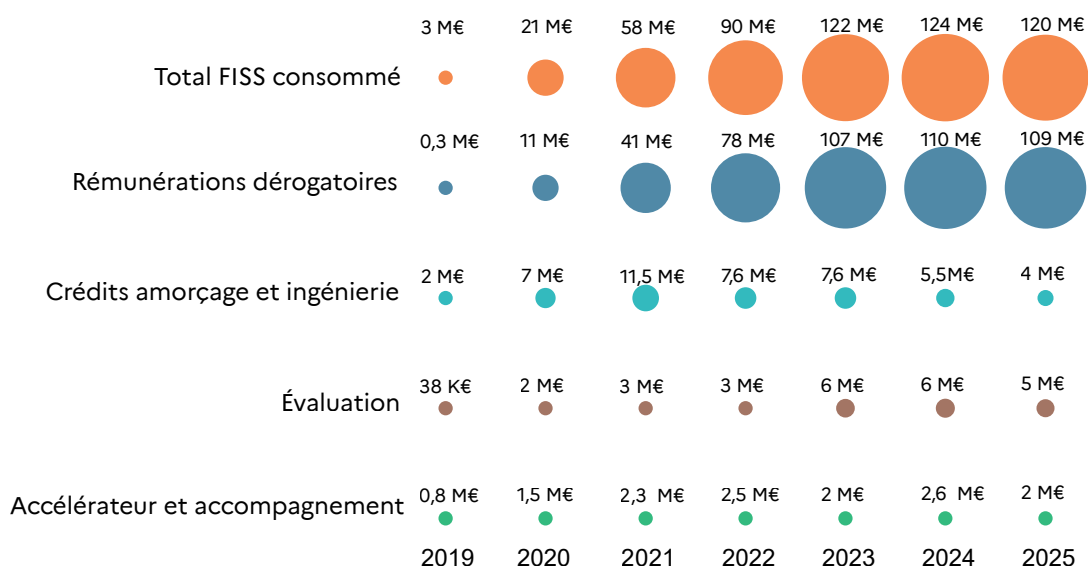


UN FONDS DÉDIÉ

Le déploiement du dispositif de l'Article 51 s'appuie sur un outil déterminant : le Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS), prévu à l'article L.162 31 1 du code de la sécurité sociale.

Par son existence même, ce fonds traduit un choix fort des pouvoirs publics : celui d'investir dans l'innovation organisationnelle comme levier de transformation du système de santé. En apportant des moyens dédiés, adaptés et évolutifs, le FISS permet de soutenir l'ambition des projets portés par les acteurs de terrain, d'accompagner leur montée en charge et de sécuriser des modèles innovants, en rupture avec

les cadres traditionnels. Il constitue ainsi un instrument stratégique, permettant de conjuguer capacité d'expérimentation, exigence d'évaluation et préparation des conditions de généralisation au bénéfice des patients et des professionnels. **Il permet ainsi d'inscrire l'innovation organisationnelle dans une logique d'investissement, en assumant une part de risque nécessaire à l'expérimentation** et en soutenant la montée en charge progressive des projets jusqu'à leur éventuelle généralisation.





3

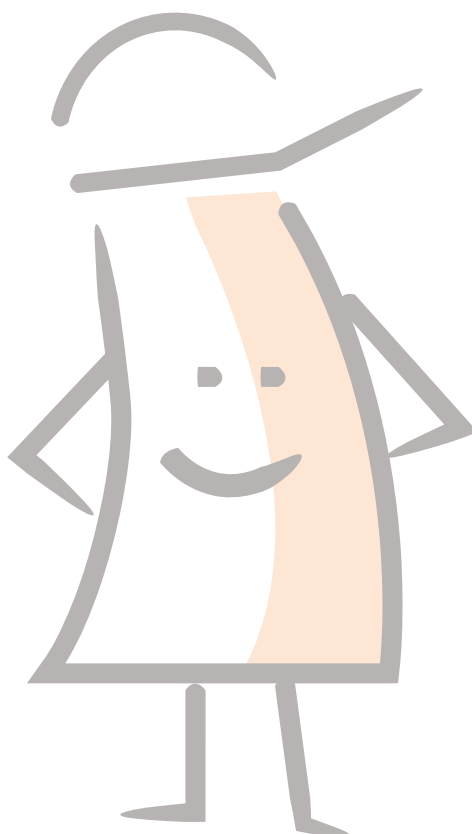
**DU TERRAIN AUX PO-
LITIQUES PUBLIQUES**



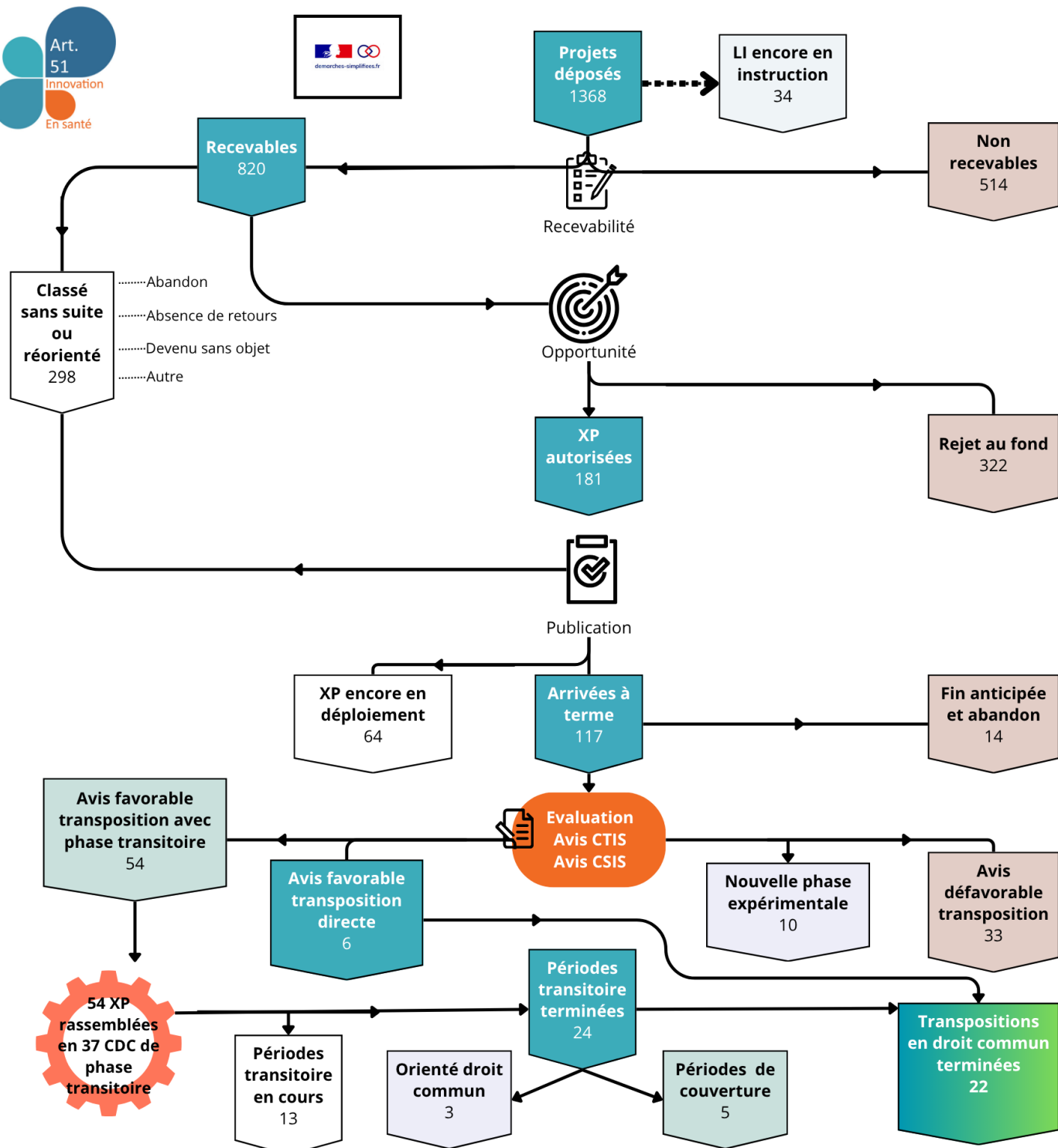
Le dispositif de l'Article 51 accompagne les porteurs de projet jusqu'au terme de la période transitoire de leur expérimentation. Cette phase constitue une étape décisive : elle permet de préparer la transposition des modèles ayant démontré leur pertinence dans le droit commun. À ce stade, les directions du ministère chargé de la santé et de la Cnam prennent le relais afin de traduire les enseignements des expérimentations en évolutions durables du système de santé.

Seules les expérimentations ayant démontré leur intérêt, au travers d'une évaluation positive et d'avis favorables du Comité technique de l'innovation en santé (CTIS) et du Conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS), peuvent être envisagées pour une généralisation. La capacité de transformation de l'Article 51 repose ainsi sur la capacité des pouvoirs publics à s'approprier ces modèles et à les traduire en nouveaux modes d'organisation, de financement ou de prise en charge.

L'Article 51 demeure un dispositif particulièrement exigeant. Depuis son lancement, seuls 12 % des projets déposés franchissent l'ensemble des étapes d'instruction jusqu'à l'autorisation d'expérimenter. Parmi eux, près d'une expérimentation sur deux obtient des résultats d'évaluation favorables ainsi que les avis positifs du CTIS et du CSIS, ouvrant la voie à une possible transposition. Depuis 2018 et jusqu'à mai 2026, ce sont ainsi **37¹ modèles innovants d'organisation, de financement ou de prise en charge** qui ont été transmis aux administrations et à la Cnam afin d'alimenter la transformation du système de santé.



¹ Plusieurs expérimentations n'ont donné lieu qu'à seul modèle parce qu'il s'agit de la même expérimentation déclinée dans plusieurs régions (ex : Equip'Addict),.



Données mises à jour au 28 juillet 2026

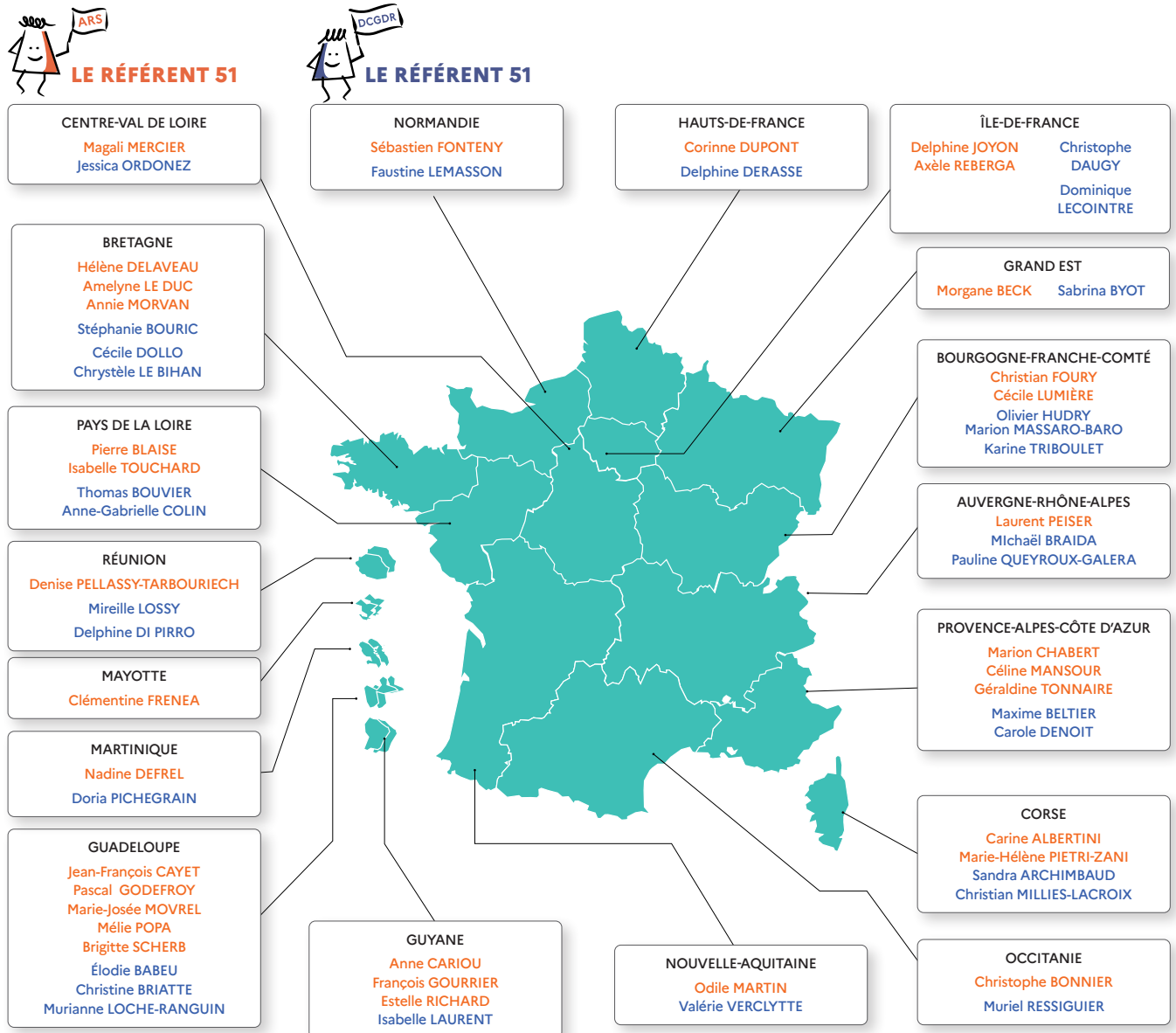
LES ANNEXES

ANNEXE 1 Les équipes au 31 décembre 2025

ANNEXE 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles

ANNEXE 3 Les abréviations

Annexe 1 Les équipes au 31 décembre 2025



L'ÉQUIPE NATIONALE

ÉQUIPE NATIONALE DÉDIÉE

Romain Barres
Zinna Bessa
Julie Bouscaïllou
Julie Gaillot
Cécile Lambert
Jean Malibert
Claire Oget-Gendre
Gabrielle Peyre-Lanquar
Baptiste Pluvinaige
Fattoum Smadhi

CNAM

Sandrine Augui
Pierre Bergman
Ève Blondel
Bertran Carlier
Ève Isenmann
Loïc Noiret
Victoria Redouly
Yohan Wluczyski

Accélérateur 51

Stéphane Arouete

CELEVAL

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

avec un soutien des Cnam
(Gard, Hérault, Ille et Vilaine et
Loire Atlantique)
de 2,75 ETP

avec un soutien de l'ARS HDF
de 0,2 ETP

Annexe 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles
au 31 décembre 2025

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 ont été cartographiées en fonction des différentes priorités et des stratégies, feuilles de route ou plans nationaux.

Expérimentation ou innovation à l'initiative d'acteurs

-  en cours
-  période transitoire
-  terminée
-  généralisée

Expérimentation ou innovation d'initiative ministérielle

-  en cours
-  période transitoire
-  terminée
-  généralisée

 Pour en savoir plus, voir site du 51

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

Les priorités ministérielles en matière de santé de l'enfant visent à renforcer la prévention précoce, à améliorer le repérage et l'accompagnement, et à sécuriser les parcours des enfants et de leurs familles. Dans ce cadre, les expérimentations de l'Article 51 contribuent à trouver des réponses à des enjeux majeurs.

-  Ariane et Ariane IDF
-  Base
-  Cocon NA, OCC, PACA

-  CoPa
-  DSPPEA
-  MEF

-  Pégase
-  Santé protégée
-  RéPAP

ZOOM sur

Ariane

ARIANE s'inscrit dans les orientations de la feuille de route Pédiatrie et santé de l'enfant 2024-2030, qui vise à garantir des parcours de santé fluides et sans rupture pour les enfants et adolescents présentant des besoins de santé particuliers. Le projet accompagne les adolescents atteints de maladies chroniques dans leur transition vers la médecine adulte en développant progressivement leur autonomie et leurs compétences en santé. Il propose un parcours personnalisé, coordonné et centré sur le jeune, intégrant les dimensions médicales, psychologiques, éducatives et sociales. En renforçant la coopération entre les acteurs hospitaliers, de ville et médico-sociaux, ARIANE sécurise la continuité des soins et prévient les ruptures de suivi. Il contribue ainsi aux objectifs nationaux de promotion de l'autonomie, d'amélioration de l'accès aux soins et de prise en compte globale des besoins des adolescents.

Annexe 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles au 31 décembre 2025

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

L'expérimentation Cocon, déployée sur trois territoires (Nouvelle Aquitaine, Occitanie, PACA), permet un repérage ultra précoce, dès la naissance ou dès la période anténatale si besoin, des nouveaux nés à haut risque de développer un handicap ou un sur-handicap, et organise la prise en charge et l'orientation le plus tôt possible. La prise en charge consiste à mettre en œuvre des soins de développement (orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, kinésithérapie, accompagnement psycho-affectif, orthoptie) en fonction de signes précurseurs afin de prendre en charge au plus tôt les déviations développementales.

 Cocon NA, OCC et PACA  Gé TSLA

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

Les expérimentations Pegase et Enfance protégée, qui ont reçu un avis favorable pour une transposition en droit commun, ont pour objet de renforcer et structurer le suivi de santé physique et psychologique des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance.

 Santé protégée  Pégase

Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie »

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	 Microstructures post-Covid-19
 DSPP 31 (adultes)	 Gé Passport bipolaire
 DSPPEA (enfants adolescents)	 Sesame
 Home	 SPAdepress
 MBCT	 SIIS

Annexe 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles au 31 décembre 2025

ZOOM sur

Home et SIIS

Les expérimentations HOME (Habitat cOMmunautaire soutEnu) et SIIS – Santé Mentale (Suivi intensif pour l'inclusion sociale) portent une même ambition : offrir une alternative concrète aux hospitalisations inadéquates des personnes présentant des troubles psychiques sévères et invalidants, en faisant le pari du rétablissement.

Elles reposent sur un accompagnement global – médical, psychologique et social – assuré par des équipes mobiles intervenant en milieu ordinaire. En facilitant, lorsque nécessaire, l'accès à un logement autonome et en apportant une réponse coordonnée à des besoins médico-sociaux élevés, ces dispositifs permettent de transformer durablement les parcours.

Programme national nutrition santé 4 2019-2023 : poursuivi par le programme national nutrition santé 5 pour la période 2026-2030 : 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).

Baria'Up
sas Emno
GPSO
Mamen'forme
Gé MRTC

X Obepar
X Obepedia
X Paco
Pralimap
Proxob

Timéo
Topase
Paco 2

ZOOM sur

Emno

EMNO, la première expérimentation terminée fait l'objet d'un déploiement sur les territoires sous forme de « parcours coordonné renforcé » pour l'obésité complexe de l'adulte. Ce nouveau vecteur de financement permet une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée en ville.

Annexe 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles au 31 décembre 2025

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.

- | | |
|------------------------|----------------------------------|
| X APA connectée cancer | Paco 2 |
| Ariane | Pralimap |
| Gé As du cœur | Precidive |
| Baria up | Proxob |
| X Cami Sport et cancer | Rempardos |
| Constel'Action | Read'hy |
| sas Emno | Resalgo |
| sas Eva Corse | RRTeledom |
| GPSO | sas Structures libérales légères |
| X Inspir'Action | Timeo |
| Mamen'Form | Topase |
| Metis Connect | Walk Hop |
| X Obepedia | |
| sas Occitan'air | |

ZOOM sur

As du cœur

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.

Annexe 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles au 31 décembre 2025

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 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



AKO@dom-PICTO et Thérapies orales

Ces deux expérimentations illustrent concrètement le virage de l'oncologie vers l'ambulatoire et le domicile. En structurant le suivi des traitements anticancéreux oraux en ville, elles reposent sur une coordination renforcée entre hôpital et professionnels de premier recours, notamment les pharmaciens. Grâce à des outils d'accompagnement et un suivi rapproché, elles sécurisent les parcours, améliorent l'observance et anticipent les effets indésirables, tout en évitant des ruptures de prise en charge.

Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027, Programme de lutte contre le tabac 2023-2027

Inspiré d'une initiative développée en Grand-Est, Equip'Addict est une expérimentation portée par cinq agences régionales de santé visant à améliorer l'accompagnement des patients présentant des parcours complexes liés aux addictions. Le dispositif repose sur une organisation coordonnée, pluriprofessionnelle et médico-psychosociale, articulée autour du médecin traitant et mobilisant notamment psychologues et travailleurs sociaux. Depuis le 1er janvier 2024, Equip'Addict accompagne au sein des cabinets médicaux des patients concernés par des addictions avec ou sans substance. Le tabagisme figure parmi les addictions les plus fréquemment prises en charge : 68,3 % des professionnels des microstructures médicales addictions (MSMA) Equip'Addict accompagnent des patients concernés, souvent dans un contexte de polyconsommation présentant une addiction au tabac.

-  Argos 2
-  Equip'Addict BFC, GE, HDF, IDF, OCC

 OZ

Annexe 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles au 31 décembre 2025

ZOOM sur

OZ

Avec OZ, l'enjeu est de détecter plus tôt les usages à risque et d'orienter rapidement vers les solutions adaptées. Le dispositif combine outils numériques (application), dispositifs de premier contact et télédiagnostic pour fluidifier l'accès à l'addictologie. En renforçant le repérage et l'orientation, il propose un parcours plus réactif, au service d'un objectif clé : redonner aux usagers les moyens d'agir sur leur consommation et prévenir les risques associés.

Pacte des solidarités 2024-2027 : améliorer l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables

L'objectif de ces expérimentations est de structurer et d'améliorer le parcours de santé des populations en situation de grande précarité 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 migrant
-  Equip'Addict (BFC, GE, HDF, IDF, OCC)

-  Microstructures post-Covid-19
-  Pascia'mans
-  Sec Participatives
-  Antennes de Pharmacie

Stratégie nationale de la santé sexuelle 2017-2030

Les expérimentations de centres de santé sexuelle d'approche communautaire (CSSAC) ont conduit à la création des centres de santé et de médiation en santé sexuelle (CSMSS), désormais inscrits dans le code de la santé publique. Ces structures contribuent à une approche globale de la santé sexuelle, en renforçant la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des infections, tout en organisant des parcours de soins intégrés (infectiologiques, gynécologiques, psychologiques et sociaux). Fondés sur une démarche communautaire et de médiation en santé, ils visent prioritairement à améliorer l'accès aux soins et la prévention auprès des populations les plus exposées, en développant des interventions de proximité et hors-les-murs.

-  Centres de santé sexuelle d'approche communautaire

Annexe 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles au 31 décembre 2025

Conférence nationale du handicap 2023-2026

Plusieurs expérimentations menées dans le cadre de l'Article 51 contribuent directement aux priorités de la Conférence nationale du handicap 2023-2026. Elles agissent notamment selon quatre axes : l'intervention au sein des établissements médico-sociaux, l'adaptation de l'offre de soin et du milieu de vie, le renforcement de la coordination entre acteurs sanitaires et médico-sociaux, et la mise en place d'accompagnements intégrés sur la durée. Ces expérimentations contribuent ainsi à faire évoluer les organisations pour rendre garantir les droits des personnes en situation de handicap.

 **AFM téléthon**

 **AUTO-NOM**

 **EqLAAT**

 **Facilisoins**

 **Handiconsult'34**

 **Hand'Innov**

 **Ildys/buccodentaire**

 **TEAM&CO**

Stratégie « bien vieillir » 2024-2030

Dans un contexte de vieillissement accéléré de la population, la stratégie « Bien vieillir » peut s'appuyer sur des organisations innovantes portées par l'article 51. Qu'il s'agisse de repérer plus tôt les fragilités avec des programmes comme ICOPE, de permettre aux personnes âgées de rester chez elles grâce à des dispositifs renforcés d'accompagnement, de mieux soutenir les aidants ou encore d'améliorer l'accès aux soins, y compris bucco-dentaires en EHPAD, ces initiatives dessinent progressivement un nouveau modèle mieux coordonné et centré sur les besoins réels des personnes âgées.

 **ADMR**

 **AUTONOM**

 **Buccodentaire GHT- Cher**

 **DNUT PDL**

 **DRAD**

 **CBDM**

 **Iatroprev**

 **Iatroprev 2**

 **ICOPE**

 **Ildys**

 **Lena**

 **Nutri'Age**

 **Octave**

 **Optimed**

 **Passcog**

 **Psycog**

 **Remidom**

 **RSMO**

 **SBDM**

 **Toktokdoc**

 **UFSBD**

 **Vigie Age**

 **UNA**

Annexe 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles au 31 décembre 2025

ZOOM sur PASSCOG

L'expérimentation Passcog a pour objectif de structurer et mettre en œuvre un parcours ambulatoire de diagnostic précoce des patients de plus de 50 ans consultant pour une plainte cognitive, et de proposer une prise en charge pour ceux qui ont effectivement une maladie neurocognitive dès un stade léger. Elle vise à renforcer le rôle des professionnels de premier recours, en particulier les médecins généralistes, en les formant et les outillant pour intervenir dès les premiers stades de la maladie, en organisant une articulation fluide avec les spécialistes et les consultations mémoires.

Pacte de lutte contre les déserts médicaux (avril 2025)

Dans un contexte de fortes inégalités territoriales d'accès aux soins, le Pacte de lutte contre les déserts médicaux vise à garantir une offre de soins plus équitable partout en France, en mobilisant de nouveaux leviers organisationnels et en renforçant les coopérations entre professionnels. Certaines expérimentations Article 51 s'inscrivent pleinement dans cette dynamique, en proposant des solutions concrètes pour améliorer l'accès aux soins de proximité, telles que le dispositif OSyS, le déploiement d'antennes de pharmacie ou encore les unités mobiles de télémedecine. .

 Antennes de Pharmacie
 Cardio+
 Domoplaies

 Osys
 UMT

Annexe 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles au 31 décembre 2025

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 gesta
 TLS diabète gesta
 (BRE) - Candiss
 UFSBD
 Vigie Age
 Walk Hop

TÉLÉEXPERTISE

 Buccodentaire Cher
 Cardio+
 Domoplaies
 Gecoplaies
 Ildys
 SBDM

TÉLÉSOIN

 Walk Hop

TÉLÉCONSULTATION

 Baria'Up
 Cami Sport et Santé
 Cardio+
 Cica corse
 Inspir'Action
 MTR - Ipso santé
 Osys
 RSMO
 SBDM
 Toktokdoc
 UMT

Annexe 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles au 31 décembre 2025

Accélérer la sortie du «tout T2A» (tarification à l'acte) et privilégier la qualité et la pertinence des soins (Suites du Ségur 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 reposent sur une logique de rémunération au suivi : un montant forfaitaire est attribué par patient pour couvrir une prise en charge globale (suivi, prévention, dépistage, soins...), indépendamment du volume d'actes réalisés. Ce forfait s'applique dans un cadre défini — en fonction d'un type de population, d'un territoire ou d'un périmètre d'interventions — et sur une période donnée (mensuelle, trimestrielle ou annuelle). Il est le plus souvent modulé selon le profil des patients, afin de tenir compte de leur niveau de risque.

 ADMR
 AFM téléthon
 DRAD
 MTR - IPSO santé
 Pegase

 PEPS
 PEPS2 CDS
 PEPS2 MSP
 Primordial
 Toktokdoc

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

Annexe 3 Liste des abréviations

APA : Activité physique adaptée	HDF : Hauts-de-France
ARA : Auvergne Rhône Alpes	HSA : Halte soins addictions
ARS : Agence(s) régionale(s) de santé	HSB : Homme ayant des relations sexuelles avec un homme
A51 : Article 51	HUS : Hôpital universitaire de Strasbourg
BFC : Bourgogne-Franche-Comté	IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'état
BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive	IDF : Île-de-France
BRE : Bretagne	IRC : Insuffisance rénale chronique
CHU : Centre hospitalier universitaire	IRCT : Insuffisance rénale chronique terminale
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie	IST : infection sexuellement transmissible
CPP : Centre périnatal de proximité	JN : Journée nationale
CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
CSIS : Conseil stratégique de l'innovation en santé	M : million
CSP : Code de la santé publique	MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
DCGDR : Direction(s) de la coordination de la gestion du risque	MS : Microstructure
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale	MSMA : Microstructure médicale addictions
DGOS : Direction générale de l'offre de soins	MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle
DGS : Direction générale de la santé	NA : Nouvelle-Aquitaine
DIPPE : Dispositif de détection et d'intervention précoce pour les psychoses émergentes	OCC : Occitanie
DIVA : Dijon vascular project	PA : Personne âgée
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
EDS : Épisode(s) de soins	PH : Personnes en situation de handicap
EHPAD : Établissement(s) d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	PMI : Protection maternelle et infantile
EN : Équipe nationale	PREMs : Patient-reported experience measures
ESMS : Établissements et services médico-sociaux	PROMs : Patients-reported outcome measures
FIR : Fonds d'intervention régional	SAMU : Service d'aide médicale urgente
FISS : Fond pour l'innovation du système de santé	URPS : Union régionale des professionnels de santé
GE : Grand Est	VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
HAS : Haute autorité de santé	XP : Expérimentation
HDA : Hypertonie déformante acquise	

