

RAPPORT FINAL

Equip'addict : Développement
harmonisé du dispositif des
microstructures médicales addictions

Réalisé par les Hospices Civils de Lyon

Septembre 2023



Rédacteurs

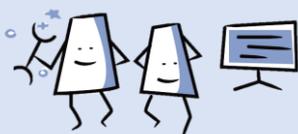
Maël Dieudonné, Jessica Chryssomalis, Melvin Salignat, Hugo Noëlle et Asma Fares

Affiliations :

Pôle Santé Publique des Hospices Civils de Lyon :

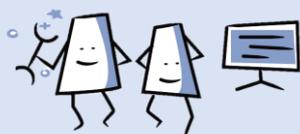
- Service d'Évaluation Économique en Santé
- Service 3P – Promotion, Prévention et Santé populationnelle

Laboratoire Reshape (RESearch on HealthcAre Performance) de recherche en Santé Publique Inserm U 1290



Remerciements

Nous remercions les professionnels des microstructures, des structures médico-sociales et des ARS rencontrés pour leur disponibilité et les nombreux échanges au service de cette évaluation. Nous remercions également les référents de la Cellule Évaluation de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé et de la Prévention, les référents de la cellule facturation de la CNAM et de l'équipe nationale projet Article 51 du Ministère de la Santé et de la Prévention pour leur disponibilité tout le long de ce processus d'évaluation.



Synthèse – Points saillants

Le présent document constitue le rapport d'évaluation finale de l'expérimentation « Equip'addict : Développement harmonisé du dispositif des microstructures (MS) médicales addictions (MSMA) », portée par les Agences Régionales de Santé (ARS) Bourgogne-Franche-Comté (BFC), Grand Est (GE), Hauts-de-France (HdF), Île-de-France (IdF) et Occitanie. Elle s'inscrit dans le cadre du dispositif Article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

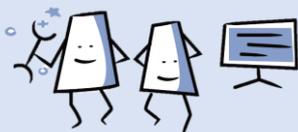
Cette évaluation a été réalisée entre le premier semestre 2022 et le premier semestre 2023, et a mobilisé des méthodes qualitatives (études de cas et entretiens semi-dirigés avec toutes les parties prenantes) et une analyse descriptive des données d'activité des MSMA issues de la plateforme Maia¹, des données de facturation, et d'enquêtes par questionnaires auprès des coordinateurs, des professionnels intervenant en MSMA, des médecins généralistes, et enfin des patients.

Au terme de l'évaluation, on peut estimer que le dispositif a démontré son intérêt et sa capacité à être transféré en médecine générale et dans des contextes différents. Ce sont les stratégies de déploiement qui semblent encore poser question, au regard de quelques difficultés de coordination et de partage d'information.

Les principaux résultats observables sont les suivants :

1. **Le nombre de MSMA en activité au printemps 2023 s'élève à 126, sans compter 9 projets sur le point d'aboutir, pour un objectif de 154 au terme de l'expérimentation. Ainsi, 81,8 % des MSMA prévues sont ouvertes, et 87,7 % devraient l'être au terme de l'expérimentation.** Parmi ces MSMA, 49 existaient avant l'expérimentation, et **77 ont été créées dans le cadre de l'expérimentation Article 51**, dont 15 au premier semestre 2023. 18 ouvertures de MS étaient prévues pour le second semestre de l'année 2023. Au total, et en comptant les ouvertures prévues, la BFC et l'Occitanie ont atteint leurs objectifs (de 11 MSMA sur 11 prévues et 30 sur 30 respectivement), le GE s'en rapproche fortement (45 MSMA pour un objectif de 48, soit 93,8 % des objectifs atteints), tout comme l'IdF (18 sur les 22 prévues, soit 88 % des objectifs atteints), et enfin la région HdF a connu un rythme de développement moins soutenu qu'espéré, avec 27 MSMA en activité pour un objectif de 40 MSMA en 2023 (soit 67,5 % des objectifs).
2. **Les MSMA ont inclus un total de 4542 patients entre 2020 et le printemps 2023**, et on peut estimer qu'elles auront inclus 4936 patients à la fin de l'année 2023, soit 42,4 % des objectifs d'inclusion. Sur la période de recueil des données, **8967 forfaits** ont été facturés par les MSMA, ce qui correspond à environ 2 forfaits par patient en moyenne.
3. Le développement des MSMA a pu compter sur **46 établissements médico-sociaux (EMS) porteurs et 113 structures de soins primaires (SSP). La plupart des SSP sont pluriprofessionnelles**, généralement tournées vers l'exercice coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelles ou centres de

¹ Plateforme de collecte de données (sanitaires et d'activité) développée par la Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures à des fins d'évaluation.



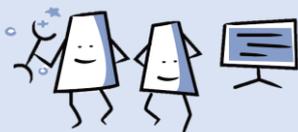
santé pour **81 % d'entre elles**). Les MSMA portées par des cabinets médicaux individuels ou partagés sont principalement localisés en région GE et généralement, elles préexistaient à l'expérimentation (80 % des MSMA portées par des cabinets sont dans le GE).

4. On retrouve 470 professionnels impliqués dans les MSMA, dont **339 médecins, 65 psychologues, 66 intervenants sociaux**. Plus des deux tiers des psychologues sont salariés d'un EMS (72,3 % d'entre eux).
5. **La coordination administrative du projet est satisfaisante. Dans les régions, on retrouve deux modalités de coordination.** Celle-ci apparaît soit complète et dédiée, portée par des associations départementales ou régionales ; soit disséminée entre plusieurs acteurs locaux et régionaux, faute de poste dédié. Durant la durée de l'expérimentation, aucun des deux modèles ne soulevait de difficulté insurmontable. En vue d'une généralisation des MSMA, le premier modèle d'une coordination à l'échelle des territoires serait cependant à privilégier.
6. **Le modèle économique, reposant sur une rémunération forfaitaire, et revalorisée à hauteur de 806 euros par patient à la fin de l'année 2021, semble globalement satisfaisant, à condition d'adapter le montant aux contraintes des professionnels (temps de trajet, temps de traitement des dossiers).** Les données quantitatives transmises ne permettent pas de juger de l'adéquation des forfaits vis-à-vis des besoins des patients, les fichiers de contrôle et les données Maia étant lacunaires.

Les questions évaluatives ont permis de faire apparaître l'efficacité du dispositif des MSMA, notamment à propos des aspects suivants :

7. **Le déploiement des MSMA a permis l'amélioration du maillage territorial**, de deux façons différentes. Soit les MSMA ont été implantées dans des zones rurales où l'offre de soin addictologique était faible, voire inexistante ; soit elles ont été développées dans des zones urbaines, mais où les structures addictologiques ne peuvent pas répondre à la demande des patientèles. A ce sujet, la répartition des MSMA est relativement équilibrée : les MSMA implantées **en zone rurale autonome ou sous faible influence d'un pôle urbain représentent 46 % des effectifs**. À l'inverse, **39,9 % d'entre elles sont situées dans des territoires urbains**.
8. Les MSMA permettent d'atteindre des publics qui fréquentent habituellement peu les structures addictologiques, en particulier les femmes. En effet, au printemps 2023, la plateforme Maia recensait **2418 inclusions assurées par les MSMA, avec un sex ratio équilibré, contrairement à ce qu'on observe en Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)** généralement ($\approx 75\%$ d'hommes vus en CSAPA²). Ces données constituent une estimation basse des patients suivis en MS et ne considèrent pas les renouvellements de suivi. Les données Maia n'ont pas permis de

² Observatoire français des drogues et des tendances addictives. Caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA en 2020. Bilan, février 2023

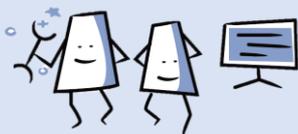


caractériser leurs profils sur les plans socio-économique, des conduites addictives prises en charge ou de complexité.

9. **En prenant pour référentiel la complexité des *parcours de soins*** (plutôt que la complexité des patients), on peut considérer que les MSMA permettent de **réduire la complexité des situations des patients**, notamment en offrant un soin addictologique accessible et de qualité, et en permettant aux médecins généralistes une montée en compétences sur les questions addictologiques, notamment *via* la tenue des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP).
10. **Une forte adhésion des professionnels et des patients au format d’intervention**, avec un niveau de satisfaction très élevé concernant la qualité de la prise en charge, démontrant la pertinence de l’expérimentation Equip’addict.

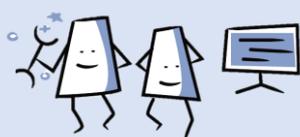
Ainsi, **l’intérêt et la transférabilité du dispositif sont avérés en principe** : beaucoup de MSMA fonctionnent sans difficulté majeure, et proposent une prise en charge équivalente à celle offerte par les CSAPA, jugée pertinente en addictologie. Cependant, l’expérimentation a permis d’identifier **des dimensions du projet qui méritent d’être approfondies** pour la généralisation à l’échelle nationale, notamment à partir du constat d’un certain nombre d’écarts persistants vis-à-vis du cahier des charges socle :

11. **Les objectifs de création de MSMA et d’inclusion sont proches des prévisions. Différents facteurs peuvent expliquer que les effectifs soient légèrement en-deçà des prévisions**, , notamment des objectifs trop ambitieux qui ne tiennent pas compte des délais de démarrage des MSMA, causés par exemple par d’éventuelles difficultés de gestion de ressources humaines (RH) pour les EMS porteurs.
12. **La coordination médicale est manquante ou incomplète** dans la plupart des régions, sans que les formations proposées par la Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures (CNRMS) aient suffi à combler les besoins des médecins.
13. **Le risque d’illisibilité** du fonctionnement des MS, causé par la diversité des motifs d’inclusion (addiction, précarité) et la ressemblance avec le dispositif Microstructures Post-Covid (MSPC), appelle une réflexion sur le périmètre d’intervention des MS.
14. **Le système d’information apparaît insatisfaisant**, comme en témoigne la faiblesse des données quantitatives recueillies, même après allègement des questionnaires dans Maia. Son ergonomie semble inadaptée aux pratiques des professionnels, en particulier des médecins. Par ailleurs, les modalités de renseignement des prises de rendez-vous sont très variables d’une MSMA à l’autre, et le partage d’information sécurisé n’est pas toujours garanti, notamment pour les professionnels qui n’ont pas accès aux logiciels métier des SSP.



Au regard de ces constats, **six grands thèmes** semblent constituer des éléments incontournables de réflexion pour le passage dans le droit commun :

1. **Clarifier le périmètre d'intervention des MS**, éventuellement en faisant le choix du décloisonnement des spécialités de prise en charge. Ceci conduirait à créer des MS généralistes, qui auraient vocation à inclure des patients présentant des problèmes psychosociaux variés.
2. **Calibrer les modalités de coordination administrative** en fonction du choix d'orientation des MS (spécialisées ou généralistes). Dans tous les cas, le choix de consacrer des postes dédiés à la coordination administrative au niveau régional ou départemental semble le plus judicieux.
3. **Renforcer la coordination médicale**, en assurant le recrutement de médecins coordinateurs au sein des réseaux de microstructures.
4. **Assurer la soutenabilité des MS**, en prenant particulièrement en compte :
 - **Le seuil minimal de 5 MS par porteur**, qui permet la péréquation des ressources (RH et budgétaires) ;
 - **Les temps de coordination entre professionnels** ;
 - **La nécessité de locaux suffisants** pour assurer la coordination informelle et limiter les risques d'isolement des psychologues et des intervenants sociaux ;
 - **La prise en charge des frais de transport** des psychologues et intervenants sociaux.
5. **Repenser le système d'information**, en faisant le choix d'un logiciel ou d'un module qui s'intègre aux pratiques des médecins généralistes. Pour cela, une réflexion juridique sera nécessaire au niveau inter-régional ou national pour harmoniser les pratiques autour du partage d'information.



Synthèse générale

Le présent document constitue le rapport d'évaluation finale de l'expérimentation « Equip'addict : Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions », portée par les Agences Régionales de Santé Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France et Occitanie. Elle s'inscrit dans le cadre du dispositif Article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Le dispositif des MS se distingue par son ancienneté : les premières ont ouvert en 1999 en Alsace avec une volonté d'accompagner les consommateurs d'opiacés, d'où elles ont progressivement essaimé. Au démarrage de l'expérimentation, 49 MS fonctionnaient déjà dans les 5 régions participantes.

Cette évaluation finale a été réalisée entre le premier semestre 2022 et le premier semestre 2023, et a mobilisé des méthodes qualitatives (études de cas et entretiens semi-dirigés menés principalement avec les porteurs, les coordonnateurs du dispositif à différents niveaux, les professionnels des MSMA et des directeurs de structures médico-sociales qui détachent psychologues et travailleurs sociaux au sein de ces MS), et d'une analyse descriptive des données d'activité des MS issues de la plateforme Maia, des données de facturation, et d'enquêtes par questionnaires auprès des coordinateurs, des professionnels intervenant en MS, des médecins généralistes, et enfin des patients.

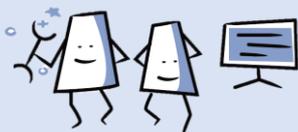
Au terme de l'évaluation, on peut estimer que le dispositif a démontré son intérêt et sa capacité à être transféré en médecine générale et dans des régions différentes. Cette synthèse reprend les principaux résultats de l'évaluation, articulés autour des quatre questions évaluatives (rappelées ci-après).

- **Faisabilité : dans quelle mesure le dispositif s'est-il implémenté ?**

L'implémentation du dispositif est mesurée de quatre manières : par le biais de l'efficacité des différentes activités de coordination, du nombre de MSMA en activité, du nombre de patients inclus et enfin de la qualité de fonctionnement des MSMA.

Concernant la coordination, l'expérimentation Equip'addict se distingue par la diversité des acteurs impliqués et la pluralité des niveaux auxquels ils interviennent, rendant leur coordination particulièrement cruciale. Le cahier des charges (CdC) socle distingue trois types de coordination. Les coordinations administrative et médicale interviennent en proximité, au contact de MSMA et de leurs équipes. La coordination nationale s'opère au contact des coordinateurs locaux.

L'efficacité de la coordination administrative dépend en grande partie du nombre de MSMA coordonnées par chaque EMS. Pour les EMS portant de 1 à 3 MSMA, la coordination administrative est assurée par des acteurs variés, sans temps dédié. Les EMS portant de 5 à 18 MSMA, profitant de ressources plus importantes, peuvent recruter des coordinateurs administratifs dédiés. L'absence de coordinateur administratif dédié se révèle être un facteur de fragilité face à des dysfonctionnements provenant aussi bien des MSMA que des EMS : faiblesse des inclusions, non-organisation des RCP, manque d'engagement des médecins, absence durable d'un professionnel, etc. Lorsque la coordination administrative est assurée par des acteurs sans temps dédié, le risque est également plus important de voir les missions annexes



telles que le soutien à l'évaluation ou le déploiement de nouvelles MSMA, être abandonnées. Ceci explique la difficulté des petits réseaux historiques à se développer. Les EMS profitant d'un réseau plus important de MSMA parviennent mieux à résoudre les difficultés de fonctionnement auxquels ils sont confrontés. **La concentration des MSMA, à partir d'un seuil de 5 à 6 MS par EMS, apparaît comme un facteur de résilience.**

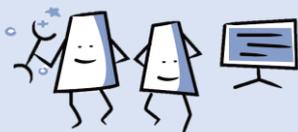
Les acteurs font part des **difficultés à recruter des médecins afin d'assurer la coordination médicale**. En l'absence de médecin salarié pour assurer l'ensemble des missions définies par le CdC socle, la coordination médicale est effectuée par des médecins s'impliquant sur leur temps personnel, sans toujours être rémunérés, voire est inexistante lorsqu'aucun médecin n'est disponible. La présence d'une coordination médicale complète et dédiée concerne au mieux le tiers des MSMA. Dans de nombreux cas, d'autres acteurs tels les coordinateurs administratifs ou bien les acteurs transversaux se retrouvent à devoir assurer les missions les plus essentielles, comme l'animation des RCP, l'organisation des formations ou encore l'organisation de temps d'échange sur les pratiques. **La coordination médicale n'est donc pas implémentée de manière satisfaisante.**

La coordination nationale confiée à la CNRMS renvoie à l'organisation de réunions mensuelles d'échange entre les coordinateurs locaux et à un accompagnement des acteurs principalement concernant le logiciel MAIA. Malgré **un intérêt certain** porté à ces dispositifs d'échanges et de formations, les coordinateurs et acteurs transversaux font part que **l'éloignement de la CNRMS, limitait sa capacité à apporter des solutions concrètes face aux problématiques rencontrées sur le terrain.**

Les difficultés rencontrées donnent à voir la nécessité d'apporter des moyens supplémentaires, afin d'améliorer la coordination, qui doit s'exercer aux échelons locaux, départementaux ou régionaux, et nationaux.

Concernant les effectifs de MSMA, le décompte du nombre de MSMA en activité a été rendu complexe de par l'existence de deux modes comptabilisation distincts employés par les EMS. **Le nombre de MSMA en activité au printemps 2023 s'élève à 126, sans compter 9 projets sur le point d'aboutir**, pour un objectif de 154 au terme de l'expérimentation. Ainsi, **81,8 % des MSMA prévues sont ouvertes au terme de la collecte des données, et 87,7 % devraient l'être au terme de l'expérimentation.** Les objectifs n'ont pu être atteints de par le nombre insuffisant d'ouvertures de nouvelles MSMA. Les Structures de Soins Primaires (SSP) l'expliquent par la faible disponibilité des médecins, l'inégale appétence des médecins généralistes pour la pluriprofessionnalité, les réticences de certains médecins à s'engager sur les conduites addictives, la crainte d'une lourdeur administrative excessive des MSMA, l'absence de bureaux pour recevoir les professionnels, ainsi que l'absence de loyers versés par les MSMA pour l'utilisation des bureaux.

Ces retours mettent en lumière **l'importance et la nécessité du travail de prospection et de consolidation** destiné à convaincre les médecins que les MSMA constituent moins une charge supplémentaire qu'une aide précieuse leur permettant de travailler plus efficacement et confortablement, et méritant quelques efforts.



Concernant les effectifs de patients, les objectifs d'inclusion ont également été manqués. Sur la période 2020-2023, **le nombre de patients inclus au sein des MSMA s'élève à 4936**. Cela représente **42,4 % des objectifs fixés par le CdC socle**. Ces résultats sont cohérents, car le nombre de MSMA inférieur aux prévisions et les ouvertures plus tardives qu'espéré expliquent en grande partie que les objectifs d'inclusions n'aient pas été atteints.

Il apparaît cependant que **certaines MSMA souffrent d'une faible dynamique d'inclusion** : 19% des MSMA en activité au 15 mai 2023 avaient inclus moins de 5 patients dans la base Maia. Cependant, la base Maia est extrêmement incomplète. Le manque de données fiables rend difficile la comparaison à l'échelle des MSMA, et la formulation de causes claires quant à la faiblesse des inclusions.

On remarque que **les régions où les rythmes d'inclusion sont les plus faibles sont celles où les MSMA sont le plus situées en zones rurales**. L'hypothèse est que les médecins généralistes sous-estimerait la prévalence des conduites addictives dans ces territoires, ne les dépisteraient pas suffisamment, ou auraient tendance à repérer les patients souffrant d'addictions très tard, lorsque les consommations ont déjà des conséquences graves sur leur santé physique et/ou mentale, et/ou sur leur situation sociale.

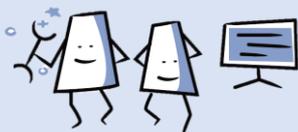
Les capacités limitées de prise en charge des MSMA expliquent également la non-atteinte des objectifs. Un consensus se dégage parmi les enquêtés sur le nombre de patients qu'il est possible de suivre en MSMA, qui culminerait à une trentaine par an avec des professionnels venant une demi-journée par semaine. D'après les données issues de l'enquête auprès des EMS, en moyenne, les psychologues sont présents 2,6 heures par semaine dans les locaux des MSMA, et les intervenants sociaux, 2,3 heures.

Enfin, 22, soit 8% des médecins répondants à l'enquête de satisfaction témoignent des **réticences de certains patients** à la consultation d'un psychologue ou d'un travailleur social, en raison du stigmate social associé aux addictions en général et à ces recours ou parce qu'ils n'en perçoivent pas le bénéfice. Les inclusions nécessitent donc un travail, entre autre motivationnel, auprès du patient, compétence que les médecins ne maîtrisent pas nécessairement.

- ***Facteurs internes et externes favorisant ou freinant le déploiement et la structuration en réseaux des MSMA***

Le CdC socle prévoit que les équipes des nouvelles MSMA soient formées avant leur ouverture, afin de les aider à s'approprier ce dispositif et à l'opérationnaliser. **Les séances de formation ont souffert de difficultés logistiques**, impossibilités de trouver des dates communes aux professionnels salariés et libéraux, médecins dans l'incapacité de pouvoir dégager plus d'une heure. De plus, les quelques rares retours des médecins, se sont avérées assez mitigés, ceux-ci jugeant la formation trop théorique et généraliste, avec un temps trop important consacré au logiciel Maia.

La capacité des MSMA à fonctionner de manière intégrée repose beaucoup sur l'interconnaissance et des échanges informels qui peuvent se développer entre les professionnels. **Les RCP** constituent le principal vecteur de pluriprofessionnalité dans le dispositif Equip'addict. Les données qualitatives témoignent cependant de



difficultés à les organiser, les médecins ne parvenant pas à dégager suffisamment de temps pour des RCP dédiées aux patients suivis en MSMA, ce qui conduit les professionnels à se satisfaire – au mieux – d'échanges informels lors de temps interstitiels.

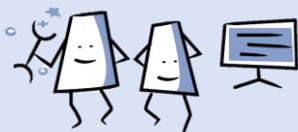
La **configuration organisationnelle** des MSMA s'avère également importante. La mise à disposition d'un bureau dédié pour les professionnels, des pauses méridiennes communes entre les professionnels et les médecins, la possibilité pour le psychologue et le travailleur social de se rencontrer hors de la MSMA sont autant de facteurs favorisant les dynamiques interprofessionnelles.

Les **difficultés de gestion des RH** expliquent les difficultés à ouvrir de nouvelles MSMA, mais elles peuvent également affecter des MSMA déjà ouvertes, en dégradant le fonctionnement d'équipes dynamiques et intégrées. Dans l'expérience des coordonnateurs, les MSMA ne sont pas prioritaires dans les activités des EMS, du moins lorsqu'elles sont dispersées, et sont les premières sacrifiées lorsqu'ils perdent du personnel. On peut estimer, qu'entre 10 et 15 % des MSMA seraient concernées par un manque de personnel. Dans ces conditions, les MSMA ne peuvent pas proposer de prises en charge aussi pluridisciplinaires que prévu, tandis que leur dynamique tend à s'étioler.

Les MSMA évoluent à l'interface des SSP et des EMS, sans appartenir pleinement à l'une d'entre elles ni avoir d'existence autonome. C'est cette particularité des MSMA qui rend nécessaire un accompagnement de proximité. Pour surmonter les difficultés qu'elles sont susceptibles de rencontrer et conserver un fonctionnement pérenne, **elles doivent être appuyées par un acteur externe et dédié, qui puisse donner une existence autonome aux MSMA et intervenir en tiers auprès des parties prenantes**, comme cela a été fait en BFC et en Occitanie, où les missions de coordination ont été financées par les ARS et confiées à des acteurs indépendants. Cette activité d'accompagnement n'est pas prévue par le CdC socle : lorsqu'elle est menée, c'est à l'initiative des porteurs ou des coordonnateurs, avec des ressources très variables. Afin de garantir de bonnes conditions à sa généralisation, il semble donc opportun de compléter le dispositif Equip'addict sur ce versant.

- ***Efficacité : dans quelle mesure l'accès à un suivi en soins primaires est-il facilité pour les personnes ciblées par le dispositif ?***

Les enquêtes de satisfaction, les entretiens et les études de cas font ressortir **un intérêt commun à toutes les MSMA**, qu'elles soient implantées en zone rurale ou urbaine : même lorsque des structures spécialisées sont présentes à proximité, les professionnels trouvent une utilité aux MSMA, qui permettent d'en pallier certaines carences. En zones rurales, les MSMA permettent de **résoudre les problèmes liés à l'éloignement géographique des structures spécialisées**. En zones plus urbanisées, les MSMA viennent **pallier le manque de places dans les structures spécialisées**. De plus, **le recours aux structures spécialisées ne semble pas toujours pertinent pour les patients**. En effet, les horaires peuvent être inadaptés à leurs disponibilités, et la fréquentation des services spécialisés peut être vécue comme stigmatisante, ce qui constitue un motif de refus pour les patients.



L'intérêt des MSMA fait l'unanimité : 98,3 % des psychologues et intervenants sociaux interrogés par les enquêtes de satisfaction estiment qu'elles permettent aux patients de bénéficier d'un suivi auquel ils n'auraient pu accéder autrement. **Elles apportent une plus-value incontestable**, y compris sur les territoires déjà dotés de structures spécialisées en addictologie.

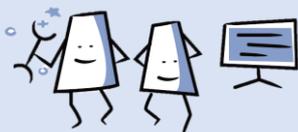
Les médecins déclarent dépister **principalement des addictions à l'alcool et au tabac, éventuellement au cannabis**. Le dépistage des addictions aux drogues « dures » est plus sporadique : les médecins rencontrés peuvent avoir du mal à aborder le sujet avec leurs patients, mais il est aussi possible que les usagers de drogues « dures » consultent moins, ou que les patients parlent moins spontanément de leur consommation de produits illicites. Par ailleurs, pour certains médecins maîtrisant la prescription de traitement de substitution aux opiacés (TSO), la MSMA n'est pas un recours pertinent en cas de situation maîtrisée sur le plan médical, psychologique et social (situation nécessitant qu'un renouvellement d'ordonnance au décours d'un entretien avec le médecin). La présence de TSO ne signe donc pas systématiquement une complexité de la prise en charge en pratique pour les médecins. Les médecins estiment avoir affaire à **des patients différents de ceux qu'ils voient en CSAPA : ils rencontrent plus de femmes en MSMA, et des patients qui leur semblent moins désinsérés**. Parmi les patients interrogés dans l'enquête de satisfaction, 61 % des patients interrogés n'avaient jamais vu un psychologue, 78 % n'avaient jamais vu un TS et 72 % n'avaient jamais vu un addictologue. La MSMA semble donc atteindre des publics peu enclins à la prise en charge addictologique de prime abord.

Les soignants et les professionnels des MSMA se sont appropriés le dispositif de façons diverses, souvent en fonction des besoins identifiés dans leur patientèle. Les fonctionnements très différents entre les MSMA ne constituent pas un problème : au contraire, ils seraient le signe que les MS sont en mesure de s'adapter aux problématiques spécifiques à leur territoire d'implantation.

- **Quel niveau de qualité des soins est atteint par le dispositif ?**

Il est difficile d'objectiver les effets d'une prise en charge addictologique, mais la forte adhésion des acteurs impliqués dans le projet Equip'addict indique une qualité de soins satisfaisante. Les médecins généralistes se disent en grande majorité satisfaits du fonctionnement des MSMA. 81,2 % des répondants ont affirmé qu'ils souhaitent que leur MSMA continue à fonctionner au-delà de l'expérimentation en l'état, et 17,8 % sous réserve d'aménagements, avec un seul médecin souhaitant se désengager. **La plus-value du travail en équipe pluridisciplinaire** est soulignée par la majorité des répondants. Elle concerne en premier lieu la possibilité de prendre en charge des patients face auxquels ils ressentent que leurs compétences ou ressources sont insuffisantes.

De la même façon que pour les médecins, les psychologues et intervenants sociaux interrogés semblent majoritairement satisfaits de leur expérience en MSMA : 93,3 % des répondants à l'enquête de satisfaction déclarent souhaiter continuer exercer en MSMA à l'avenir. Comme les médecins, les professionnels intervenant en MSMA témoignent d'une grande satisfaction envers ce dispositif. Ils insistent principalement sur la **pertinence du dispositif, qui permet une prise en charge globale et**



coordonnée des patients. Le lien avec le médecin généraliste, qui connaît bien ses patients, est également apprécié.

Concernant les points d'amélioration, les médecins estiment que **le travail d'équipe mériterait d'être renforcé**, ils demandent à dégager plus de temps pour les psychologues et les intervenants sociaux, afin de permettre un travail d'intégration plus efficace. Les psychologues et intervenants sociaux jugent que le temps de travail hors-consultation est insuffisamment pris en compte, et que le recueil et la transmission des données représentent un inconvénient dans l'exercice en MSMA.

La majorité des patients s'est déclarée satisfaite de la prise en charge en MSMA : 95% des patients répondants ont trouvé que leur orientation vers la MS était adaptée à leurs besoins. Lors des entretiens, les patients mettent en avant **l'écoute bienveillante, sans jugement moral sur leur consommation, la proximité géographique avec le lieu d'habitation ou le lieu de travail et l'aspect sécurisant de la MSMA.**

- **Efficiace : Quels coûts pour quels résultats ?**

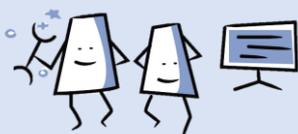
La gestion budgétaire fonctionne-t-elle correctement ? Tous les acteurs qu'il est prévu de rémunérer parviennent-ils à l'être effectivement ?

Dans le cadre du dispositif Equip'addict, **les circuits de facturation reposent sur le logiciel Maia.** Lorsqu'un médecin décide d'orienter un patient vers sa MSMA, il saisit ses données d'identités dans Maia, qui permettent de générer un code d'anonymisation ainsi qu'une fiche d'adhésion à imprimer. Cette dernière est à signer par le patient afin de recueillir son consentement. Les fiches d'adhésion sont ensuite transmises aux coordinateurs, soit par l'intermédiaire des professionnels qui les récupèrent à l'occasion de leur venue en MSMA, soit directement par fax (ce qui interroge la sécurité des circuits de transmission de données aussi sensibles). Un tel circuit est bien adapté pour préserver la confidentialité des données et l'anonymat des patients. Il souffre en revanche de la faible appétence de certains médecins pour la saisie initiale, qui tendent à orienter leurs patients directement vers les professionnels, et n'officialisent leur suivi en MSMA qu'avec retard ou devant l'insistance des coordinateurs. Par ailleurs, le circuit de facturation historique des MSMA ne permet pas de recueillir le NIR, indispensable à la facturation dans le cadre de l'article 51 : les médecins doivent le rajouter à la main sur les fiches d'inclusion, mais oublient parfois, ce qui contraint les coordinateurs à les relancer.

Le passage par Maia rend les données de facturation tributaires des réticences des médecins à remplir les fiches patient, et des délais de saisie. Le développement d'un module intégrable aux logiciels métiers des SSP, ou d'une plateforme dédiée uniquement à cet usage serait une meilleure solution, offrant plus de résilience et d'efficacité.

- **Les financements proposés conviennent-ils à l'ensemble des acteurs concernés ? En particulier, le forfait est-il calibré correctement ?**

Les données disponibles dans Maia ne permettent pas de jauger de l'adéquation des forfaits aux besoins des patients, faute de saisie des prestations réalisées en MSMA. Lors des travaux évaluatifs, les psychologues et intervenants sociaux s'inquiétaient d'un nombre insuffisant de consultations psychologiques et sociales prévues par le forfait, et ce, même après revalorisation : ils s'accordaient à dire que



certain patients avaient besoin de suivis plus longs et de rendez-vous plus rapprochés. Ainsi, le constat a été fait d'un manque de compréhension et d'appropriation de la logique de forfait moyen sur le terrain, malgré des communications dédiées par les porteurs et la CNRMS durant l'expérimentation.

Les professionnels estiment que le nombre nécessaire de consultations psychologiques ou sociales dépend avant tout du patient. **La grande variabilité dans l'organisation des prises en charge, d'une MSMA à l'autre comme d'un patient à l'autre, rend difficile l'estimation d'un nombre idéal de séances prévues par le forfait.**

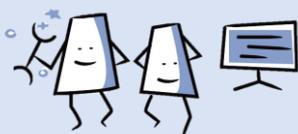
Sur les 17 EMS ayant transmis des éléments financiers, 8 s'avèrent déficitaires (avec un solde moyen de – 6800 €) et 9 excédentaires (avec un solde moyen de 44 600 €). Mais il est difficile de considérer cette conclusion comme démontrée en raison de l'incohérence des chiffres fournis par les EMS. Un certain nombre de coordinateurs administratifs et de directeurs d'EMS estiment que les financements ne sont pas adaptés, pour des raisons tenant plutôt au caractère forfaitaire du financement qu'à son montant. Il entraîne **un risque pour les EMS**, qui doivent **consacrer des ressources déterminées, voire s'engager sur des recrutements, en contrepartie de ressources aléatoires**, en ce qu'elles dépendent de l'investissement d'acteurs (les médecins des MSMA) sur lesquels ils n'ont aucune prise. Ils se plaignent aussi de **l'absence de prise en compte des frais de déplacement**, au-delà de 7 € par patient et par an, en particulier lorsqu'ils sont situés en zone rurale avec des MSMA très éloignées.

- ***Transférabilité (reproductibilité) : dans quelle mesure le dispositif est-il transférable à d'autres territoires et indications ?***

L'expérimentation Equip'addict est aujourd'hui conduite dans 5 régions métropolitaines et 30 départements. La diversité du territoire français est bien représentée dans cet échantillon, avec des MS implantées en banlieue parisienne, au centre de capitales régionales, dans des bourgs ruraux et des villages plus ou moins isolés. La transférabilité ne soulève pas d'enjeux supplémentaires par rapport à la faisabilité. Elle apparaît donc satisfaisante, sous réserve d'ajustements.

- ***Quels sont les facteurs facilitant ou freinant cette transférabilité ?***

Concernant les enjeux nationaux de prise en charge des addictions, la pertinence du développement des MSMA n'est plus à démontrer, et peut trouver son application à d'autres indications, notamment la santé mentale. Par ailleurs, au niveau local, les équipes des MS ont bien adapté leur fonctionnement à l'offre de soins environnante. C'est le déploiement à l'échelle régionale qui a répondu à des stratégies différentes d'une région à l'autre. Si les ARS ont toutes opté pour des méthodes d'essaimage qui leur paraissaient opportunes, en matière d'objectifs ou de faisabilité, il reste que **la politique de développement des MS pourrait encore être clarifiée, en étayant tout d'abord les objectifs prioritaires** auxquels doit répondre la création des MSMA. En effet, l'amélioration du maillage territorial peut tout à la fois correspondre au besoin d'équiper des zones géographiques où l'offre de soin est très faible, voire inexistante, mais elle peut aussi consister à améliorer l'accessibilité des soins dans des régions où les structures addictologiques sont saturées. Un autre objectif pourrait être de vouloir



créer un niveau intermédiaire de recours entre les soins primaires et les structures spécialisées en addictologie (CSAPA et CAARUD notamment).

Se pose ensuite la question d'étendre l'activité des MS à d'autres champs que celui de la seule addictologie.

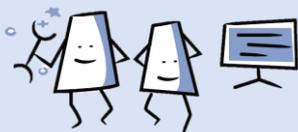
Les MS fonctionnent actuellement sur la base d'une **approche par briques thématiques**, que les acteurs sont libres d'empiler : précarité, addictions, santé mentale. Ce mode de fonctionnement présente **l'avantage d'une grande souplesse**. Il permet aux médecins de choisir les thématiques sur lesquelles ils ont envie de s'investir, et de solliciter des professionnels qualifiés correspondants, auprès d'établissements spécialisés. Cependant, **cette approche n'est pas sans risque : elle peut être la cause d'une complexité excessive**, tant du point de vue organisationnel pour les MS, que de celui du sens que les médecins donnent à l'orientation en MS. Au vu de la multiplication des motifs d'inclusion en MS (précarité, addiction, et depuis peu, santé mentale), **on peut envisager d'aller vers des MS généralistes**. Si cette orientation généraliste des MS était retenue, celle-ci nécessiterait de recruter des professionnels aux compétences suffisamment diversifiées et de n'accueillir en MS que des patients dont les situations ne sont pas trop lourdes, les autres ayant vocation à être réorientés vers des structures spécialisées.

Les analyses donnent à voir **la nécessité d'une taille minimale pour les réseaux de MS**, qu'on peut estimer à **5 MS par porteur**. Ce seuil apparaît comme celui qui permet aux structures porteuses, de disposer de ressources suffisantes pour la coordination administrative et l'accompagnement opérationnel, de pouvoir proposer des ETP significatifs aux professionnels, et ainsi limiter le *turn over* dans les MS, de faire apparaître une véritable dynamique de réseau entre les MS et enfin d'atteindre une certaine stabilité financière grâce à la péréquation entre les MS qui incluent peu, et celles qui incluent beaucoup.

L'intérêt de la pluriprofessionnalité ne fait aucun doute pour les médecins, intervenants sociaux et psychologues interrogés. Si dans l'ensemble, les équipes des MSMA ont chacune trouvé un équilibre convenable, **la coopération pourrait être mieux formalisée, et mieux outillée**. Une **trame de tenue des RCP commune à l'ensemble des MS** serait utile, sans obligation d'application. Elle proposerait un temps de RCP, une fréquence minimale, le contenu de ces séances, ainsi que les présences obligatoires et invitations éventuelles aux réunions, les possibilités d'y inviter le patient ou non, etc.

Le développement de **la coordination médicale pourrait s'appuyer sur des postes dédiés**, au niveau régional ou départemental. La question des personnes qui assureront cette mission reste entière, surtout en cas de basculement vers des MS généralistes : le recrutement de médecins addictologues perdrait de son sens dans un tel contexte.

Enfin, si le modèle économique semble ajusté à l'exercice coordonné, les financements pourraient **mieux prendre en compte la coordination**, et **les contraintes logistiques et organisationnelles des professionnels intervenant en MSMA**.



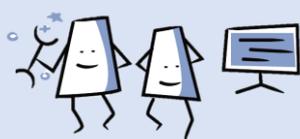
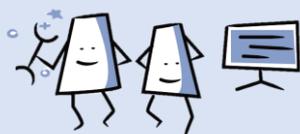
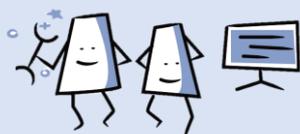


Table des matières

Rédacteurs.....	2
Remerciements.....	3
Synthèse – Points saillants.....	4
Synthèse générale.....	8
Table des matières.....	17
Glossaire.....	19
Présentation de l’expérimentation.....	21
Fiche signalétique.....	21
Description.....	22
Évaluations passées des MSMA.....	23
Contexte.....	25
Une aggravation des comportements addictifs et des indicateurs de santé mentale depuis l’épidémie à coronavirus.....	25
La diversification des services offerts en soins primaires pour améliorer l’accès aux soins.....	26
L’évolution des pratiques en soins primaires et addictologiques.....	26
Évaluation de l’expérimentation Equip’addict.....	28
Rappel des questions évaluatives.....	28
Démarche évaluative.....	28
Entretiens.....	Erreur ! Signet non défini.
Études de cas.....	Erreur ! Signet non défini.
Enquêtes de satisfaction.....	Erreur ! Signet non défini.
Données de la plateforme MAIA.....	Erreur ! Signet non défini.
Enquête auprès des EMS.....	Erreur ! Signet non défini.
Données de facturation.....	Erreur ! Signet non défini.
Fichiers de contrôle.....	Erreur ! Signet non défini.
Données en libre accès de l’INSEE et de la DREES....	Erreur ! Signet non défini.
Résultats et discussion.....	32
I. Faisabilité.....	32
II. Efficacité.....	66
III. Efficience.....	87
IV. Reproductibilité.....	93
Conclusion générale.....	103
Références.....	105

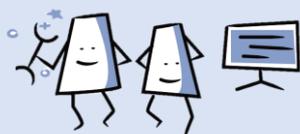


Annexes.....	106
Liste des MSMA en activité en septembre 2023.....	106
Synthèses régionales.....	111
<i>Bourgogne-Franche-Comté</i>	111
<i>Grand Est</i>	117
<i>Hauts-de-France</i>	124
<i>Île-de-France</i>	132
<i>Occitanie</i>	139
Guides d’entretien.....	148
<i>Avec les coordinateurs et les directeurs d’EMS</i>	157
<i>Avec les professionnels</i>	157
<i>Avec les patients</i>	158
Enquêtes de satisfaction.....	159
<i>Enquête de satisfaction auprès des médecins</i>	159
<i>Enquête de satisfaction auprès des professionnels</i>	162
<i>Enquête de satisfaction auprès des patients</i>	165

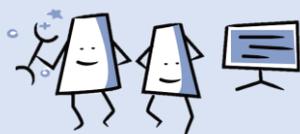


Glossaire

2PAO	Plateforme Professionnelle Addictions Occitanie
ARS	Agence régionale de santé
BFC	Bourgogne Franche-Comté
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CdC	Cahier des charges de l'expérimentation
CMGE	Coordination des réseaux de microstructures du Grand Est
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNRMS	Coordination nationale des réseaux de microstructures
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSAPA	Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EMS	<u>É</u> tablissements médico-sociaux addictologiques (CSAPA et CAARUD dans ce rapport)
ENP	<u>É</u> quipe nationale projet du dispositif Article 51
ENRS	Espace Numérique Régional de Santé
ETP	<u>É</u> quivalent temps plein
FeMaSCo	Fédération des Maisons de Santé et de l'exercice Coordonné (BFC)
FIR	Fond d'intervention régional
GE	Grand Est
GRADeS	Groupement Régional d'Appui au Développement de l'e-Santé
HdF	Hauts-de-France
IdF	Île-de-France
IS	Intervenant social
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques



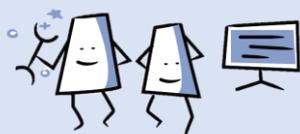
MG	Médecin généraliste
MS	Microstructure
MT	Médecin traitant
MSMA	Microstructure médicale addiction
MSPC	Microstructure médicale post-covid
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
NIR	Numéro d'inscription au répertoire
Occ	Occitanie
RAVH	Réseau Addictions Ville Hôpital
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RH	Ressources humaines
SSP	Structures de soins primaires (maison de santé, centre de santé, etc.)
TSO	Traitements de substitution aux opiacés
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé (libéraux)



Présentation de l’expérimentation

Fiche signalétique

Titre de l’expérimentation	Equip’addict : Développement harmonisé du dispositif des microstructures (MS) médicales addictions
Porteurs	5 ARS des régions Occitanie, Grand Est, Hauts-de-France, Ile de France et Bourgogne Franche-Comté. Historique : Expérimentation du modèle de MS médicales addictions à grande échelle dans la région Grand Est depuis le début des années 2000. Puis ce modèle a été transféré à petite échelle dans les autres régions (financement ARS). L’Article 51 vise à étendre le dispositif à large échelle au sein de 5 régions et à expérimenter un financement innovant.
Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures (CNRMS) • Nombreuses structures de soins primaires (MSP et cabinets de médecins généralistes libéraux) • Nombreuses structures médico-sociales CSAPA et CAARUD • Cabinets de psychologues libéraux • Fédérations addiction des territoires d’expérimentation • Fédération régionale des MSP (région BFC), URPS
Territoires concernés	L’expérimentation se déroule au sein des régions pré-citées, en parallèle de l’expérimentation Article 51 MS Post-Covid Santé mentale (qui se déroule en région PACA également)
Nature du projet	Interrégional
Public cible	Tout patient qui présente une ou plusieurs addictions complexes objectivées. Le patient concerné peut être repéré de deux manières différentes : - soit il est déjà suivi par le médecin généraliste de la MS, qui lui propose une prise en charge au sein de sa MS. - soit il est adressé à la MS par un autre acteur du système de santé (CSAPA, maison de santé, unité d’addictologie, autre médecin généraliste, etc.).
Professionnels de santé et structures impliquées	<ul style="list-style-type: none"> - Médecins généralistes libéraux exerçant en structures de soins primaires (MSP principalement), expérimentateurs primaires - Psychologues libéraux ou détachés d’une structure médico-sociale, expérimentateurs primaires si libéraux (à confirmer) et expérimentateurs secondaires si salariés et détachés d’une structure médico-sociale - Travailleurs sociaux salariés et détachés de structures médico-sociales, expérimentateurs secondaires
Objectifs principaux	Améliorer le maillage territorial des prises en charge et l’accès à des soins de proximité pour les patients avec une ou plusieurs conduites addictives et présentant une situation complexe par une approche pluri-professionnelle centrée autour du médecin traitant.
Objectifs opérationnels issus du cahier des charges	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l’accès des patients à une offre de prise en charge pluridisciplinaire et de proximité en soins primaires des addictions - Développer une offre de soin de l’addiction de proximité en soins primaires - Améliorer la cohérence et la coordination de la prise en charge des différents acteurs



	<ul style="list-style-type: none"> - Articuler les secteurs de prise en charge des addictions et développer la transversalité intersectorielle pour fluidifier les parcours de prise en charge en addictologie - Repérer, dépister et traiter les comorbidités, notamment celles liées au VIH et aux hépatites - Amener les patients à mieux appréhender leurs problèmes d'addiction et les difficultés sociales et psychologiques associées - Définir et tester un modèle économique unique des MSMA - Conforter l'évaluation de la pertinence de ce type de prise en charge dans un contexte de changement d'échelle 	
Coût prévu de l'expérimentation	FISS	8,55 M€ pour les 5 régions pour les forfaits : Occ : 1 675 k€ de 2020-2022 ; BFC : 762 k€ de 2020-2022 ; HdF : 1 424 k€ de 2020-2022 ; IdF : 1 790 k€ de 2020-2022 et GE : 2 843 k€ de 2021-2023
	FIR	978 k€ Ingénierie de projet - Crédits d'amorçage : Occ : 245 k€ de 2019-2022 ; BFC : 135k€ de 2019-2022 ; HdF : 266 k€ de 2019-2022 ; IdF : 138 k€ de 2019-2022 et GE : 194 k€ de 2021-2023
Dates de début	Publication des arrêtés princeps : CdC Socle 03/10/19, modif 24/12/19. Occ : 22/10/19, modif 22/06/20; BFC : 03/10/19; HdF : 18/12/19; IdF : 30/12/19 et GE : 22/10/20	La date de début correspond au 1 ^{er} patient inclus.
	Date prévisionnelle d'inclusion des patients selon le CdC : Janvier 2020. Finalement expérimentation lancée et 1 ^{ères} inclusions en Occitanie en juillet 2020	
Durée	3 ans à compter de la première inclusion au sein de chaque région (cf. les arrêtés de chaque région)	

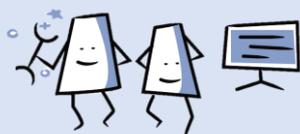
Description

La microstructure (MS) médicale addictions (MSMA) est une organisation souple, en appui au médecin traitant sur son lieu d'exercice, permettant une prise en charge pluriprofessionnelle pour les patients présentant des parcours complexes liés aux addictions.

Elle est constituée d'un médecin généraliste libéral exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) généralement ; d'un travailleur social salarié détaché d'un établissement médico-social (EMS) spécialisé en addictologie (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) généralement) ; et d'un psychologue libéral ou salarié détaché d'un EMS.

Le travailleur social et le psychologue réalisent des permanences au sein du lieu d'exercice du médecin généraliste (1 par semaine ou tous les 15 jours pour chacun) durant lesquelles ils reçoivent des patients adressés par le médecin.

Ce dispositif est en place depuis une vingtaine d'année dans la région Grand Est (GE) avec 29 MS avant lancement de l'expérimentation et a été expérimenté à plus petite échelle dans les autres régions les dix dernières années : 13 MS en Hauts-de-France (HdF), 4 en Occitanie, 4 en Île-de-France (IdF), et 1 en Bourgogne-Franche-Comté (BFC). L'expérimentation Equip'addict prévoyait le transfert du modèle organisationnel des MS à grande échelle au sein de ces 5 régions.



Au terme de l'expérimentation étaient prévues environ 180 MS médicales addictions pour une file active totale d'environ 7 200 patients suivis à terme (objectifs définis dans les arrêtés). Ces MSMA pouvaient se situer dans des zones urbaines ou rurales.

Plusieurs niveaux de coordination médicale et administrative de ces réseaux de MSMA aux échelles territoriale, régionale et interrégionale/nationale étaient prévus selon des modalités variables.

Un forfait annuel par patient suivi de 529 €, renouvelable (et dont les modalités de redistribution sont variables selon les régions) était prévu initialement pour couvrir 5 interventions de psychologue et 6 de travailleur social dans les structures de soins primaires (SSP) (couvrant leurs transports et leurs consultations), les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) entre les 3 professionnels de la MS et les coordinations administrative et médicale. Le forfait ne couvrait pas le financement des consultations du médecin généraliste, qui relèvent du droit commun.

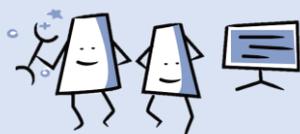
Ce forfait a été réévalué à la hausse en cours d'expérimentation, à la demande des porteurs et des professionnels impliqués. Depuis décembre 2021, le forfait s'élève ainsi à 806 € par patient et couvre 1 consultation médicale d'inclusion, le remplissage régulier des fiches sanitaires de suivi individuel pour chaque patient par les professionnels des MS (sur la plateforme Maia), 7 consultations avec le psychologue, 6 avec le travailleur social et le traitement des dossiers des patients par ce dernier, 5 RCP et les coordinations médicale et administrative du dispositif.

Depuis début 2021, l'expérimentation MS Post-Covid Santé mentale permet également un suivi en MS des patients affectés par la pandémie liée au coronavirus. 58 MS seront impliquées selon le cahier des charges de cette expérimentation. L'objectif de ces MS post-covid est de faciliter la prise en charge des patients affectés somatiquement, psychologiquement et socialement par l'apparition du Covid-19 et par les mesures de prévention de sa propagation (confinements notamment). Portée par la Coordination Nationale des Réseaux de MS (CNRMS), cette expérimentation a pris fortement appui sur l'expérience et les savoirs des différents intervenants exerçant en MSMA et/ou impliqués dans leur coordination.

Evaluations passées des MSMA

Plusieurs évaluations ont été menées sur le modèle organisationnel des MS médicales addictions en Alsace (Hédelin, 2004 ; Riou *et al.*, 2008 ; Di Nino *et al.*, 2009) et en IdF (Mordohay, 2018).

L'étude interventionnelle en ouvert randomisé d'Hédelin *et al.* avait pour objectif de comparer le suivi en MS versus le suivi médical « conventionnel » en ville des patients (suivi psychologique/social dans des structures externes aux cabinets médicaux) de 2000 à 2003. Les sept scores composites du questionnaire Addiction Severity Index (drogues (critère principal), alcool, relations sociales, emploi, situation légale, état médical et psychiatrique) étaient mesurés à l'inclusion, 12 et 24 mois. Un suivi psychologique et/ou social régulier était plus fréquemment observé chez les patients suivis en MS (20% versus 47% en MS et 17% versus 35% en MS respectivement). Aucune différence entre le suivi en MS et le suivi conventionnel n'a été observée à 24 mois sur les dimensions ASI relatives à l'alcool, l'état médical et la situation légale. Une supériorité du suivi en MS a été rapportée pour la consommation de drogues,

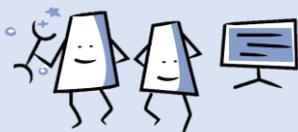


l'emploi, l'état psychiatrique et les relations sociales. Ces résultats sont à extrapoler avec mesure en raison d'une absence de description des critères d'inclusion des patients et des professionnels, d'un taux d'attrition élevé (155/349 patients considérés pour l'analyse) et l'acceptabilité mitigée de l'intervention auprès des médecins généralistes (14/29 cabinets se sont retirés de l'étude). Toutefois, le schéma d'étude était pragmatique et les investigateurs ont été conservateurs dans leurs hypothèses. L'étude DEQUASUD, réalisée en 2008, par le Réseau d'évaluation en économie de la santé pour le compte de l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT) visait à réaliser une évaluation coût-utilité de la prise en charge au sein des MS alsaciennes. Elle a porté sur 196 patients (dont 103 suivis en MS) et 30 médecins généralistes (dont 15 exerçant en MS). Les patients étaient des majeurs dépendants aux opiacés, et placés sous traitement de substitution. Une phase qualitative complémentaire a été menée avec des professionnels (deux médecins, une psychologue, un travailleur social) et quatre patients de MS. Les résultats suivants ont été rapportés :

- Les patients ont pointé l'importance d'avoir des psychologues formés aux enjeux addictologiques. Le caractère pluridisciplinaire du suivi a été perçu comme une grande force du dispositif, compte tenu de la complexité de leur situation.
- La gratuité facilitait le suivi en MS, mais l'absence de choix des professionnels pouvait rebuter.
- Les patients et les travailleurs sociaux ont avancé une différence dans l'accompagnement social proposé. Cependant, le recours aux travailleurs sociaux était généralement ponctuel et plus limité que le recours aux psychologues du fait des a priori des patients (peur du retrait de la garde d'enfants, incapacité perçue des travailleurs sociaux à régler leurs problèmes, etc.)
- La MS était identifiée par les patients comme un lieu de référence pour la prise en charge de leur addiction et ils y reviennent généralement, même en cas de rupture momentanée de parcours.
- En cas de désaccords entre médecins et patients, le fait d'avoir accès à d'autres professionnels, notamment un psychologue, pouvait aider à trouver une solution satisfaisante.
- Selon les médecins des MS, le besoin premier des patients était avant tout moral, de se sentir accompagné. La MS permettait de proposer cette prise en charge globale aux patients.

L'étude menée par Di Nino *et al.*, publiée dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire en 2009 rapporte le déploiement d'une intervention multi-facettes de 2006 à 2007 en partenariat avec le CHU de Strasbourg. Cette action combinait des axes de formation, d'enquête épidémiologique et de mise en place d'une « consultation expert » d'un hépatologue au sein des MS :

- Consultation expert : présentation pluriannuelle de situations cliniques par les professionnels des MS à un hépatologue hospitalier. Ce dernier initiait alors ou non un traitement et/ou un suivi adapté à la situation médico-psycho-sociale du patient.
- Enquête épidémiologique : description de 669 patients suivis en MS en 2006 et 2007. 83% des patients inclus dans l'analyse étaient à risque d'hépatite C (pratiques d'injection et/ou de sniff de drogues).
- Formation des professionnels des MS, médecins, psychologues et travailleurs sociaux sur le dépistage, le diagnostic et le suivi de patients à risque de VHC.



Le rapport « Mordohay » décrit la mise en place du réseau de MS à Pierrefitte-sur-Seine par un acteur impliqué dans le projet. Le rapport pointe quelques préconisations pour le développement des MS :

- La mise en place d'une charte et d'un référentiel à destination de futurs porteurs potentiels pour faciliter le développement et la mise en place de nouveaux réseaux de MS.
- La poursuite d'activité de recherche clinique pour valoriser les suivis en MS.
- Assurer l'inscription des MS dans les politiques publiques de santé locales et nationales afin de faciliter les recherches d'appuis et de financements.
- Renforcer la structuration de la CNRMS pour pérenniser son fonctionnement et ses fonctions d'appui au pilotage et à la gestion des MS.

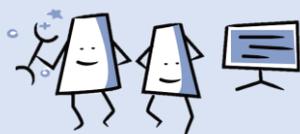
Sur le plan méthodologique, ces rapports explicitent peu leur démarche pour l'analyse qualitative, rendant la discussion de certains résultats délicate. Par ailleurs, l'étude DEQASUD et l'étude de Di Nino *et al.* portent sur des usagers d'opiacés en premier lieu, là où l'Article 51 cible l'ensemble des comportements addictifs. Enfin, l'expérimentation Article 51 apporte également une innovation du financement des acteurs impliqués, ce qui jouera sur les dynamiques d'engagement des professionnels dans la réorganisation des services de santé addictologiques en soins primaires.

Contexte

Une aggravation des comportements addictifs et des indicateurs de santé mentale depuis l'épidémie à coronavirus

Nous ne rappellerons pas la morbi-mortalité associée aux addictions, ni leur coût social, ni les services de santé permettant aujourd'hui leur prise en charge en France ; éléments développés dans les cahiers des charges de l'expérimentation Equip'addict publiés en fin d'année 2019. Suite à cette publication, l'épidémie de coronavirus s'est rapidement étendue à l'échelle internationale. Plusieurs études complémentaires ont analysé l'impact de l'épidémie sur la santé mentale des français et leur usage de substances. De façon non exhaustive :

- Le premier confinement lié à cette épidémie en mars 2020 a été associé à une augmentation et aggravation des usages de substances et d'écrans selon une enquête en ligne menée en population générale en France (Rolland *et al.*, 2020). Cette augmentation était associée à une augmentation du stress.
- Depuis mars 2020, Santé Publique France mène l'enquête CoviPrev chez les ≥ 18 ans sur certains comportements (dont l'usage de tabac et d'alcool) et les répercussions sur la santé mentale de l'épidémie. CoviPrev est une enquête quantitative avec administration répétée d'un questionnaire en ligne sur des échantillons indépendants de 2 000 personnes. Des tendances similaires à Rolland *et al.* sur la consommation de tabac et d'alcool, ainsi qu'une augmentation de la consommation de psychotropes et des troubles du sommeil ont été rapportées.
- Une analyse plus récente du groupement d'intérêt scientifique EPI-PHARE a confirmé cette majoration accrue de la consommation d'hypnotiques et d'anxiolytiques entre mars 2020 et avril 2021 suite aux multiples mesures collectives instaurées (confinement et couvre-feux) (Weill *et al.*, 2020). Pour les anxiolytiques, des hausses des délivrances de +9,6 points de pourcentage de



mars à fin 2020 (semaines S12 à S51) et de +15,2 points de janvier à avril 2021 (S1 à S16) ont été observées par rapport au prévisionnel attendu sur la même période. De même pour les délivrances d’hypnotiques avec +14,1 points sur S12-S51 en 2020 et +26,4 points sur S1-S16 en 2021 par rapport à ce qui était attendu.

- Deux publications ont rapporté la hausse des syndromes dépressifs et des consultations pour ce motif en médecine générale dans le contexte de crise sanitaire (Bergeat *et al.*, 2021).

La diversification des services offerts en soins primaires pour améliorer l'accès aux soins

La répartition des compétences au sein des équipes de soins est un sujet d'étude et d'intérêt dans l'évolution des organisations et des services de santé depuis une cinquantaine d'années (Midy, 2003). Deux grandes modalités ont été décrites : la délégation de tâches et la diversification des services, qui répondent à des enjeux d'accès aux soins.

La diversification peut prendre deux formes : les professionnels des soins primaires en place développent de nouvelles compétences ou ils ont recours au recrutement de spécialistes offrant des services auparavant réalisés en structure spécialisée. Ce deuxième cas de figure correspond à l'offre développée par les expérimentations Article 51 Equip’addict et MS Post-Covid Santé mentale.

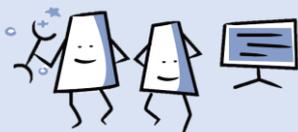
La diversification a déjà été expérimentée en addictologie et santé mentale, au Royaume-Uni notamment selon les modèles des « *counsellors* » dans les années 90's ou des « *mental health therapists* » plus récemment (NHS England Strategic Communications, 2018). Ces professionnels de la santé mentale intègrent les équipes de soins primaires et prennent en charge les patients en détresse psychologique adressés par n'importe quel membre de leur équipe de soins primaires de rattachement (médecin généraliste, pharmacien, infirmier, etc.).

La présence de ces professionnels sur le même lieu que les professionnels de soins primaires est perçue comme un levier de transfert de compétences, d'apprentissage mutuel et de bonnes pratiques entre spécialistes de santé mentale et de soins primaires, ainsi qu'un élément facilitant l'intégration des soins et l'approche centrée-patient dans les modalités de délivrance des soins.

L'évolution des pratiques en soins primaires et addictologiques

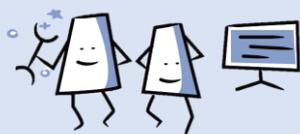
Les études précédemment menées au sein des MS addictions sont très informatives sur le fonctionnement et la mise en place de MS, mais leurs résultats sont à actualiser au regard de l'évolution des pratiques, des connaissances en addictologie et des modes d'exercice en soins primaires qui ont fortement évolué ces dix dernières années :

- Les connaissances et pratiques professionnelles en addictologie ont évolué de façon majeure en peu de temps : vision transversale des troubles addictifs et moins cloisonnée par substance, évolution majeure des critères diagnostiques du Manuel diagnostique et statistique de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-V, 5^{ème} révision finalisée en 2013), introduction des prescriptions de baclofène pour le traitement de l'alcoolodépendance, amélioration des



connaissances sur les troubles addictifs comportementaux liés aux jeux vidéo et aux jeux d'argent, etc.

- En soins primaires, le « travailler ensemble » a fortement progressé avec les MSP créées en 2007 et les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en 2016.
- Le décloisonnement entre les secteurs sanitaire, social et médicosocial est un objectif visé par les politiques publiques récentes.



Évaluation de l’expérimentation Equip’addict

Rappel des questions évaluatives

Le présent document constitue le rapport d’évaluation finale de cette expérimentation. Il s’inscrit dans la continuité et la complémentarité de l’évaluation intermédiaire et des travaux précédemment menés sur le modèle des MSMA sur le plan des méthodes, des populations et des territoires considérés, ainsi que des thématiques retenues.

Ce rapport est focalisé sur les observations les plus significatives répondant aux questions évaluatives déclinées ainsi dans le protocole :

QE 1-a Faisabilité : Dans quelle mesure le dispositif s’est-il implémenté ? Quels facteurs en interne et externe des MS favorisent ou freinent leur déploiement et structuration en réseaux ?

QE 2-a Efficacité : Dans quelle mesure l’accès à un suivi en soins primaires est-il facilité pour les personnes ciblées par le dispositif ?

QE 2-b Efficacité : Quel niveau de qualité des soins est atteint par le dispositif ?

QE 3 Efficience : Quels coûts pour quels résultats ?

QE 4 Reproductibilité : Dans quelle mesure le dispositif est-il transférable à d’autres territoires et indications ? Quels sont les facteurs facilitant ou freinant cette reproductibilité ?

Démarche évaluative

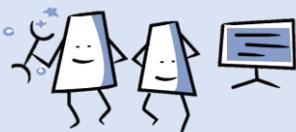
L’évaluation a mobilisé des approches méthodologiques mixtes et convergentes : Huit sources de données ont été mobilisées. Le détail est présenté en annexe.

Entretiens

Des entretiens auprès d’un échantillon diversifié d’acteurs de l’expérimentation :

	Série 1 2022	Série 2 2023	Total
Animateurs et référents du dispositif Equip’addict	22	17	39
Porteurs	5	4	9
Référent Equipe National Projet Article 51	1	0	1
CNRMS et acteurs transversaux en régions	5	5	10
Coordinateurs administratifs & directeurs d'EMS	9	5	14
Coordinateurs médicaux	2	3	5
Professionnels exerçant en MSMA	13	0	13
Médecins	7	0	7
Psychologues	3	0	3
Travailleurs sociaux	3	0	3
Patients	0	9	9
Total	35	26	61

Tableau 1. Entretiens réalisés



Concernant les professionnels des MSMA, un grand nombre s'est désisté parmi ceux prêts à rencontrer les évaluateurs.

Le recrutement de patients volontaires s'est fait par l'intermédiaire des MSMA mais la réponse a été faible également. 9 entretiens ont été réalisés sur les 20 prévus : 6 hommes et 3 femmes, 55 ans en moyenne, de milieux sociaux variés. 6 d'entre eux résident en Occitanie, et tous ont été inclus pour des problèmes liés à leur consommation d'alcool. L'échantillon est donc faiblement représentatif. Toutefois, croisés avec d'autres données qualitatives, ces entretiens apportent un éclairage sur les enquêtes de satisfaction.

Etudes de cas

Conformément au protocole d'évaluation, dix études de cas ont été menées afin de rencontrer l'ensemble des acteurs d'une même MSMA et d'analyser quatre items :

1. **La description de la MSMA dans son contexte** : histoire de sa création, description de la structure en elle-même, et de son écosystème.
2. **Le fonctionnement routinier de la MSMA** : journées de permanence, mise à disposition des locaux, modalités d'adressage en MSMA et de coordination pluriprofessionnelle, systèmes d'information mobilisés, tenue des RCP, aspects financiers (attention particulière portée à la soutenabilité de la MSMA).
3. **L'inscription réticulaire de la MSMA** : relations de la MSMA avec les différents niveaux de coordination, et avec les autres MSMA.
4. **La satisfaction des professionnels** concernant la pratique en MSMA et son organisation.

Le ciblage des MSMA étudiées visait une répartition homogène entre les cinq régions participantes, et l'identification de caractéristiques diversifiées. Afin de préserver la confidentialité des échanges, ces études de cas ne sont pas rapportées en détail, mais les éléments pertinents ont été mobilisés dans l'analyse globale.

Enquêtes de satisfaction

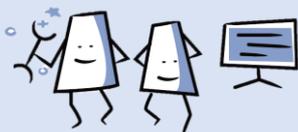
Trois enquêtes de satisfaction ont été menées en ligne :

Après des médecins, 101 médecins sur les 339 participants ont répondu (29,8 %) : 36 hommes et 64 femmes, de 42,7 (\pm 8,6) ans en moyenne. 79 exercent en MSP ou PSP, 15 en centre de santé, et 7 en cabinet isolé ou partagé.

Après des psychologues et travailleurs sociaux, 60 sur les 131 participants ont répondu (45,8 %) : 30 psychologues cliniciens, 18 éducateurs spécialisés et 10 assistants de service social ; 11 libéraux et 49 salariés. En moyenne, ils interviennent dans 2 (\pm 1,4) MSMA, depuis 2,3 (\pm 1,6) ans, et y consacrent 0,24 (\pm 0,18) ETP. 11 d'entre eux interviennent dans des MS mixtes, et consacrent donc une partie de leur temps en MS santé mentale.

Après des patients, l'enquête de satisfaction s'est appuyée sur la diffusion de questionnaires papier entre juin 2022 et mai 2023, qui ont été retransmis à la CNRMS. Les données recueillies ne distinguent pas les patients suivis en MSMA et en MSPC, pour addiction, précarité ou santé mentale, car la question n'a pas été posée.

134 patients ont répondu, soit probablement moins de 5 % des patients suivis en MS pendant la période de collecte : 68 hommes et 66 femmes des 5 régions. Leur âge varie comme suit, avec une répartition homogène selon le sexe par classe d'âges :



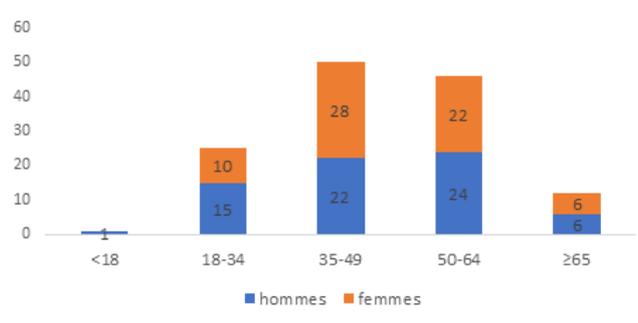


Figure 1. Répartition des patients répondants par classe d'âge selon le sexe

Données de la plateforme MAIA

Développé par la CNRMS, le logiciel Maia avait pour but premier de suivre les activités des MSMA, et de connaître le profil de leurs patients. En principe, Maia rassemble quatre types de données, saisies par différents acteurs :

- Les données concernant l'identité des MSMA et de leurs équipes saisies par la CNRMS (à chaque ouverture ou fermeture d'une MSMA), et par les coordinateurs, à chaque arrivée ou départ d'un professionnel dans une équipe.
- Les données concernant les inclusions normalement saisies par les médecins, ou cas échéant par le professionnel assurant la consultation d'inclusion, lors de l'inclusion (profil des patients et motif d'orientation en MSMA).
- Les données saisies par les médecins et les professionnels sur les patients suivis : une fiche médicale, une fiche psychologique, et une fiche sociale.
- Enfin, les données des professionnels qu'ils saisissent sur leurs activités.

Lors de l'évaluation intermédiaire, un taux de renseignement des données Maia extrêmement faible avait été constaté (> 80 % de données manquantes). Il a été proposé d'en élaborer une version simplifiée.

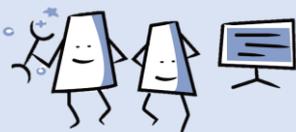
La nouvelle version du logiciel n'a été effective que fin janvier 2023 et les données Maia demeurent extrêmement lacunaires. Toutes les inclusions ne sont pas saisies, et lorsqu'elles le sont, les renseignements concernant les caractéristiques sociodémographiques des patients, leurs antécédents médicaux, ainsi que leurs parcours de soin en MSMA sont le plus souvent manquantes.

Elles ne permettent ni de juger de l'adéquation des forfaits aux besoins des patients, ni de donner une estimation fiable sur les profils des patients inclus en MSMA.

Enquête auprès des EMS

Devant la fragilité des données collectées par le logiciel Maia, des données supplémentaires ont été collectées auprès des EMS au printemps 2023. Cette enquête, non-prévue par le protocole, devait permettre de recueillir des informations sur :

- Les ressources mises à disposition des MSMA, notamment en termes humains, pour la coordination et les soins.
- L'organisation et les activités des MSMA (fréquence et durée des permanences de chaque professionnel, ainsi que des RCP, files actives).
- Les aspects financiers (circuit de facturation, dépenses et recettes liées aux MSMA)
- L'avis global des EMS sur les MSMA.



20 EMS ont répondu sur les 44 impliqués dans l'expérimentation, représentant 71 MSMA sur les 126 en activité au moment de l'enquête :

	BFC	GE	HdF	IdF	Occ	Total
EMS ayant répondu	3	3	1	1	12	20
Taux de réponse	30 %	50 %	17 %	33%	63 %	45 %
Nombre de MSMA couvertes	3	30	6	12	20	71
% de MSMA couvertes	27 %	75 %	22 %	67 %	67 %	56%

Tableau 2. Réponses à l'enquête auprès des EMS

Les données n'étant pas exhaustives, une enquête supplémentaire a été menée auprès des porteurs et des acteurs transversaux afin d'obtenir des informations complémentaires, notamment la liste complète des MSMA et des EMS.

Données de facturation

Les données de facturation contiennent le nombre de forfaits facturés par chaque EMS. Pour des questions réglementaires, seules des données agrégées par année et par région pour les patients facturés jusqu'au 7 juillet 2022 ont été exploitées. Ces données agrégées, communiquées par les porteurs, permettent une analyse limitée pour l'évaluation finale.

Fichiers de contrôle

Sur les cinq régions participantes, trois coordinateurs ont indiqué disposé d'un fichier de contrôle détaillé :

- Pour la BFC, qui concerne 11 MSMA
- Pour la Seine-Saint-Denis, qui concerne 12 MSMA
- Pour la Meurthe-et-Moselle, qui concerne 8 MSMA

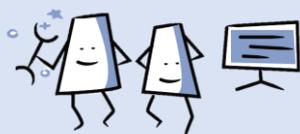
Les fichiers proposent deux types d'informations distincts : le nombre de consultations avec chaque professionnel est indiqué dans tous les fichiers. Ceux de la BFC indiquent également la proportion de patients nouvellement inclus et renouvelés.

Données en libre accès de l'INSEE et de la DREES

Afin de caractériser le maillage territorial atteint et la typologie des territoires d'implantation des MSMA, la cartographie des MSMA a été complétée par les indicateurs suivants :

- L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes 2021 (données les plus récentes), construit par la DREES et l'Irdes. L'IAPL permet de décrire l'offre de consultations/visites de médecins généralistes (libéraux et salariés) disponibles par habitant à l'échelle d'une commune donnée.
- Le zonage de l'INSEE des communes françaises qui définit 6 classes de communes rurales et urbaines.

Les résultats issus de l'analyse de l'ensemble de ces données sont restitués et discutés par question évaluative. L'évaluation de l'expérimentation Microstructures Post-Covid sera présentée dans un rapport distinct.



Résultats et discussion

En raison de la complexité de l’expérimentation Equip’addict et de sa démarche évaluative, les observations réalisées ne sont pas commentées intégralement dans ce rapport. Elles sont présentées en annexes, sous la forme :

- D’une liste des MSMA en activité en 2023 avec leurs principales caractéristiques,
- Des synthèses de l’avancement de l’expérimentation dans les 5 régions participantes,
- Des guides d’entretiens,
- Des enquêtes de satisfaction auprès des médecins, des professionnels et des patients.

Les questions évaluatives seront traitées successivement. **Les résultats concernant la faisabilité conduiront plutôt à souligner les limites du dispositif expérimenté, dont l’implémentation n’est pas allée sans difficultés, tandis que les résultats concernant l’efficacité conduiront plutôt à souligner son intérêt**, notamment face à la satisfaction des professionnels et des patients.

I. Faisabilité

SYNTHESE DES RESULTATS CLES

Dans quelle mesure le dispositif s’est-il implémenté ?

L’implémentation du dispositif est mesurée de quatre manières : par le biais de l’efficacité des différentes activités de coordination, du nombre de MSMA en activité, du nombre de patients inclus et enfin de la qualité de fonctionnement des MSMA.

Concernant la coordination, l’expérimentation Equip’addict se distingue par la diversité des acteurs impliqués et la pluralité des niveaux auxquels ils interviennent, rendant leur coordination particulièrement cruciale. Le CdC socle distingue trois types de coordination. Les coordinations administrative et médicale interviennent en proximité, au contact de MSMA et de leurs équipes. La coordination nationale s’opère au contact des coordinateurs locaux.

L’efficacité de la coordination administrative dépend en grande partie du nombre de MSMA coordonnées par chaque EMS. Pour les EMS portant de 1 à 3 MSMA, la coordination administrative est assurée par des acteurs variés, sans temps dédié. Les EMS portant de 5 à 18 MSMA, profitant de ressources plus importantes, peuvent recruter des coordinateurs administratifs dédiés. L’absence de coordinateur administratif dédié se révèle être un facteur de fragilité face à des dysfonctionnements provenant aussi bien des MSMA que des EMS : faiblesse des inclusions, non-organisation des RCP, manque d’engagement des médecins, absence durable d’un professionnel, etc. Lorsque la coordination administrative est assurée par des acteurs sans temps dédié, le risque est également plus important de voir les missions annexes telles que le soutien à l’évaluation ou le déploiement de nouvelles MSMA, être abandonnées. Ceci explique la difficulté des petits réseaux historiques à se développer. Les EMS profitant d’un réseau plus important de MSMA parviennent mieux à résoudre les difficultés de fonctionnement auxquels ils sont confrontés. **La concentration des MSMA, à partir d’un seuil de 5 à 6 MS par EMS, apparaît comme un facteur de résilience.**

Les acteurs font part des **difficultés à recruter des médecins afin d’assurer la coordination médicale**. En l’absence de médecin salarié pour assurer l’ensemble des missions définies par le CdC socle, la coordination médicale est effectuée par des médecins s’impliquant sur leur temps personnel, sans toujours être rémunérés, voire est inexistante lorsqu’aucun médecin n’est disponible. **La présence d’une coordination médicale complète et dédiée concerne au mieux le tiers des MSMA.** Dans de nombreux cas, d’autres acteurs tels les coordinateurs administratifs ou bien les acteurs transversaux se retrouvent à devoir assurer les missions les plus essentielles, comme l’animation des RCP, l’organisation des formations ou encore l’organisation de temps d’échange sur les pratiques. **La coordination médicale n’est donc pas implémentée de manière satisfaisante.**

La coordination nationale confiée à la CNRMS renvoie à l’organisation de réunions mensuelles d’échange entre les coordinateurs locaux et à un accompagnement des acteurs principalement concernant le logiciel MAIA. Malgré un **intérêt certain** porté à ces dispositifs d’échanges et de



formations, les coordinateurs et acteurs transversaux font part que **l'éloignement de la CNRMS, limitait sa capacité à apporter des solutions concrètes face aux problématiques rencontrées sur le terrain.**

Les difficultés rencontrées donnent à voir la nécessité d'apporter des moyens supplémentaires, afin d'améliorer la coordination, qui doit s'exercer aux échelons locaux, départementaux ou régionaux, et nationaux.

Concernant les effectifs de MSMA, le décompte du nombre de MSMA en activité a été rendu complexe de par l'existence de deux modes de comptabilisation distincts employés par les EMS. **Le nombre de MSMA en activité au printemps 2023 s'élève à 126, sans compter 9 projets sur le point d'aboutir**, pour un objectif de 154 au terme de l'expérimentation. Ainsi, **81,8 % des MSMA prévues sont ouvertes au terme de la collecte des données, et 87,7 % devraient l'être au terme de l'expérimentation.** Les objectifs n'ont pu être atteints de par le nombre insuffisant d'ouvertures de nouvelles MSMA. Les SSP l'expliquent par la faible disponibilité des médecins, l'inégale appétence des médecins généralistes pour la pluriprofessionnalité, les réticences de certains médecins à s'engager sur les conduites addictives, la crainte d'une lourdeur administrative excessive des MSMA, l'absence de bureaux pour recevoir les professionnels, ainsi que l'absence de loyers versés par les MSMA pour l'utilisation des bureaux. Ces retours mettent en lumière **l'importance et la nécessité du travail de prospection et de consolidation** destiné à convaincre les médecins que les MSMA constituent moins une charge supplémentaire qu'une aide précieuse leur permettant de travailler plus efficacement et confortablement, et méritant quelques efforts.

Concernant les effectifs de patients, les objectifs d'inclusion ont également été manqués. Sur la période 2020-2023, **le nombre de patients inclus au sein des MSMA s'élève à 4936.** Cela représente **42,4% des objectifs fixés par le CdC socle.** Ces résultats sont cohérents, car le nombre de MSMA est inférieur aux prévisions, les ouvertures plus tardives qu'espérée expliquent en grande partie que les objectifs d'inclusions n'aient pas été atteints.

Il apparaît cependant que **certaines MSMA souffrent d'une faible dynamique d'inclusion** : 19% des MSMA en activité au 15 mai 2023 avaient inclus moins de 5 patients dans la base Maia. Cependant, la base Maia est extrêmement incomplète. Le manque de données fiables rend difficile la comparaison à l'échelle des MSMA, et la formulation de causes claires quant à la faiblesse des inclusions, et par endroits, il oblige à ne formuler que des hypothèses.

On remarque que **les régions où les rythmes d'inclusion sont les plus faibles sont celles où les MSMA sont le plus situées en zones rurales.** L'hypothèse est que les médecins généralistes sous-estimerait la prévalence des conduites addictives dans ces territoires, ne les dépisteraient pas suffisamment, ou auraient tendance à repérer les patients souffrant d'addictions très tard, lorsque les consommations ont déjà des conséquences graves sur leur santé physique.

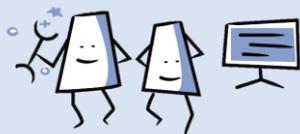
Les capacités limitées de prise en charge des MSMA expliquent également la non-atteinte des objectifs. Un consensus se dégage parmi les enquêtés sur le nombre de patients qu'il est possible de suivre en MSMA, qui culminerait à une trentaine par an avec des professionnels venant une demi-journée par semaine.

Enfin, 22, 8% des médecins répondants à l'enquête de satisfaction témoignent des **réticences de certains patients** à la consultation d'un psychologue ou d'un travailleur social, en raison du stigmate associé ou parce qu'ils n'en perçoivent pas le bénéfice. Les inclusions nécessitent donc un travail auprès du patient, compétence que les médecins ne maîtrisent pas nécessairement.

Facteurs internes et externes favorisant ou freinant le déploiement et la structuration en réseaux des MSMA

Le CdC socle prévoit que les équipes des nouvelles MSMA soient formées avant leur ouverture, afin de les aider à s'approprier ce dispositif et à l'opérationnaliser. **Les séances de formation ont souffert de difficultés logistiques**, impossibilités de trouver des dates communes aux professionnels salariés et libéraux, médecins dans l'incapacité de pouvoir dégager plus d'une heure. De plus, les quelques rares retours des médecins, se sont avérées assez mitigés, ceux-ci jugeant la formation trop théorique et généraliste, avec un temps trop important consacré au logiciel Maia.

La capacité des MSMA à fonctionner de manière intégrée repose beaucoup sur l'interconnaissance et des échanges informels qui peuvent se développer entre les professionnels. **Les RCP** constituent le principal vecteur de pluriprofessionnalité dans le dispositif Equip'addict. Les données qualitatives témoignent cependant de **difficultés à les organiser**, les médecins ne parvenant pas à dégager suffisamment de temps pour des RCP dédiées aux patients suivis en MSMA, ce qui conduit les professionnels à se satisfaire – au mieux – d'échanges informels lors de temps interstitiels.



La **configuration organisationnelle** des MSMA s’avère également importante. La mise à disposition d’un bureau dédié pour les professionnels, des pauses méridiennes communes entre les professionnels et les médecins, la possibilité pour le psychologue et le travailleur social de se rencontrer hors de la MSMA sont autant de facteurs favorisant les dynamiques interprofessionnelles.

Les **difficultés de gestion des RH** expliquent les difficultés à ouvrir de nouvelles MSMA, mais elles peuvent également affecter des MSMA déjà ouvertes, en dégradant le fonctionnement d’équipes dynamiques et intégrées. Dans l’expérience des coordonnateurs, les MSMA ne sont pas prioritaires dans les activités des EMS, du moins lorsqu’elles sont dispersées, et sont les premières sacrifiées lorsqu’ils perdent du personnel. On peut estimer, qu’entre 10 et 15 % des MSMA seraient concernées par un manque de personnel. Dans ces conditions, les MSMA ne peuvent pas proposer de prises en charge aussi pluridisciplinaires que prévu, tandis que leur dynamique tend à s’étioiler.

Les MSMA évoluent à l’interface des SSP et des EMS, sans appartenir pleinement à l’une d’entre elles ni avoir d’existence autonome. C’est cette particularité des MSMA qui rend nécessaire un accompagnement de proximité. Pour surmonter les difficultés qu’elles sont susceptibles de rencontrer et conserver un fonctionnement pérenne, **elles doivent être appuyées par un acteur externe et dédié, qui puisse donner une existence autonome aux MSMA et intervenir en tiers auprès des parties prenantes.** Cette activité d’accompagnement n’est pas prévue par le CdC socle : lorsqu’elle est menée, c’est à l’initiative des porteurs ou des coordonnateurs, avec des ressources très variables. Afin de garantir de bonnes conditions à sa généralisation, il semble donc opportun de compléter le dispositif Equip’addict sur ce versant.

Concernant la faisabilité, l’implémentation du dispositif peut se mesurer de quatre manières, associées à des objectifs plus ou moins précis dans le CdC socle ou les arrêtés régionaux :

- La coordination,
- Le nombre de MSMA en activité,
- Le nombre de patients inclus,
- La qualité de fonctionnement des MSMA.

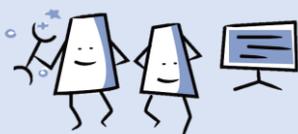
I.1. Coordination

L’expérimentation Equip’addict se distingue par sa complexité, qui procède à la fois de la diversité des acteurs impliqués et de la pluralité des niveaux auxquels ils interviennent. Ceci rend leur coordination particulièrement cruciale.

Acteurs	Niveaux d’actions
La CNRMS	National
Les ARS et les acteurs transversaux	Régional
Les EMS	Départemental
Les SSP : cabinets médicaux, MSP ou PSP, centres de santé	Local
Les médecins généralistes, les psychologues et les travailleurs sociaux, les patients	Individuel

Tableau 3. Acteurs à coordonner

Le CdC socle distingue trois types de coordination. Deux interviennent en proximité, au contact de MSMA et de leurs équipes, et le troisième en centralité, au contact des coordinateurs locaux.



Types de coordination	Missions	Ressources
Coordination administrative	Gestion des RH Planification des interventions des professionnels en MSMA Facturation et reversement des forfaits Rédaction d'un rapport d'activité Soutien à l'évaluation Interface avec la coordination médicale	0,5 ETP à 31,5 k€ pour 10 MS incluant 42 patients en moyenne
Coordination médicale	Animation des RCP Organisation des formations Appui addictologique aux médecins Organisation de temps d'échange sur les pratiques Supervision du recueil des données sanitaires Développement de partenariats entre les MS et les acteurs de soins locaux Interface avec la CNRMS	0,3 ETP de médecin à 75k€ pour 10 MS incluant 42 patients en moyenne
Coordination nationale	Fourniture d'outils Partage d'expériences Suivi et harmonisation du recueil des données nécessaires à l'évaluation	0,5 ETP à 60 k€

Tableau 4. Dispositif de coordination prévu par le CdC socle

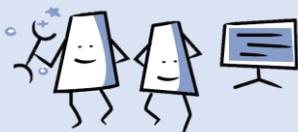
Le CdC socle attribue la coordination nationale à la CNRMS, mais ne précise pas quels acteurs doivent porter les coordinations administrative et médicale. Cette souplesse devait permettre aux porteurs de s'adapter aux contextes locaux et aux partenaires disponibles : elle a conduit à des situations assez différentes selon les régions.

I.1.1. La coordination administrative

Elle est déployée pour l'ensemble des MSMA, étant indispensable à leur existence, en particulier pour le détachement des travailleurs sociaux. Mais elle n'est pas toujours assurée par les mêmes acteurs, ni par des acteurs uniques. Deux configurations apparaissent ainsi :

1. En BFC, les missions de gestion des RH et de planification des interventions des professionnels sont assurées par des EMS, tandis que les missions de facturation et de suivi des activités sont assurées à l'échelle régionale par un acteur transversal : la FeMaSCo-BFC.
2. Dans les autres régions, l'intégralité de la coordination administrative est assurée par un seul acteur sur son territoire d'intervention. Ces acteurs sont des EMS, à l'exception d'un réseau indépendant de MS. Leurs territoires d'intervention sont le plus souvent départementaux, mais chevauchent parfois deux départements, pour des raisons de proximité géographique ou de retrait de l'EMS initialement pressenti dans un projet de MSMA.

Nos observations ne permettent pas de conclure que l'une de ces configurations est intrinsèquement plus efficace que l'autre. Leur principale différence concerne les



circuits de facturation, sur lesquels nous reviendrons plus loin. L'efficacité de la coordination administrative dépend beaucoup, en revanche, du nombre de MSMA coordonnées par chaque EMS, qui détermine les ressources qu'ils peuvent lui consacrer. Deux catégories d'EMS se distinguent ainsi :

1. Les EMS portant de 1 à 3 MSMA, où la coordination administrative est assurée par des acteurs variés, sans temps dédié : professionnels de MS, chefs de service, directeurs, secrétaires administratives, etc. Il s'agit de 37 EMS portant 59 MSMA.

Ainsi l'association Oppelia 39, gérant un CSAPA et un CAARUD à Lons-le-Saunier (BFC), ne portait qu'une seule MSMA en 2022, et s'occupait uniquement de la gestion RH, laissant les autres missions de coordination à la FeMaSCo. En Occitanie, CASA 65 portait deux MSMA en 2022 ; la direction s'occupe du suivi des inclusions, de la gestion RH, et s'appuie sur la coordination de la Plateforme Professionnelle Addiction Occitanie (2PAO) en cas de besoin, 2PAO étant un des deux acteurs de la coordination des réseaux de MSMA désigné en Occitanie.

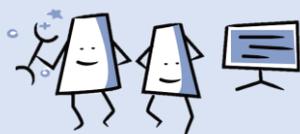
2. Les EMS portant de 5 à 18 MSMA, avec des coordinateurs administratifs dédiés, recrutés dans le cadre de l'expérimentation. Il s'agit de 7 EMS portant 68 MSMA.

Ces cas correspondent au choix de certaines régions, de faire porter la coordination administrative aux EMS. Par exemple, le Réseau Addictions Ville Hôpital de Meurthe-et-Moselle (RAVH 54), qui porte 10 MSMA, et l'association Ithaque en Alsace, où 18 MSMA sont implantées, ont dédié des postes à la coordination des MS. Ceci permet d'assurer la gestion RH, la continuité de l'activité en cas de renouvellement des équipes, la facturation... tandis que le déploiement régional du projet a été confié à la Coordination des MS du Grand Est (CMGE).

La présence de **MSMA dispersées** ou de **réseaux de MSMA** résulte à la fois des choix des porteurs et des dispositifs préexistants à l'expérimentation :

- En BFC et en Occitanie, les MSMA étaient peu présentes avant l'expérimentation et les porteurs ont choisi de les répartir sur l'ensemble du territoire. Compte-tenu de l'étendue de ces régions et des effectifs de MSMA prévus, il n'était possible d'en ouvrir qu'une à trois par département. Cette configuration aboutit au modèle des MSMA dispersées.
- Dans le GE et les HdF, ainsi qu'en IdF, des noyaux historiques de MSMA étaient présents, et les porteurs ont choisi de concentrer les nouvelles MSMA (afin qu'elles soient attractives financièrement pour les EMS) en ciblant les territoires les moins dotés (plutôt qu'en visant une répartition homogène entre départements ou opérateurs d'addictologie). Cette configuration aboutit à l'émergence ou au renforcement de réseaux de MSMA.

Toutefois, ces régions peuvent aussi compter des réseaux historiques de faible taille, qui n'ont pas réussi à se développer au cours de l'expérimentation, et correspondent aujourd'hui au modèle des MSMA dispersées : c'est le cas de l'Oise dans les HdF, par exemple, où l'objectif d'arriver à 5 MSMA n'a pas pu être atteint.



La coordination administrative ne soulève aucune difficulté rédhibitoire en routine, lorsque les MSMA fonctionnent bien et qu'il est seulement nécessaire d'assurer leur gestion courante. Leur dispersion devient cependant un facteur de fragilité face à des dysfonctionnements provenant aussi bien des MSMA que des EMS : faiblesse des inclusions, non-organisation des RCP, manque d'engagement des médecins, absence durable d'un professionnel, etc., faute d'un coordinateur dédié qui puisse intervenir en tiers auprès des équipes des MSMA ou des directions des EMS. En particulier, comme les MSMA dispersées ne représentent qu'une fraction de l'activité des EMS, le risque est toujours qu'ils les sacrifient en cas de difficultés, au bénéfice d'autres dispositifs jugés prioritaires. La dispersion des MSMA conduit aussi à sacrifier les missions annexes, comme le soutien à l'évaluation ou le déploiement de nouvelles MSMA, faute de personnes disposant d'un temps de coordination suffisant pour les assurer. Ceci explique la difficulté des petits réseaux historiques à se développer, ainsi qu'une part des non-réponses au questionnaire destiné aux EMS.

Par comparaison, les réseaux de MSMA peuvent consacrer plus de ressources à la coordination administrative, puisqu'ils la mutualisent entre davantage de MSMA et perçoivent des financements supérieurs. Ces réseaux parviennent mieux à résoudre les difficultés de fonctionnement qui apparaissent, étant suffisamment importants pour constituer des dispositifs autonomes au sein des EMS, ainsi qu'à s'étendre sur leur territoire, en ouvrant de nouvelles MSMA. Ils ont aussi constitué des partenaires efficaces pour l'évaluation, capables de se mobiliser rapidement pour assurer le recueil et la transmission des données nécessaires. Les réseaux de MSMA restent cependant vulnérables en cas d'absence prolongée de coordinateur, qui peut gravement affecter leur dynamique. En IdF, notamment, l'association Proses a souffert du départ d'un coordinateur et de son absence durant le temps nécessaire à son remplacement, ce qui a considérablement ralenti le rythme d'ouverture des MSMA.

En conclusion, les missions d'ordre strictement gestionnaire sont assurées pour l'ensemble des MSMA, sauf exception transitoire, indépendamment de leur densité territoriale. La concentration des MSMA, à partir d'un seuil de 5 à 6 MS par EMS, apparaît cependant comme un facteur de résilience.

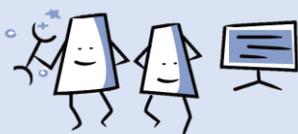
I.1.2. La coordination médicale

Le CdC socle est davantage directif concernant la coordination médicale, qui doit être assurée par des médecins. Ces derniers se sont avérés difficiles à recruter, ce qui conduit à distinguer trois situations, avec une coordination médicale...

1. **Complète et dédiée**, lorsqu'un médecin est salarié pour assurer l'ensemble des missions définies par le CdC socle, sur un temps spécifique.

On retrouve une coordination médicale correspondant à celle définie par le CdC socle dans la Somme, où une addictologue du CSAPA qui fournit les professionnels intervient déjà depuis plusieurs années auprès des MS. Elle bénéficie d'un temps dédié à la coordination des MSMA Equip'addict (0,2 ETP), qu'elle consacre à la fois :

- A une *hotline* addictologique à destination des médecins généralistes.
- A des sessions de formations en addictologie.
- A la tenue des RCP dans toutes les MSMA, ce qui lui permet d'aider les médecins à repérer les situations dans lesquelles l'orientation vers le



psychologue ou l'intervenant social est pertinente, et à promouvoir des pratiques de prévention.

Les médecins de la Somme trouvent beaucoup de valeur à cette coordination, en particulier lors des RCP, qui leur permet d'avoir un accompagnement concret et à la mesure des situations qu'ils rencontrent dans leur pratique.

2. **Bénévole et partielle**, lorsque des médecins s'impliquent sur leur temps personnel, sans toujours être rémunérés. Le temps qu'ils peuvent consacrer à la coordination médicale étant très limité, ils se focalisent sur quelques missions, comme l'accompagnement des professionnels qui les sollicitent pour des cas difficiles, ou l'organisation de formations. Leur attitude semble souvent passive : ils attendent d'être sollicités pour réagir, ce qui leur donne peu d'occasions de se faire connaître, et fait qu'ils contribuent finalement peu à la vie des MSMA.

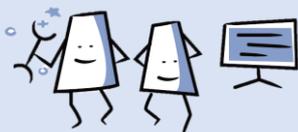
Les exemples de la BFC, de l'Alsace, de la Seine-Saint-Denis correspondent à ce cas de figure. En BFC, le choix a été fait d'assurer une coordination médicale au niveau régional. Le coordinateur médical, médecin généraliste exerçant en MS, rencontre régulièrement les équipes, notamment au moment des changements. Il anime également des groupes d'échanges trimestriels destinés à l'ensemble des professionnels des MS, et avait commencé à développer des partenariats avec les structures addictologiques environnantes, jusqu'à devoir mettre un terme à ce projet, faute à la fois de temps, et de réseau. Il a également organisé des formations ; certaines n'ont pas pu être montées en raison d'un coût trop élevé, et elles ont dans l'ensemble été difficiles à organiser. Le faible succès de plusieurs de ces démarches, qui peut s'expliquer par la difficulté à trouver des compromis entre les contraintes d'un ensemble important de professionnels, l'a encouragé à changer de posture. Il se rend disponible aux équipes qui manifestent un besoin de conseil, et relaie les offres de formation qu'il reçoit, laissant aux professionnels la charge de le solliciter.

En Alsace et en Seine-Saint-Denis, les missions de coordination sont assurées de manière bénévole. En Alsace, par un médecin à la retraite, ayant exercé pendant vingt ans en MS, et en Seine-Saint-Denis, par l'ancien médecin de l'association Proses, ainsi que la coordinatrice administrative. Leurs actions consistent à proposer des formations, faire la promotion des MS, répondre aux demandes de conseils de la part des professionnels, etc.

3. **Inexistante**, lorsqu'aucun médecin n'est disponible pour l'assurer.

Cette situation a notamment été repérée dans l'Oise, où le CSAPA porteur n'a plus de médecin depuis plusieurs années, et n'a donc pas été en mesure de trouver quelqu'un en mesure d'assumer la fonction.

La fréquence de ces trois situations est difficile à estimer. Sur les 20 EMS ayant répondu à l'enquête, 8 affirment ne disposer d'aucun coordinateur médical, 6 d'un coordinateur médical sans temps dédié, et 6 d'un coordinateur médical avec un temps dédié de 0,043 ETP en moyenne. La situation des 24 EMS n'ayant pas retourné leur questionnaire est difficile à connaître, faut d'échanges directs avec eux.



On peut considérer que la présence d'une coordination médicale complète et dédiée concerne au mieux le tiers des MSMA : en raison de son coût, elle est seulement réalisable dans les EMS portant des réseaux de MSMA, qui sont peu nombreux et dont les coordinateurs administratifs ont tous été interrogés. Hormis l'association Le Mail dans la Somme, ces EMS ne possèdent que des coordinations bénévoles et partielles. Dans les EMS portant des MSMA dispersées, l'absence de coordination médicale est sans doute assez fréquente : 40,6 % des répondants à l'enquête de satisfaction auprès des médecins ont ainsi déclaré qu'ils n'avaient pas la possibilité de contacter un coordinateur médical s'ils avaient besoin d'être conseillés.

Dans l'ensemble, la coordination médicale n'est donc pas implémentée de manière satisfaisante. D'autres acteurs se trouvent ainsi conduits à reprendre les missions les plus nécessaires, comme l'animation des RCP, l'organisation des formations, l'organisation de temps d'échange sur les pratiques, la supervision du recueil des données sanitaires ou l'interface avec la CNRMS.

En Seine-Saint-Denis par exemple, c'est la coordinatrice administrative qui porte l'essentiel de la charge de coordination médicale, faute d'avoir pu recruter un coordinateur médical dédié. Ailleurs, comme en Grand Est et en Occitanie, la coordination médicale a été confiée à des acteurs transversaux. En Grand Est, c'est un médecin qui se charge à la fois de l'organisation des formations, de la promotion des MSMA auprès des acteurs du territoire, au développement de partenariats avec des acteurs de soins locaux. En Occitanie, une grande part de la coordination médicale est assurée par un coordinateur (bénévole) de la 2PAO, en particulier la formation en addictologie ; l'organisation de temps d'échange entre professionnels, quant à elle, est assurée par l'animatrice régionale de la 2PAO.

En conclusion, les acteurs semblent peiner à trouver un niveau pertinent pour porter la coordination médicale sur le terrain.

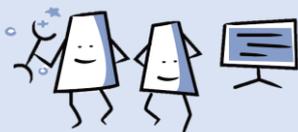
I.1.3. Les coordinations supplémentaires et les acteurs transversaux en région

Dans quatre régions, les ARS ont apporté des financements complémentaires à différents acteurs et à différents titres :

- Soit pour renforcer la coordination administrative : la FeMaSCo en BFC (30 k€ /an) et l'association Proses en IdF (60 k€ /an) ;
- Soit pour déléguer le pilotage de l'expérimentation : la CMGE en GE (140 k€ /an, mais incluant aussi le suivi de patients hors-expérimentation) ;
- Soit pour assurer une animation régionale : la 2PAO en Occitanie (45 k€ /an).

Quel que soit leur fléchage, ces financements ont permis de recruter des acteurs intervenant de manière transversale entre les MSMA, le plus souvent à l'échelle régionale, pour assurer trois missions non-spécifiées par le CdC socle.

- **Le travail de prospection et de consolidation** aboutissant à l'ouverture de nouvelles MSMA : il s'agit d'identifier les SSP (MSP, centres de santé ou cabinets individuels) susceptibles d'en héberger une, de convaincre en particulier les médecins, de trouver un EMS disposant des RH adéquates et de la convaincre également, de préparer les conventions, de former les équipes, et de les aider à s'organiser concrètement.



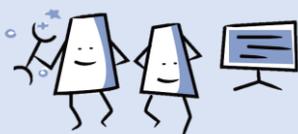
- **L'accompagnement opérationnel des MSMA** face aux difficultés qu'elles sont susceptibles de rencontrer, sans pouvoir les régler seules. Ces difficultés peuvent se manifester par une faiblesse ou un manque de pertinence des inclusions, le déséquilibre des orientations entre les psychologues et les travailleurs sociaux, l'absence de RCP ou de saisies dans la base Maia, le non-remplacement de certains professionnels, une gestion des rendez-vous non opérationnelle, etc. Leur repérage suppose un suivi attentif du fonctionnement des MSMA, pouvant s'appuyer sur les sollicitations des médecins, les retours des professionnels ou des directions des EMS, les données issues de Maia ou de la plateforme de facturation, des visites régulières, etc., permettant aux coordinateurs administratifs d'intervenir lorsqu'ils repèrent des dysfonctionnements. C'est dans le cadre de ce travail d'accompagnement que les missions empruntées à la coordination médicale peuvent s'accomplir : il permet d'identifier les besoins de formation des professionnels, de s'assurer du déroulement des RCP ainsi que du recueil des données sanitaires... Ce travail s'avère souvent nécessaire pour que les MSMA continuent à fonctionner correctement après leur ouverture, pour des raisons que nous précisons plus loin.
- **L'animation de réseaux de MSMA**, qui peut prendre plusieurs formes : l'organisation de rencontres entre les acteurs concernés, allant au-delà de temps d'échange entre les professionnels, l'élaboration de supports de communication pour les MSMA, destinés aussi bien aux patients qu'aux partenaires potentiels, la diffusion de lettres d'information... Ces activités ne sont pas indispensables au fonctionnement des MSMA à court terme. Elles permettent cependant d'entretenir la motivation des équipes, en leur donnant le sentiment d'appartenir à une communauté de professionnels engagés dans un même projet.

Ces missions ont en commun de créer de la transversalité entre les MSMA, puisqu'elles sont assurées par un acteur circulant entre au moins une dizaine d'entre elles, sur un territoire souvent assez vaste. Cela lui permet d'observer leurs pratiques, relatives au soin autant qu'à la gestion, et de contribuer à les harmoniser. D'après les entretiens, ces interventions sont plébiscitées par les équipes des MSMA, qui en souligne la nécessité pour assurer la qualité et la pérennité de leur fonctionnement. Font exception à ces observations, l'IdF et les HdF, qui ne disposent pas d'un acteur transversal. Mais les MSMA s'y sont développées autour de réseaux denses et bien coordonnés, créant de la transversalité à leur échelle. La nécessité d'actions transversales à une échelle supérieure y apparaît encore peu, car les nouveaux réseaux y sont encore très jeunes, et parce que leur déploiement est assuré par les porteurs. Mais il semble très probable qu'elle se confirme ensuite : on pensera notamment au souhait exprimé par les équipes de Seine-Saint-Denis de savoir ce qu'il en est des autres régions.

1.1.4. La coordination nationale

Après les coordinations administratives et médicales qui s'accomplissent plutôt à l'échelle locale, les activités transversales qui s'exercent plutôt à l'échelle régionale, reste la coordination nationale confiée à la CNRMS.

D'après le CdC socle, la CNRMS assure deux missions principales : elle organise des réunions mensuelles d'échange entre les coordinateurs locaux, et répond à leurs



sollicitations, en particulier autour du logiciel Maia qu'elle met à leur disposition. Ces activités ont bien été menées par la CNRMS, mais lors des entretiens, les coordinateurs et les acteurs transversaux se sont montrés assez partagés sur leur intérêt.

- Certains les jugeaient utiles, estimant par exemple que les réunions mensuelles permettent d'observer ce qui se passe dans les autres régions, de s'approprier le dispositif, de dynamiser leur travail.
- D'autres estimaient que la CNRMS avait apporté peu de solutions concrètes aux difficultés qu'ils avaient rencontrées, soit parce qu'elles n'étaient pas de son ressort, concernant la facturation par exemple, soit parce que la CNRMS était trop éloignée du terrain.

Il est impossible d'expliquer totalement ces différences de ressenti. Mais il faut reconnaître que la CNRMS pouvait difficilement être motrice en matière de coordination nationale, ses moyens étant largement absorbés par d'autres missions indispensables à l'expérimentation : l'organisation des formations, l'appui aux porteurs (lors de la revalorisation du forfait par exemple) et le soutien à l'évaluation (au travers de l'harmonisation du recueil puis de la mise à disposition des données). La CNRMS s'est surtout efforcée de répondre aux coordinateurs et aux acteurs transversaux, qui n'avaient pas tous le réflexe de la solliciter. De surcroît, il n'était pas évident de leur donner satisfaction sur des problèmes ne relevant pas de ses compétences, comme la facturation.

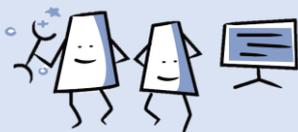
Quoi qu'ils aient pensé des interventions de la CNRMS, les enquêtés se retrouvaient sur la nécessité d'une coordination nationale, qui puisse fédérer les MSMA au-delà des régions, et entretenir une dynamique générale. Ses activités restent cependant à définir (proposer davantage d'outils, organiser des rencontres entre professionnels de différentes régions plutôt que des seuls coordinateurs et acteurs transversaux, assurer une veille addictologique, etc.).

Conclusion

La complexité du dispositif Equip'addict exige une véritable infrastructure pour assurer son fonctionnement, permettant d'articuler les différentes activités de coordination qui doivent s'exercer aux échelons locaux, départementaux ou régionaux, et nationaux.

Au niveau local, l'exemple de la Somme semble indiquer la pertinence de l'infrastructure prévue par le CdC : dans ce département, une véritable coordination médicale intervient à côté de la coordination administrative, et s'avère très efficace pour mobiliser les MSMA, bien qu'elle paraisse sous-financée. Mais plusieurs particularités interdisent de généraliser cette conclusion.

En effet, la Somme comporte l'un des EMS portant le plus de MSMA, qui lui permet d'atteindre une masse critique. Dans cet EMS, un seul binôme de professionnels intervient dans toutes les MSMA, dont l'un assure leur coordination administrative. Cela rend les MSMA très faciles à gérer, mais reste une situation assez unique. Il faut ajouter à cela que les MSMA de la Somme sont anciennes, et qu'il n'a pas été nécessaire d'en ouvrir méthodiquement de nouvelles, ce dont aucun des deux coordinateurs n'aurait eu le temps de s'occuper.



A l'inverse, aucun autre EMS (dans les 5 régions) n'est parvenu à trouver des médecins pour assurer une coordination médicale complète et dédiée. L'infrastructure locale prévue par le CdC paraît donc difficilement répliquable, et on peut supposer que son efficacité serait moindre dans d'autres territoires.

En régional et en national, beaucoup de choses restent à inventer. Seul le niveau national de coordination apparaît dans le CdC. Or, l'évaluation laisse voir la nécessité de conserver les deux niveaux : si la coordination nationale est nécessaire pour garantir la cohérence du dispositif, elle ne peut intervenir directement auprès des MSMA compte-tenu de leur nombre. Elle doit donc s'articuler à des acteurs transversaux à une échelle intermédiaire, qui puissent accompagner les MSMA et les EMS, selon un modèle restant à définir.

L'infrastructure du dispositif est donc à repenser fondamentalement avant généralisation, en acceptant d'apporter des moyens supplémentaires, pour que le dispositif Equip'addict puisse fonctionner de manière efficace et pérenne.

I.2. Effectifs de MSMA

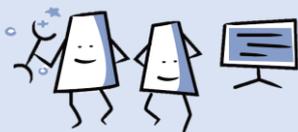
Le décompte du nombre de MSMA en activité n'est pas aussi simple qu'il pourrait paraître au premier abord, car les EMS porteurs de MS ne les ont pas comptabilisées de la même façon ; ce constat indique que la définition des contours du dispositif MSMA reste encore à clarifier.

Historiquement, les MSMA ont d'abord été définies par l'unité de lieu : une prise en charge effectuée au lieu de consultation du médecin généraliste. Mais cette définition n'est pas explicitée dans le CdC socle, ni dans les arrêtés régionaux. En conséquence, elle n'a pas toujours été retenue dans les régions.

Si l'unité de lieu avait prévalu dans le décompte des MSMA, il y aurait équivalence entre le nombre de MSMA et le nombre d'unités de consultations (qui lui, peut différer du nombre de SSP, car certaines sont réparties sur plusieurs sites). Or, ces chiffres ne sont pas concordants, ce qui s'explique par le critère retenu pour le décompte des MS : soit l'unité de lieu, soit le binôme de professionnels exerçant dans le lieu.

En effet, face aux difficultés d'inclusion rencontrées par de nombreuses MSMA, en particulier dans les zones rurales, les porteurs ont autorisé le partage d'un même binôme de professionnels entre plusieurs SSP situées sur le même territoire. Selon les régions, le choix a pu être fait de compter 1 MSMA par lieu de consultation, ou de compter pour 1 seule MSMA plusieurs lieux de consultation, où le même binôme de professionnels intervient. Les situations recouvertes par ces deux types de décompte sont variables :

- Dans le Nord, les professionnels de l'Association d'Education et de Prévention de Fourmies partagent leur temps de consultation entre 4 MSP, c'est-à-dire qu'ils partagent les moyens prévus pour 1 MSMA entre 4 SSP. Pourtant, 4 MSMA sont comptabilisées.
- En Meurthe-et-Moselle, une même équipe intervient dans deux cabinets se faisant face à Baccarat, dont l'un inclut très peu. Les deux MSMA ont d'abord été comptabilisées, puis finalement, un nouveau décompte les a considérées comme une seule MS.
- On retrouve également plusieurs exemples en Occitanie :



- 9 MSMA sont partagées entre plusieurs SSP, souvent sur différentes communes, qui sont généralement proches (pour exemple Gramat, dans le Lot, regroupe désormais 3 MSP).
- 2 MSMA sont accueillies par des PSP, c'est-à-dire des MSP comptant deux sites, entre lesquels les médecins ne sont pas mobiles, mais où se rend la même équipe de professionnels.

I.2.1. Atteinte des objectifs

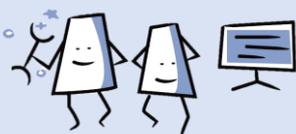
Il n'était pas possible de vérifier la situation de chaque MSMA pour rendre cohérents les chiffres transmis par les porteurs et les coordinateurs. Ils seront présentés et analysés en l'état, malgré leurs limites³. Les chiffres concernent les MSMA effectivement ouvertes au printemps 2023, mais nous avons aussi comptabilisé, pour déterminer l'atteinte des objectifs, les projets de MSMA dont l'aboutissement semblait acquis avant la fin de l'année.

	BFC	GE	HdF	IdF	Occ	Total
Réalisations						
MSMA préexistantes	1	28	12	4	4	47
Ouvertures 2020	7	-	-	4	14	26
2021	3	4	2	-	8	16
2022	-	8	11	4	6	29
2023	1	4	4	6	-	14
Fermetures	1	4	2	-	2	9
Total des MSMA en activité (S1 2023)	11	40	27	18	30	126
Projets (S2 2023)	-	5	-	4	-	9
Total prévisionnel	11	45	27	22	30	135
Objectifs						
Initiaux (2019)	12	55	40	40	30	177
Révisés (2021)	11	48	40	25	30	154
Réalisation effective en %	100	83,3	67,5	72	100	81,8
Réalisation prévisionnelle en %	100	93,8	67,5	88	100	87,7

Tableau 5. Effectifs réalisés et prévus de MSMA

Le nombre de MSMA en activité au printemps 2023 s'élève à 126, sans compter 9 projets sur le point d'aboutir, pour un objectif de 154 au terme de l'expérimentation. Ainsi, 81,8 % des MSMA prévues sont ouvertes au terme de la collecte des données, et 87,7 % devraient l'être au terme de l'expérimentation. Cette situation cache des disparités régionales significatives, avec :

³ A l'avenir, il sera nécessaire d'explicitier la définition des MSMA : par unité de SSP ou d'équipe ? Par équivalence des moyens ou des files actives ? Par territoire ? Etc.



- Des objectifs atteints en BFC et en Occitanie, avec un travail de prospection et de consolidation arrivé à terme en 2022.
- Des objectifs plus ou moins éloignés dans les autres régions, où les efforts se sont poursuivis jusqu'en fin d'expérimentation pour ouvrir de nouvelles MSMA.

I.2.2. Analyse

Nous analyserons ci-dessous trois causes possibles à cette situation : (1) les MSMA préexistantes à l'expérimentation n'ont pas réussi à l'intégrer, (2) les MSMA en activité ne sont pas pérennes et ferment à un rythme proche de celui des ouvertures, (3) trop peu de nouvelles MSMA ont été ouvertes.

a. Une bonne intégration des MSMA préexistantes à l'expérimentation

L'intégration des MSMA préexistantes à l'expérimentation n'est pas allée sans difficultés. Elle a conduit à rigidifier quelque peu leur fonctionnement, en particulier pour les médecins généralistes, afin de respecter les exigences du CdC socle : rigueur dans les inclusions, tenue des RCP, saisie des inclusions, recueil des données sanitaires, etc.

- Dans la Somme, par exemple, les MSMA fonctionnaient de manière très souple. Les médecins n'étaient pas contraints d'assister à des RCP régulières, ni d'utiliser le logiciel Maia : ils étaient bien impliqués, mais leur coordination avec les professionnels restait informelle – ces derniers, pour leur part, pouvant recevoir du tout-venant, sans orientation nécessaire par un médecin.
- En Seine-Saint-Denis, de même, les MSMA étaient dispensées du suivi détaillé de leurs activités, et s'intéressaient plutôt à la précarité qu'aux addictions.

L'accompagnement des coordonnateurs ou des acteurs transversaux a cependant permis de surmonter ces difficultés, les efforts nécessaires étant justifiés par la perspective d'obtenir un financement pérenne à l'issue de l'expérimentation. Seules deux MSMA préexistantes ont fermé au moment d'intégrer l'expérimentation Equip'addict. Leur fermeture ne s'explique pas par des difficultés spécifiques résultant de l'expérimentation, mais plutôt par des dysfonctionnements antérieurs, rendus visibles par une faible dynamique d'inclusion.

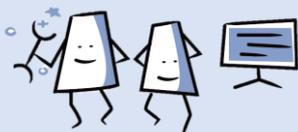
Concernant les EMS, ils recevaient des dotations globales : le passage à un financement forfaitaire par patient a réduit leur visibilité financière, et suscité une inquiétude sur leur capacité à atteindre l'équilibre. Mais cela n'en a conduit aucun à se désengager, et n'a donc provoqué aucune fermeture de MSMA.

Ce n'est donc pas la difficulté à intégrer les dispositifs préexistants à l'expérimentation qui est responsable de l'insuffisance des effectifs de MSMA au regard des objectifs.

b. La pérennité des MSMA

Une fois ouvertes, les MSMA s'avèrent globalement pérennes : 7 seulement ont dû être fermées en raison de difficultés insurmontables.

Ces difficultés semblent surtout liées à la présence d'un unique médecin généraliste. Les MSMA concernées sont moins résilientes, car les médecins s'engageant seuls risquent davantage (1) de s'épuiser devant le travail d'organisation qu'elles requièrent (comme en Occitanie) et (2) de ne trouver aucun remplaçant, ou aucun remplaçant



intéressé par le projet, lorsqu'ils déménagent ou prennent leur retraite (comme dans le GE).

Ceci légitime la décision prise dans plusieurs régions de privilégier les structures d'exercice coordonné, qui s'avèrent effectivement dominantes⁴. Pour garantir la pérennité des MSMA accueillies par des MSP ou des centres de santé, il faut cependant s'assurer que plusieurs médecins s'y investissent, et que les nouveaux médecins généralistes qui les rejoignent soient correctement formés. Ceci participe de l'accompagnement opérationnel que les coordinateurs administratifs assurent souvent.

	BFC	GE	HdF	IdF	Occ	Total
Cabinets médicaux	-	22	1	2	2	27
MSP / PSP	11	17	25	8	27	88
Centres de santé	-	1	-	8	1	10
CPTS	-	-	1	-	-	1

Tableau 6. Caractéristiques des SSP participantes

c. La difficulté à ouvrir de nouvelles MSMA et les stratégies de déploiement en région

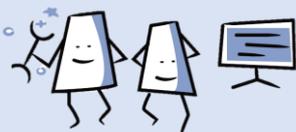
C'est donc la difficulté à ouvrir de nouvelles MSMA qui explique que les objectifs n'aient pu être atteints.

Pour les SSP, l'ouverture de nouvelles MSMA rencontre de nombreux obstacles identifiés par l'enquête qualitative (entretiens et études de cas) :

- La faible disponibilité des médecins, dans un contexte de pénurie de temps médical chronique, engendrant un flux ininterrompu de patients, et de multiplication des dispositifs auxquels ils doivent participer, notamment au sein des MSP⁵ et des CPTS.
- L'inégale appétence des médecins généralistes pour la pluriprofessionnalité et l'exercice coordonné, que plusieurs porteurs ont anticipée en restreignant la participation aux médecins appartenant à une MSP ou une CPTS (en région HdF notamment).
- Les réticences de certains médecins à s'engager sur les conduites addictives, en raison de préjugés ou de mauvaises expériences passées, mais aussi de la complexité objective des patients concernés. Ce frein a pu être levé par endroits, grâce à des échanges axés sur l'existence et l'intérêt du repérage des addictions dans la patientèle déjà constituée du médecin traitant.
- La crainte d'une lourdeur administrative excessive des MSMA.
- L'absence de bureaux pour recevoir les professionnels.
- L'absence de loyers versés par les MSMA pour l'utilisation des bureaux.

⁴ C'est seulement dans la région GE qu'on trouve une proportion significative de MSMA accueillies dans des cabinets médicaux individuels ou partagés, qui s'explique probablement par leur ancienneté. Les premières MSMA se sont développées au début des années 2000 avant la création des MSP.

⁵ Ce contexte a vraisemblablement contribué à la lassitude engendrée par l'épidémie de Covid-19.



Les EMS quant à eux, ont rencontré des points de blocage moins nombreux, mais tout de même substantiels :

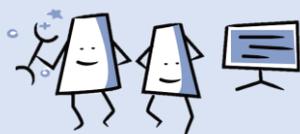
- Des faiblesses RH, concernant notamment les travailleurs sociaux. Le sentiment était répandu parmi les enquêtés d'une pénurie de ces professionnels, encore accentuée par l'épidémie de Covid-19 : ils s'estimeraient sous-considérés et sous-payés, et se reconvertiraient massivement. La réalité de cette situation est attestée par la revalorisation qui leur a récemment été accordée au titre du Ségur de la Santé. Par ailleurs, lorsque les EMS disposent de psychologues et de travailleurs sociaux, il faut qu'ils parviennent à leur dégager au moins une demi-journée pour intervenir en MSMA, voire davantage en tenant compte des temps de déplacement. Si leurs activités ne le permettent pas, les EMS sont conduits à recruter des professionnels à de très faibles ETP : autour de 0,2 pour une MSMA. Les candidats sont alors peu nombreux en l'absence d'activité complémentaire proposée au sein des EMS, dans la mesure où les psychologues autant que les travailleurs sociaux préfèrent des emplois à temps plein ou quasi-plein
- Un manque de visibilité financière causé par les financements forfaitaires, car ceux-ci ne peuvent pas apporter de garantie qu'ils suffiront à couvrir les dépenses induites par le détachement de professionnels (en particulier s'ils doivent être embauchés pour intervenir en MSMA).

Il s'agit là de difficultés qui se conjuguent, car pour que les projets aboutissent, il faut identifier des SSP et des EMS susceptibles de s'engager sur un même territoire.

Ainsi, en Occitanie, le CR du Copil de janvier 2023 montre que 7 projets de MSMA ont dû être abandonnés, soit en raison d'un défaut d'adhésion des professionnels de soins primaires, soit en raison de difficultés RH des CSAPA porteurs. Dans les Hauts-de-Seine, d'après l'entretien conduit avec l'ARS IdF, l'ouverture de MSMA a été compromise par la défection de 2 médecins sur les 4 pressentis. Leur désengagement, sans doute motivé par une crainte devant la charge de travail supplémentaire impliquée, a conduit l'EMS porteur à se retirer à son tour, faute d'un nombre suffisant de MSMA.

Ces retours de terrains invitent à insister sur la nécessité du travail de prospection et de consolidation, déjà évoquée plus haut. Un travail d'animation territoriale pour faire connaître le dispositif semble essentiel, notamment pour convaincre les médecins que les MSMA constituent moins une charge supplémentaire qu'une aide précieuse, leur permettant de travailler plus efficacement et confortablement, et méritant quelques efforts. L'intervention d'un médecin s'avère presque indispensable pour y parvenir (comme le coordinateur médical en BFC ou l'URPS médecins libéraux dans les HdF). Or, les stratégies de déploiement en région ont fait intervenir ce travail de prospection et de consolidation différemment, en lien avec les dispositifs préexistants à l'expérimentation.

- En BFC et en Occitanie, les MSMA étaient peu implantées. Les porteurs ont donc adopté des stratégies de déploiement volontaristes, mises en œuvre dès l'entrée dans l'expérimentation, et confiées à des partenaires uniques : la FeMaSCo en BFC et la 2PAO en Occitanie. Ces partenaires se distinguent par leur connaissance des médecins généralistes de terrain : la FeMaSCo en tant qu'elle fédère les MSP de la région, la 2PAO en tant qu'elle menait des actions de sensibilisation à l'addictologie depuis plusieurs années. Ceci a facilité le démarchage des SSP, à la fois pour identifier les plus susceptibles de



s'impliquer, et pour gagner la confiance des médecins (en s'appuyant au besoin sur les délégations départementales de l'ARS pour confirmer le dynamisme de certaines SSP ou identifier les territoires avec les plus forts besoins).

- En GE, dans les HdF et en IdF, les MSMA étaient déjà bien implantées, mais dans certains départements seulement. Les porteurs ont adopté une stratégie de déploiement en deux temps : d'abord l'intégration des MSMA préexistantes à l'expérimentation, puis l'ouverture de nouvelles. Par conséquent, le travail de prospection et de consolidation a démarré plus tard.

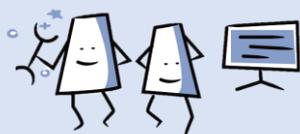
Par ailleurs, ce travail n'a pas été confié systématiquement à des partenaires intervenant à l'échelle régionale : il a parfois été **confié à des partenaires locaux**, pour élargir des réseaux existants. Ce choix a été fructueux pour les réseaux disposant des moyens adéquats, en particulier dans le 93, où l'association Proses a reçu un financement complémentaire qui a permis de recruter une coordinatrice à temps plein, qui s'est occupée du travail de prospection et de consolidation. Mais les petits réseaux comme ceux de l'Oise, de l'Aube et des Vosges ont peiné, ne disposant pas des ressources pour recruter un coordinateur dédié.

Sur les territoires où les réseaux de MSMA n'étaient pas implantés, il a fallu les créer. Un **démarchage méthodique assuré par les porteurs** a été mis en place dans les HdF et en IdF (où aucun financement complémentaire pour des actions régionales n'avait été dégagé), ciblant d'abord les EMS. Ce mode de déploiement s'est avéré très lourd, en raison des efforts nécessaires à l'identification d'acteurs susceptibles de s'impliquer dans l'expérimentation, mais aussi à les convaincre. Dans le GE, à l'inverse, aucune démarche méthodique n'a été mise en place. Des **contacts fortuits** lors d'évènements addictologiques ont abouti à quelques ouvertures dans les Ardennes, ainsi qu'à des projets dans la Marne, la Haute-Marne et la Meuse.

Pour résumer, les difficultés ne semblent pas différentes ou supérieures dans les régions qui ont manqué leurs objectifs, par rapport à celles qui les ont atteints. Il est même remarquable que les objectifs aient été atteints dans les régions où les MSMA sont les plus dispersées, c'est-à-dire où les contraintes pour les EMS sont les plus fortes (il leur est plus facile d'obtenir une visibilité financière et de proposer des ETP acceptables aux professionnels lorsqu'ils gèrent au moins 5 ou 6 MSMA). Dans ces régions, le déploiement a simplement commencé plus tôt, et avec plus de moyens⁶ (mais en souffrant aussi davantage des retombées de la crise du Covid). Les trois autres régions, grâce à leur densité de MSMA sur certains territoires, auraient pu bénéficier du bouche-à-oreille entre médecins.⁷ Mais la volonté des porteurs d'équilibrer la répartition des MSMA, c'est-à-dire de les développer préférentiellement là où elles n'étaient pas déjà présentes, afin d'améliorer l'accessibilité des soins et l'offre addictologique dans les secteurs les moins dotés, a empêché d'exploiter cet effet.

⁶ On remarquera qu'aucun financement n'avait été prévu pour le travail de prospection et de consolidation dans le CdC socle, même au titre des crédits d'amorçage, ce qui semble indiquer que le déploiement concret du dispositif n'a pas été pensé en amont. Une généralisation du dispositif gagnera à prendre en compte cet aspect du projet.

⁷ C'est notamment le cas de la MSMA de l'Elsau à Strasbourg (voir la synthèse régionale du GE, en annexe).



I.3. Effectifs de patients inclus

On s'intéresse ici aux files actives des MSMA, qui représentent le nombre de patients suivis une année donnée. Pour les analyser, il est nécessaire de distinguer trois flux : (1) les **inclusions**, qui concernent les patients bénéficiant d'un suivi en MSMA pour la première fois, (2) les **renouvellements**, qui concernent des patients dont le suivi est prolongé d'une année sur l'autre, et (3) les **exclusions**, qui concernent les patients dont le suivi s'est achevé ou interrompu, pour quelque raison que ce soit.

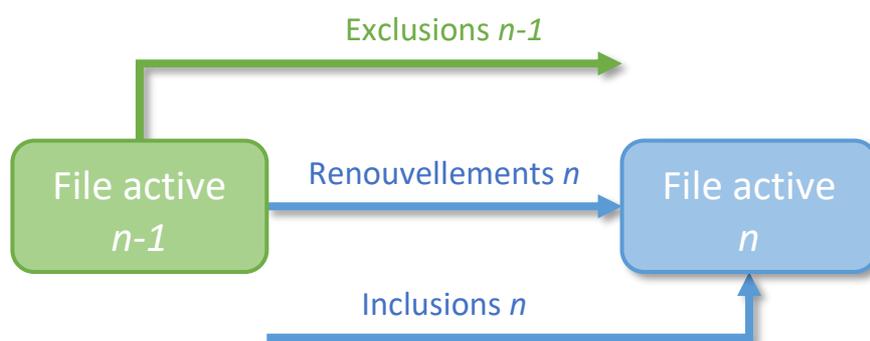


Figure 2. Flux de patients

I.3.1. Indicateurs

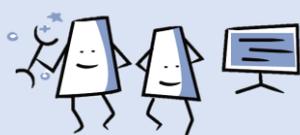
Plusieurs sources de données sur ces flux de patients ont été mises à disposition, dont aucune n'est pleinement satisfaisante.

a. La base Maia

En principe, la production des données Maia doit démarrer lorsque les médecins décident d'orienter un patient vers leur MSMA. Ils doivent alors remplir une fiche d'inclusion qui permet aussi d'informer les autres professionnels et de collecter les données nécessaires à la facturation. De même, lorsqu'un patient quitte le dispositif, les médecins doivent archiver son dossier en précisant son motif de sortie (amélioration de l'état de santé, déménagement, perdu de vue, etc.).

Les données sur les inclusions et les exclusions sont présentées ci-dessous pour tous les patients inclus ou exclus après le 1^{er} juillet 2020, que l'expérimentation ait ou non démarré dans leur région, et avant le 16 mai 2023.

Région	Année				
	2020	2021	2022	2023	Total
Bourgogne-Franche-Comté	0	39	41	43	123
Grand Est	89	308	334	281	1012
Hauts-de-France	1	83	64	86	234
Ile-de-France	1	115	121	85	322



Occitanie	38	165	244	280	727
Total	129	710	804	775	2418

Tableau 7. Nombre d'inclusions par an d'après la base Maia

Ces données ne sont pas pleinement satisfaisantes. Elles présentent tout d'abord un problème d'exhaustivité : sur les 126 MSMA en activité, seules 120 apparaissent dans la base Maia, et celles-ci ont peu rendu compte de leur activité sur le logiciel. Ceci peut s'expliquer par le fait que certains EMS n'utilisent pas Maia dans leur circuit de facturation, et ne contraignent pas les médecins ou les professionnels à y saisir les inclusions. En outre, au début de l'année 2023, un changement de version (visant à améliorer le remplissage) a conduit à la suspension de l'accès à Maia pendant plusieurs semaines, ce qui a pu empêcher certaines saisies.

Les données Maia comportent également un problème de cohérence : les exclusions sont sous-renseignées, ce qui rend difficile l'estimation des files actives.

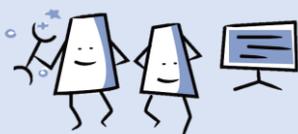
b. Les données de facturation

Les données de facturation sont transmises selon des modalités variables, détaillées dans la description des circuits de facturation (voir le premier point de la partie « Efficience » du présent rapport, « Gestion budgétaire et circuits de facturation »). Les données transmises courent de 2020 à juillet 2022 : pour des raisons juridiques CNIL, les évaluateurs n'ont pas eu accès aux données de facturation pour la période qui s'étend d'août 2022 à août 2023. Pour les années 2020 à 2022, les données ont été transmises de manière agrégée.

Facturations	2020	2021	2022 (S1)	Total
Bourgogne-Franche-Comté	26	131	44	201
Grand Est	-	1049	923	1972
Hauts-de-France	1	166	91	258
Île-de-France	227	244	222	693
Occitanie	149	440	210	799
Total	403	2030	1490	3923

Tableau 8. Files actives d'après les données de facturation (2020-2022)

Ces données ne sont pas pleinement satisfaisantes. Pour l'analyse, on rencontre d'abord un problème d'exhaustivité. En effet, elles ne permettent pas de prendre en compte les quelques patients ne pouvant être facturés (lorsqu'ils possèdent un NIR provisoire). Le nombre de facturations étant limité à 42 patients par MSMA en moyenne, dans les régions où les files actives sont importantes comme le GE, elles sont sous-estimées car une partie des patients n'est pas facturée via l'Article 51. Enfin,



en IdF, faute de coordinateur administratif, les patients renouvelés n'ont pas été facturés durant 9 mois, ce qui conduit également à sous-estimer les files actives.

On rencontre de surcroît un problème de précision. Étant ventilées selon les EMS réalisant la facturation, les données ne permettent pas de connaître plus exactement les files actives pour chaque MSMA ; de plus, elles ne permettent pas de distinguer les inclusions des renouvellements.

c. Les données des coordinateurs administratifs

Elles devaient être recueillies *via* l'enquête auprès des EMS, pour corriger les lacunes de la base Maia et des données de facturation. Mais en raison de la faiblesse du taux de réponse à l'enquête, les données obtenues ne permettent pas d'avoir une vision globale sur les patients inclus en MSMA.

d. Les fichiers de contrôle

Certains EMS ont pu fournir leurs fichiers de contrôle, mais seul celui transmis par la BFC permet de distinguer les inclusions des renouvellements. Les patients renouvelés représentent 18,8 % des files actives en moyenne, avec de fortes disparités (cette proportion varie de 5,6 à 42,2 %) mais une corrélation substantielle avec la taille des MSMA (le coefficient de corrélation entre les nombres d'inclusions et de renouvellements s'établit à 0,62). L'exemple de la BFC semble donc indiquer que les MSMA incluant le plus de patients sont aussi celles qui en renouvelent le plus.

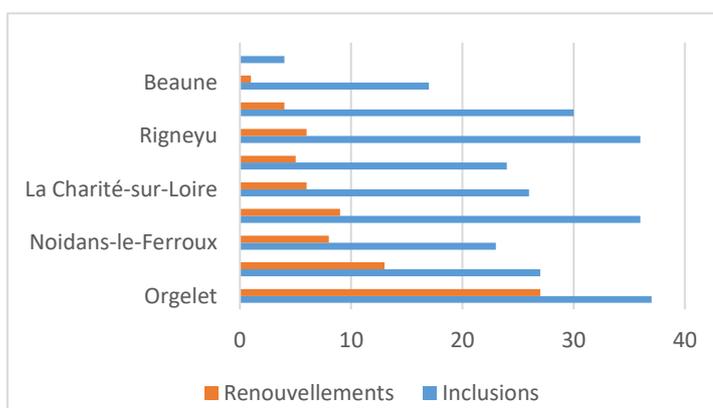
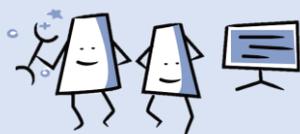


Figure 3. Flux de patients en BFC

Un problème supplémentaire affectant l'ensemble de ces données, est que les inclusions ne sont pas comptabilisées à la même étape des parcours patient, notamment car les règles ont évolué au cours de l'expérimentation.

- D'après le premier CdC (2020-2021) : l'inclusion dans Maia était saisie lors de la première consultation avec un professionnel
- D'après le second CdC, après la révision du forfait (2022-2023) : l'inclusion se fait lors de la consultation d'inclusion par le médecin.



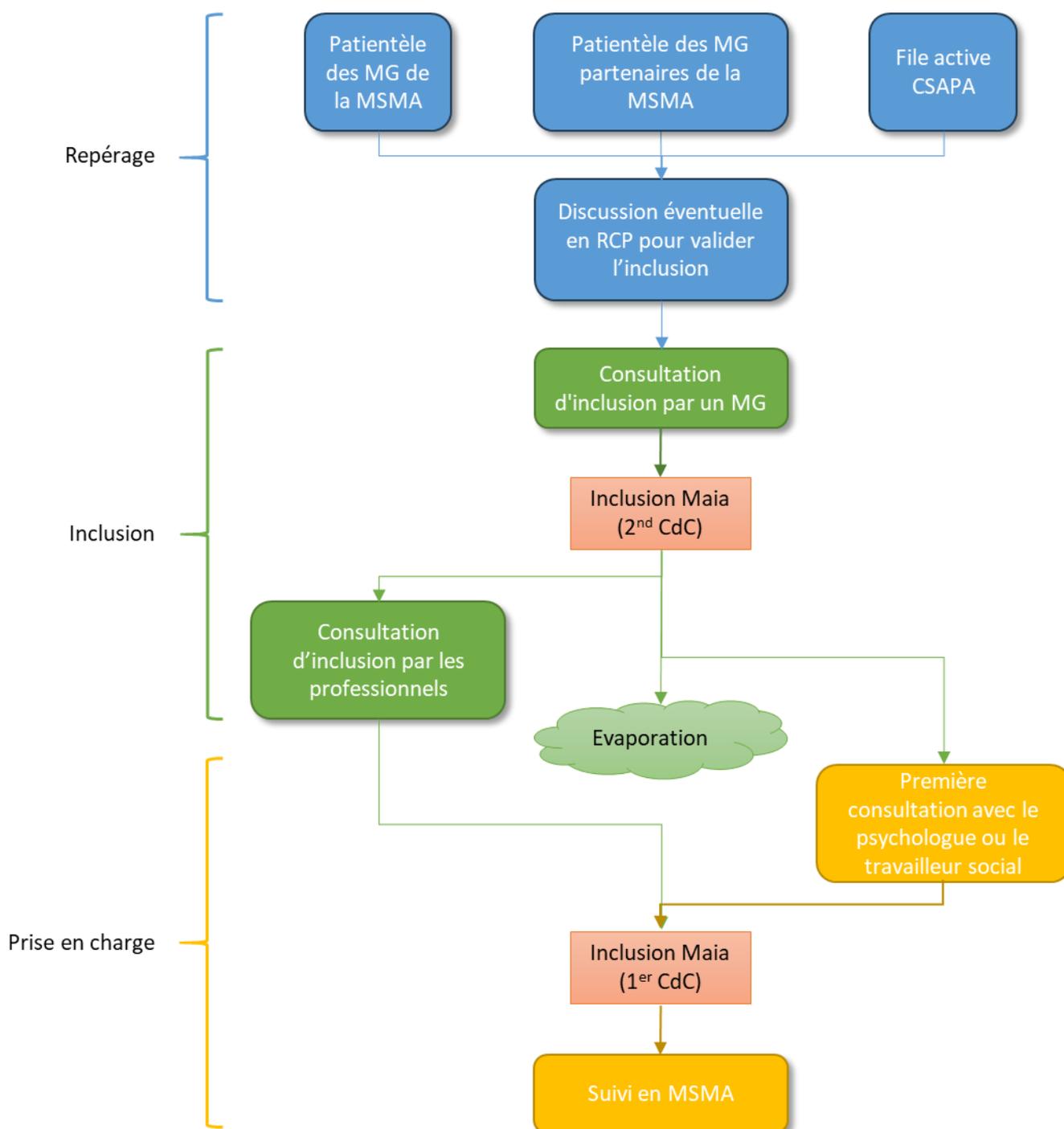
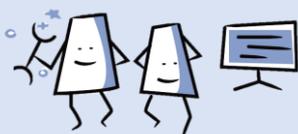


Figure 4. Parcours patients et inclusions

Cette évolution conduit à facturer davantage de patients, en l’occurrence, ceux qui acceptent en principe d’être suivis en MSMA, mais ne rencontrent jamais de professionnels, autrement dit qui disparaissent après leur inclusion (évaporation dans le schéma). Mais toutes les MSMA n’ont pas suivi le nouveau protocole.



L'enquête auprès des EMS a permis de s'en rendre compte, comme avec cet exemple d'un EMS portant uniquement des MSMA ouvertes après la révision du forfait, décrivant ainsi le circuit de facturation :

« La première étape consiste à la prise de RDV via un logiciel par les médecins traitants (Google Agenda ou Doctolib). Le dispositif est expliqué lors du 1^{er} RDV en présence du médecin traitant. Lors de la première rencontre à la MSP avec un membre du CSAPA, le patient est inscrit sur le logiciel Maia qui engendre la fiche d'inclusion. »

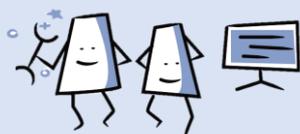
En réalité, le nouveau protocole d'inclusion est difficilement applicable dans les MSMA où la saisie des inclusions sous Maia est assurée par les ppsychologues ou les intervenants sociaux plutôt que par les médecins. Par ailleurs, d'autres MSMA, dont les équipes trouvent la nouvelle règle de facturation illogique, continuent à appliquer la première. Les coordinateurs administratifs ne sachant pas dans quelle mesure les équipes respectent la nouvelle règle, les modalités de comptabilisation des patients restent opaques. Par conséquent, il est impossible de donner le nombre exact de patients inclus en MSMA au cours de l'expérimentation.

I.3.2. Atteinte des objectifs

Les arrêtés régionaux définissent des objectifs annuels agrégés, qui ne sont pas atteints :

Inclusions	BFC	GE	HdF	IdF	Occ	Total
2020	25	144	1	123	115	408
2021	120	677	162	179	399	1537
2022	88	755	138	285	544	1810
2023*	51	299	231	39	561	1181
Total	284	1875	532	626	1619	4936
Objectifs révisés						
2021	110	958	150	444	495	2157
2022	275	1241	650	693	705	3564
2023	300	1657	1000	1050	940	4947
Total	685	3856	1800	2187	2140	10668
Réalisation						
2021	109.1%	70.7%	108.0%	40.3%	80.6%	71.3%
2022	32.0%	60.8%	21.2%	41.1%	77.2%	50.8%
2023*	17.0%	18.0%	23.1%	3.7%	59.7%	23.9%
Total (sans 2020)	37.8%	44.9%	29.5%	23.0%	70.3%	42.4%

* Les chiffres pour 2023 sont une estimation du nombre total d'inclusions prévisibles pour l'année, à partir du nombre d'inclusions effectuées entre janvier et août 2023. Cette estimation ne tient pas compte d'une éventuelle montée en charge, mais l'existence de celle-ci n'est pas évidente (voir infra).



Les objectifs révisés pour 2023 ont été explicites dans le GE et l'IdF. Lorsqu'ils sont restés implicites, ils ont été obtenus en divisant les effectifs totaux de patients espérés par le nombre de MSMA prévus, soit :

- 25 patients par MSMA et par an en BFC et dans les HdF.
- 31,3 patients par MSMA et par an en Occitanie.

Tableau 9. Atteinte des objectifs d'inclusion

Il n'est pas surprenant que les objectifs d'inclusion aient été manqués, dès lors que le nombre de MSMA en activité est inférieur aux prévisions, et que ces MSMA ont ouvert plus tardivement qu'espéré.

Les rythmes d'inclusion de patients sont également contrastés entre les régions :

	2020	2021	2022	2023 (S1)
Bourgogne-Franche-Comté	0 (0%)	39 (31.71 %)	41 (33.33 %)	43 (34.96 %)
Grand Est	89 (8.79 %)	308 (30.43 %)	334 (33.00 %)	281 (27.77 %)
Hauts-de-France	1 (0.43 %)	83 (35.47 %)	64 (27.35 %)	86 (36.75 %)
Ile-de-France	1 (0.31 %)	115 (35.71 %)	121 (37.58 %)	85 (26.40 %)
Occitanie	38 (5.23 %)	165 (22.70 %)	244 (33.56 %)	280 (38.51 %)

Tableau 10. Rythmes d'inclusion entre 2020 et mi-2023 d'après Maia

Dans le GE et l'Occitanie, les rythmes sont en progression depuis 2020. La dynamique d'inclusion dans les HdF et en BFC est plus faible que dans les autres régions. En IdF, les rythmes d'inclusions étaient élevés jusqu'à la mi-2022, après redressement des données par la coordinatrice administrative de Proses. On peut supposer qu'ils ont considérablement décliné en raison de son départ.

I.3.3. Analyse

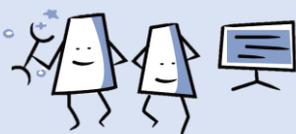
Plusieurs explications possibles de la faiblesse des inclusions et des disparités entre régions. Les données disponibles ne permettent pas de les tester à l'échelle des MSMA : il faut se contenter de comparaisons régionales forcément moins précises, face à des explications qui se superposent.

a. Taille et ancienneté des MSMA

Deux facteurs susceptibles d'accroître directement les capacités d'inclusion des MSMA.

- Leur taille, c'est-à-dire le nombre de médecins impliqués, dans la mesure où seuls leurs patients peuvent être inclus.

	Médecins	Médecins/MSMA	MSMA
BFC	11	1.0	11
GE	91	2.4	38
HdF	42	1.6	27
IdF	60	3.0	20
Occ	135	4.5	30



Total	339	2.7	126
--------------	-----	-----	-----

Tableau 11. Répartition des médecins dans les MSMA

Ce facteur est particulièrement défavorable à la BFC, où le porteur a limité la participation à un médecin par MSMA. Le tableau montre que les régions qui incluent le plus (GE, IdF, Occ) sont bien celles où on retrouve le plus de médecins dans une même MS.

- Leur âge, puisque les MSMA venant d'ouvrir peuvent seulement compter sur les primo-inclusions pour remplir leur file active, tandis que les MSMA fonctionnant depuis plus d'un an peuvent aussi compter sur les renouvellements.

En effet, d'après l'enquête auprès des EMS, la MSMA comptant le plus de patients renouvelés se trouve en Alsace, avec une proportion de 78,3 %. De Plus, le calcul du coefficient de corrélation entre la durée d'activité des MSMA depuis le début de l'expérimentation et la proportion de patients renouvelés dans leur file active corrobore l'hypothèse d'un effet d'âge, puisqu'il s'établit à 0,43.

b. Faible dynamique de certaines MSMA

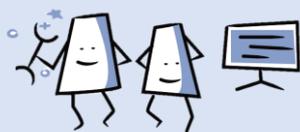
Au premier semestre 2023, d'après les données d'inclusion saisies dans la base Maia, on trouve 23 MSMA ayant inclus moins de 5 patients, et 42 MSMA ayant inclus 10 patients ou moins, sur les 120 ayant renseigné leurs inclusions sur la plateforme. Les MSMA qui incluent très peu (moins de 5 patients) représenteraient donc 19% des MSMA en activité. En recoupant avec les autres données d'inclusion disponibles, on peut estimer que, pour la période 2020-2022, la proportion de MSMA n'incluant presque pas s'échelonnait entre 7,4 % en Occitanie et 25 % dans les HdF.

Par ailleurs, 10 % des répondants à l'enquête de satisfaction auprès des professionnels ont retenu la faiblesse des inclusions parmi les difficultés éventuelles rencontrées par leur MSMA.

Il peut s'agir de MSMA nouvellement ouvertes dont la dynamique n'a pas pris : les médecins n'ont pas réussi à s'approprier le dispositif et n'incluent pratiquement pas, de sorte que les professionnels se désengagent. Il peut aussi s'agir de MSMA ouvertes depuis quelques temps mais dont la dynamique s'est étiolée. En Occitanie, par exemple, certaines MS ont souffert de difficultés de recrutement : du fait de leur dispersion, les EMS n'accordent que de faibles ETP à la pratique en MS, ce qui attire peu les professionnels. Par ailleurs, certains EMS ont été peu réactifs lors de départs des professionnels, laissant des MSMA non pourvues, ralentissant considérablement leur dynamique.

c. Prévalence des conduites addictives dans les territoires d'implantation des MSMA

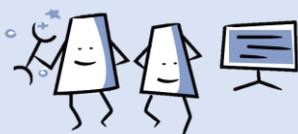
Les régions où les rythmes d'inclusion sont les plus faibles sont aussi celles où les MSMA sont le plus situées en zones rurales. L'hypothèse selon laquelle les conduites addictives y seraient moins fréquentes, et que les besoins, quoique réels, n'y suffiraient pas à remplir les MSMA, a été régulièrement avancée lors des entretiens : les populations rurales seraient trop âgées, trop pauvres et trop éloignées des zones où les trafics s'opèrent pour que les conduites addictives y soient très répandues.



Il est difficile d'étayer cette interprétation car les données disponibles sur les conduites addictives dans les territoires ruraux demeurent très lacunaires en France. Elles proviennent essentiellement des activités du TREND, un dispositif de veille constitué en 1999 afin de repérer les dynamiques émergentes autour des consommations de drogues, et s'appuyant notamment sur des observations ethnographiques dans les CAARUD, les lieux publics et les squats dans une dizaine de régions (Cadet-Taïrou *et al.*, 2020). Les consommations de drogues dans l'espace rural sont devenues visibles à la fin des années 2000. Elles ont donné lieu à une investigation complémentaire en 2012-2014, exploitant les retours de professionnels exerçant dans les antennes mobiles des CAARUD et les témoignages de participants à des « *free parties* » ou « *raves* » (Gandilhon et Cadet-Taïrou, 2015). Leur essor s'est avéré très lié aux migrations depuis les villes de population déjà consommatrices de substances. Ainsi de personnes rattachables au mouvement punk, repoussées par la hausse des prix du logement et la fermeture des squats, et dont les consommations sont dominées par les opiacés, ou de personnes évoluant dans l'univers alternatif techno, qui trouvent plus de facilité à organiser leurs événements dans les campagnes, et qui consomment surtout des stimulants. On trouve aussi parmi ces « *néoruraux* » des saisonniers venant chercher des emplois dans le secteur agroalimentaire, dont les consommations sont moins marquées, ainsi que des héroïnomanes ayant migré dans les années 1980 pour se soustraire aux tentations de la ville, désormais bien suivis et insérés, mais consommant des substances de manière épisodique et festive pour échapper à la « *monotonie* » des traitements de substitution aux opiacés (TSO). Ces mouvements de population structurent des réseaux de micro-distribution, faisant que la disponibilité des produits illicites n'est pas inférieure dans les zones rurales (en particulier pour l'héroïne, la cocaïne et la MDMA). Il n'est alors pas surprenant que les conduites addictives n'y soient pas l'apanage de populations issues des villes : elles s'étendent aussi aux populations locales, particulièrement dans les régions désindustrialisées, où elles se transmettent au sein des familles ou au contact des « *néoruraux* » (Gandilhon et Cadet-Taïrou, 2015).

Ces observations attestent de la réalité des consommations de substances dans les zones rurales, sans permettre de tirer de conclusions définitives quant aux difficultés de recrutement rencontrées par certaines MSMA qui y sont implantées. En effet, les observations proposées par le dispositif TREND sont très localisées : il est possible que ces consommations se diffusent dans les espaces ruraux, mais seulement dans l'aire d'attraction des métropoles, sans atteindre encore les territoires les plus reculés. Ces observations ne concernent pas non plus d'autres addictions comme l'alcool, le tabac, les jeux, les écrans, etc., qui peuvent aussi relever d'une prise en charge en MSMA. En définitive, la conclusion la plus intéressante à en tirer concerne peut-être la difficulté à observer les consommations de substances dans les territoires ruraux. D'une part, elles se déroulent principalement dans les espaces privés. D'autre part, elles échappent très largement aux dispositifs de soin et de réduction des risques, à la fois en raison de leur éloignement que de la forte interconnaissance caractérisant les territoires ruraux, faisant craindre à leurs usagers de s'y faire connaître.

Ceci rend plausible une seconde hypothèse, selon laquelle les médecins généralistes sous-estimerait la prévalence des conduites addictives dans ces territoires, et ne les dépisteraient pas suffisamment. Les travaux disponibles ne permettent pas d'étayer cette hypothèse, car peu sont consacrés aux pratiques de dépistage des médecins généralistes, dont aucun ne concerne spécifiquement les territoires ruraux.



Les entretiens apportent des indices plus concluants en faveur d'une focalisation des médecins généralistes sur les addictions à l'alcool, au détriment des autres substances ou comportements. La coordinatrice médicale de la Somme, qui participe aux RCP des 11 MS de ce département et peut donc observer directement les attitudes et les pratiques des médecins concernés, a ainsi constaté qu'ils se préoccupent essentiellement de l'alcool : ils ne perçoivent pas les addictions au tabac, au cannabis et à la cocaïne, qui se développent pourtant en ruralité. Aussi motivés soient-ils, leurs représentations restent décalées par rapport à la réalité des conduites addictives dans leur environnement. Le témoignage d'un médecin exerçant en BFC va dans le même sens : la collaboration avec une travailleuse sociale intervenant depuis longtemps sur le territoire lui a permis de constater que les conduites addictives y sont réelles et variées. Pourtant, les médecins de sa MSMA continuent à inclure principalement des patients dépendants à l'alcool, tandis que les consommateurs d'autres substances sont plutôt orientés par cette travailleuse sociale.

Dans l'enquête de satisfaction auprès des médecins, l'alcool apparaît effectivement comme l'addiction la plus souvent dépistée, sans pour autant être la seule (d'après les réponses à la question : « dépistez-vous régulièrement ces conduites addictives parmi vos patients ? »). Sachant que la majorité des répondants proviennent d'Occitanie, où ils exercent en zones rurales.

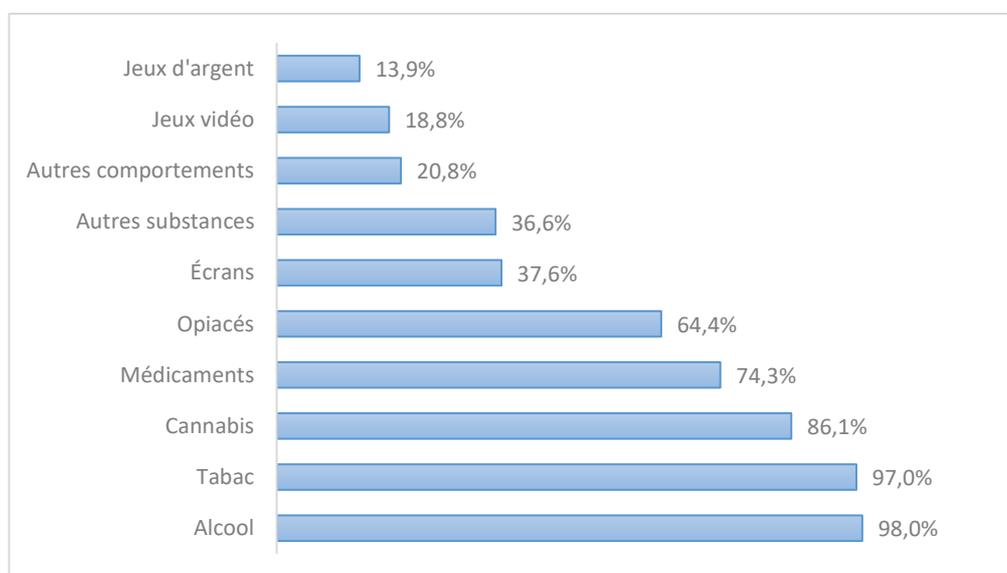
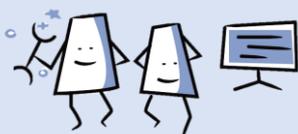


Figure 5. Fréquence des pratiques de dépistage parmi les médecins

On peut formuler plusieurs hypothèses pour expliquer cette prédominance de l'alcool dans les dépistages : les médecins surestiment la fréquence de leurs dépistages ; leurs dépistages sont biaisés, et ne ciblent pas tous les patients qui mériteraient de l'être ; ou encore, leur patientèle est biaisée, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas consultés par les patients présentant certaines conduites addictives.

L'avis partagé par certains médecins rencontrés lors des études de cas, notamment à Levier et Saint-Sauveur-en-Puisaye, penche en faveur de plusieurs de ces hypothèses. Ils considèrent qu'ils ne sont pas nécessairement les mieux placés pour repérer les conduites addictives. D'une part, ils voient peu les jeunes (mais cela n'est probablement pas spécifique aux zones rurales). D'autre part, leurs patients ne leur avouent pas facilement leurs conduites addictives, car ils craignent pour leur



confidentialité : il s'agit souvent de leur médecin de famille, alors que les choses se savent très vite dans les villages.

Une dernière supposition, formulée par certains coordinateurs et professionnels, suggère que les médecins peu formés à l'addictologie ont tendance à repérer les patients souffrant d'addictions très tard, lorsque les consommations ont déjà des conséquences graves sur leur santé physique.

Il est donc possible que les difficultés de recrutement rencontrées par les MSMA sises en zones rurales résultent d'une sous-estimation et d'un sous-repérage par les médecins de la diversité des conduites addictives prévalant parmi leur patientèle. Cette conclusion affaiblirait l'une des hypothèses fondatrices des MSMA, à savoir que les médecins généralistes constituent des partenaires efficaces dans une démarche d'aller vers – mais aucun élément ne permet de l'établir absolument.

d. Motifs d'orientation

Parmi les régions où les files actives sont les plus importantes (GE, IdF, Occ), le GE et l'IdF ne se distinguent pas seulement par l'implantation urbaine de leurs MSMA, mais aussi par la possibilité offerte à celles-ci d'inclure pour des motifs de précarité. Cet écart vis-à-vis du CdC socle leur a été accordé parce qu'elles en disposaient avant l'expérimentation, et auraient pu refuser de la rejoindre si elles l'avaient perdu, tant ce motif est important pour certaines.

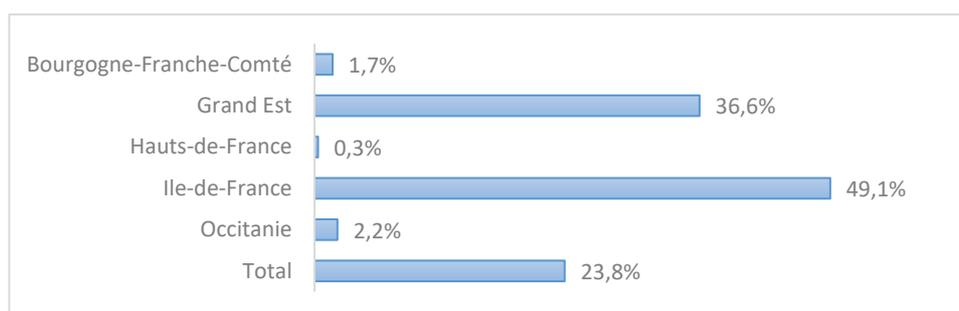
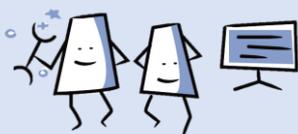


Figure 6. Proportion de patients inclus pour des motifs de précarité (2020-2022)

Il apparaît important de souligner que les régions GE et IdF sont également celles ayant les taux de patientes les plus élevés, respectivement 48.91% et 56.52%. La moyenne est de 42,78% pour les trois autres régions, ce qui reste supérieur aux taux observés dans les CSAPA.

Si les femmes sont plus soumises aux risques de précarité, principalement dus aux inégalités professionnelles, aux parcours professionnels discontinus, et à la monoparentalité, nous pouvons émettre l'hypothèse que l'ouverture à des inclusions pour des motifs de précarité permet de plus facilement toucher un public par ailleurs sous-représenté dans les structures spécialisées. En effet, les données quantitatives montrent que les patients inclus pour motif de précarité sont principalement des femmes (voir le profil des patients dans la partie « Efficacité » du rapport). Les MSMA permettraient donc de décroquer l'approche addictologique, pensée relativement séparément des questions d'inclusion sociale.



e. Saturation des MSMA

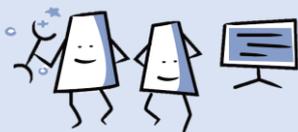
Un consensus se dégage parmi les enquêtés sur le nombre de patients qu'il est possible de suivre en MSMA, qui culmine à une trentaine par an avec des professionnels venant une demi-journée par semaine (ou une soixantaine lorsque ces professionnels viennent deux demi-journées ou une journée complète). Ainsi, les MSMA dont les capacités de recrutement ne sont pas limitées par l'étroitesse apparente ou réelle de la population concernée, sont tout de même contraintes par leurs capacités de prise en charge. Ces dernières sont théoriquement ajustables, en augmentant le temps de présence des professionnels à mesure des besoins, mais cette solution n'est pas toujours praticable face aux difficultés de gestion des RH affectant les EMS et aux contraintes organisationnelles provenant des SSP. Les MSMA ayant atteint leur capacité maximale ne peuvent donc continuer à recruter qu'en espaçant les suivis ou en accroissant les temps d'attente. Ces solutions ne satisfont pas les professionnels, qui jugent essentiel, en addictologie, d'initier les prises en charge aussitôt l'accord des patients obtenu. Dans le cas contraire, le risque est grand qu'ils ne donnent pas suite, ou que leur situation évolue au point que leur orientation ne soit plus appropriée. Ceci est d'ailleurs présenté comme une limite significative des CSAPA, où les délais d'attente pour une prise en charge (dans l'expérience des enquêtés) dépassent parfois six mois. La solution adoptée par les MSMA approchant de leur capacité maximale consiste alors plutôt à réguler les orientations selon les disponibilités des professionnels, en s'efforçant que les temps d'attente ne dépassent pas un mois. Dans les enquêtes de satisfaction, 11,9 % des médecins ont ainsi déclaré qu'ils n'avaient pu inclure tous les patients qu'ils auraient souhaité en raison de la saturation de leur MSMA, et 20 % des professionnels ont évoqué celle-ci parmi les difficultés de fonctionnement rencontrées par leur MSMA.

f. Réticences des patients

Certains professionnels témoignent des réticences de certains patients à la consultation d'un psychologue ou d'un travailleur social, en raison du stigmate associé ou parce qu'ils n'en perçoivent pas le bénéfice. Ces réticences concernent les suivis addictologiques en général, et peuvent aboutir à deux situations délétères pour les MSMA :

- Les médecins attendent que leurs patients expriment la demande d'un suivi addictologique, faute de savoir comment les convaincre de sa nécessité, voire d'oser aborder le sujet avec eux. Ainsi, le médecin de la MSP d'Anor (HdF) expliquait, lors d'une visite sur site, qu'il attend que les patients évoquent d'eux-mêmes leurs conduites addictives : la première condition à la réussite de la prise en charge serait que les patients reconnaissent la nature du problème. Une difficulté qui se conjugue à celle-ci, est un sentiment de manquer de compétences pour aborder ce sujet avec ses patients.
- Les médecins insistent davantage, mais les patients qui acceptent ne s'engagent pas nécessairement dans leur suivi (en particulier lorsque la prise du premier rendez-vous avec un professionnel est laissée à leur initiative). Cette situation se manifeste par une évaporation significative des patients après inclusion, et d'après les professionnels interrogés, elle est accentuée lorsque les temps d'attente pour un premier rendez-vous sont élevés (ce qui peut arriver lorsqu'un ou plusieurs professionnels sont en congé ou en arrêt).

Dans l'ensemble, 22,8 % des répondants à l'enquête de satisfaction auprès des médecins ont déclaré n'avoir pu inclure tous les patients qu'ils souhaitaient à cause de



leurs réticences. Ces observations contredisent une autre hypothèse fondatrice des MSMA, à savoir que les médecins généralistes peuvent facilement emporter l'adhésion de leurs patients. Elles montrent que les inclusions doivent se travailler, et que les médecins doivent apprendre à le faire.

I.4. Fonctionnement des MSMA

Un dernier aspect important de la faisabilité concerne la qualité de fonctionnement des MSMA, c'est-à-dire leur capacité à travailler en équipe, en offrant des suivis addictologiques réellement coordonnés. Celle-ci peut se manifester de différentes manières, qui ne sont pas toujours définies explicitement dans le CdC socle ou les arrêtés régionaux, mais témoignent du respect du concept de MSMA et « *du modèle de fonctionnement qui en découle* » (p.14 du CdC socle). Nous en avons retenu trois aspects : (1) la pertinence des orientations, (2) l'organisation des RCP et (3) les modalités d'implication des médecins. Deux autres aspects seront abordés dans l'expérience des professionnels, en tant qu'ils affectent davantage leur confort de travail en MSMA que leur capacité à proposer des prises en charge intégrées : (4) la saisie des données dans la base Maia et (5) la gestion des agendas.

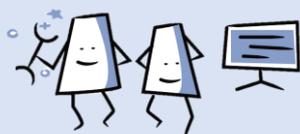
I.4.1. Observations

a. Pertinence des orientations

Le premier indicateur de la qualité de fonctionnement des MSMA, d'après les coordinateurs administratifs et les acteurs transversaux, est leur rythme d'inclusion. Nous avons déjà montré qu'il existe une vingtaine de MSMA incluant très peu, ce qui témoigne d'une dynamique n'ayant pas émergé ou s'étant étiolé. Mais il n'agit pas seulement d'inclure assez de patients : il faut aussi que les inclusions soient pertinentes, c'est-à-dire (1) que ces patients relèvent bien d'un suivi en MSMA et (2) qu'ils soient orientés vers le professionnel adéquat. En effet, dans la majorité des cas, les médecins prennent les décisions d'inclure de manière autonome, sans discussion préalable avec les professionnels, en adressant les patients à l'un ou l'autre en fonction des besoins qu'ils repèrent.

Lors des entretiens et des études de cas, les psychologues et les travailleurs sociaux jugent que les patients présentent bien des conduites addictives justifiant d'un suivi en MSMA, tandis que dans l'enquête de satisfaction auprès des professionnels, ils sont seulement 6,7 % à répondre que les orientations manquent parfois de pertinence. Les problèmes seraient plutôt, comme nous l'avons vu, que les médecins n'incluent pas tous les patients qui mériteraient de l'être, en se focalisant sur certaines addictions, les incluent trop tard, lorsque leurs situations sont devenues catastrophiques, ou ne les accompagnent pas suffisamment, aboutissant à une forte évaporation post-inclusion. Ces problèmes tendent à s'atténuer avec le temps, car les MSMA qui fonctionnent correctement offrent aux médecins des occasions d'améliorer leurs pratiques. En particulier les RCP, qui permettent de rediscuter des inclusions avec les professionnels, ou les interventions des coordinateurs locaux et des acteurs transversaux. Dans la MSMA d'Hangest-en-Santerre, l'étude de cas a montré que les RCP ont également un rôle crucial pour décider des inclusions : elles y sont discutées avant d'être formalisées par les médecins, ce qui leur permet de se préparer pour convaincre leurs patients.

Quelques difficultés apparaissent tout de même dans les MSMA ayant la possibilité d'inclure pour des motifs de précarité, qui peuvent devenir dominantes au point de



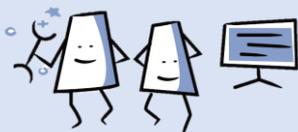
mettre en difficulté des professionnels recrutés pour leur compétence addictologique, ou induire des redondances entre les MSMA et d'autres dispositifs. Ainsi du CMS Henri Barbusse de Saint-Denis, visité lors d'une étude de cas, et dont la population environnante est extrêmement précaire. Les consultations des médecins s'y trouvent embolisées par des problèmes sociaux, au point qu'ils sont tentés d'orienter des patients vers la MSMA même en l'absence de conduites addictives, dans l'espoir que la travailleuse sociale parvienne à débloquer rapidement leur situation. Les professionnelles et la coordinatrice administrative essaient de canaliser cette tendance, mais refusent aussi d'abandonner les médecins. Elles acceptent donc quelques inclusions motivées exclusivement par la précarité, et utilisent aussi les addictions comme prétexte pour suivre des patients dont les difficultés sont principalement sociales. Le dispositif Equip'addict se trouve ainsi détourné. Ceci n'atténue pas les services rendus aux patients et aux médecins, notamment face aux difficultés d'accès et de coordination avec les services sociaux, mais interroge sur le périmètre optimal des MS.

Par ailleurs, un déséquilibre des orientations au détriment des travailleurs sociaux est régulièrement évoqué dans les entretiens, et signalé comme une difficulté de fonctionnement de leurs MSMA par 13,3 % des répondants à l'enquête de satisfaction auprès des professionnels. Ce phénomène est attribué à une tendance des médecins à sous-estimer les difficultés sociales de leurs patients, ainsi qu'à leur méconnaissance des activités des travailleurs sociaux, notamment en matière de réduction des risques. Il conduit les psychologues et les travailleurs sociaux à se réorienter les patients après leur inclusion.

Cette situation tend à s'améliorer au cours du temps, en particulier grâce aux RCP, qui permettent aux médecins de découvrir les activités des travailleurs sociaux, et d'en comprendre le bénéfice pour leurs patients. Une des solutions au problème, pratiquée dans quelques MSMA, a été d'instaurer une consultation d'inclusion, soit avec le travailleur social, soit aussi avec le psychologue. Ainsi, le médecin oriente vers la MSMA, plutôt que vers un professionnel ou l'autre, et déplace la charge de l'évaluation vers les professionnels. Cela peut aussi contribuer à lever les réticences des patients à la consultation du psychologue ou du travailleur social, lorsqu'il est obligatoire de rencontrer les deux pour accéder au suivi qui les intéresse. Mais cette pratique suppose que les professionnels puissent venir conjointement à la MS. La MSMA de Saint-Sauveur-en-Puisaye procède ainsi : la psychologue et l'intervenante sociale sont présentes en même temps dans les locaux, et assurent ensemble la première consultation des patients inclus.

b. Organisation et déroulement des RCP

Les RCP constituent le principal vecteur de pluriprofessionnalité dans le dispositif Equip'addict. Les données qualitatives témoignent cependant de difficulté à les organiser, devant l'accaparement des médecins par une patientèle pléthorique et de multiples dispositions concurrents. Ils ne parviennent pas à dégager suffisamment de temps pour des RCP dédiées aux patients suivis en MSMA, ce qui conduit les professionnels à se satisfaire – au mieux – d'échanges informels lors de temps interstitiels. Ce constat est corroboré par l'enquête de satisfaction auprès des professionnels, dont 3,3 % des répondants déplorent l'impossibilité d'organiser des RCP, mais 31,7 % considèrent aussi qu'elles devraient être plus fréquentes.



La seule solution à ces difficultés semble être de greffer les RCP des MSMA sur des réunions déjà programmées, généralement lors de la pause méridienne, comme les RCP ordinaires des MSP : cela permet de s'assurer de la disponibilité des médecins, quitte à réduire le temps consacré aux patients de la MSMA. Cette fusion des RCP des MSMA et des MSP peut toutefois engendrer des difficultés logistiques et réglementaires pour les professionnels, qui se trouvent contraints à un déplacement supplémentaire lorsque ces réunions ne sont pas programmées lors de leur jour de présence habituel, et risquent d'accéder à des informations sensibles sur des patients non-suivis en MSMA.

Par ailleurs, les études de cas suggèrent que les RCP se déroulent de manière très informelle, même lorsqu'elles ont lieu régulièrement. Les équipes des MSMA n'utilisent pas, et ne semblent pas même connaître, les méthodes de conduite des RCP, qui se présentent plutôt comme des discussions libres autour de cas choisis pour leur nouveauté ou leur complexité. Cette situation est probablement liée à l'absence de coordinateur médical, qui pourrait proposer une démarche plus structurée soit en participant directement aux RCP, soit en transmettant une trame aux équipes. Elle n'empêche pas les équipes de trouver un intérêt aux RCP, qu'elles affirment beaucoup apprécier. Mais l'absence de méthode semble réduire leur efficacité : peu de patients y sont discutés, sans toujours aboutir à des décisions précises. Les RCP leur apparaissent plutôt comme des occasions de s'informer et de se rassurer, face à des patients qui peuvent mettre les médecins et les professionnels en échec.

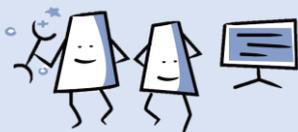
c. Implication des médecins généralistes

Les MSMA constituent un dispositif d'appui aux médecins traitants. Leur implication est donc essentielle, mais s'avère parfois difficile à obtenir. Ceci n'est pas apparu lors des entretiens avec les professionnels, tous ceux interrogés exerçant dans des MSMA où les médecins s'investissent sérieusement : ils incluent des patients, participent aux RCP, échangent avec les psychologues ou les travailleurs sociaux chaque fois que de besoin, etc., avec un réel sentiment de travailler en équipe et la satisfaction de proposer des prises en charge intégrées. Des observations similaires ont été réalisées lors de certaines études de cas, notamment à Anor, Bagnolet, Levier, Nancy et Saint-Sauveur-en-Puisaye.

D'autres études de cas ont révélé un fonctionnement moins satisfaisant, avec des médecins concevant davantage leur MSMA comme une structure spécialisée, à laquelle déléguer la prise en charge des conduites addictives. Ces médecins se contentent d'inclure des patients, sans intervenir dans les suivis proposés ensuite, ni chercher à se coordonner avec les professionnels. Ces derniers n'avaient pas le sentiment de faire équipe, et considéraient que les MSMA concernées s'apparentaient davantage à des consultations avancées de CSAPA ou à des permanences addictologiques. Cette situation n'est pas exceptionnelle : dans l'enquête de satisfaction auprès des professionnels, 21,7 % des répondants déplorent que les médecins soient difficiles à joindre ou insuffisamment impliqués dans le fonctionnement de leur MSMA.

I.4.2. Analyse

Les observations précédentes attestent que les MSMA ne parviennent pas toujours à fonctionner de manière satisfaisante, en respectant le concept de MS. Plusieurs raisons l'expliquent.



a. La formation initiale

Il était prévu que les équipes des nouvelles MSMA soient formées avant leur ouverture, afin de les aider à s'approprier ce dispositif et à l'opérationnaliser. Les difficultés de fonctionnement observées pourraient ainsi témoigner de lacunes et de difficultés logistiques dans l'organisation de cette formation initiale, que les coordonnateurs étaient chargés d'organiser et la CNRMS d'animer (conjointement avec des opérateurs addictologiques dans certaines régions).

D'une part, elle a souffert de difficultés logistiques. Il s'est avéré difficile de trouver des dates communes aux professionnels salariés (plutôt disponibles aux jours et heures ouvrés) et libéraux (plutôt disponibles en soirée ou les week-ends). Il est aussi arrivé que le nombre d'inscrits soit faible, comme en Occitanie en 2021, où plusieurs formations ont dû être annulées faute de participants, tandis qu'en Seine-Saint-Denis, aucune n'a été organisée face à l'impossibilité de mobiliser les médecins plus d'une heure, pour quelque dispositif que ce soit⁸.

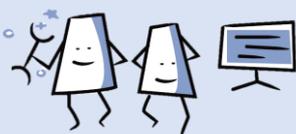
Au total et d'après la CNRMS, 38 sessions de formations ont été proposées au cours de l'expérimentation. Ce chiffre ne renseigne pas sur le nombre de personnes formées, car la participation était facultative. Dans les enquêtes de satisfaction, 64,4 % des médecins et 56,4 % des professionnels déclarent avoir bénéficié d'une formation sur le fonctionnement des MSMA. Mais cela ne dit pas combien de MSMA différentes ces professionnels représentent, ni quelle proportion des équipes de chaque MSMA était formée (on peut supposer que les formations ont davantage d'effet quand les deux professionnels et l'ensemble des médecins en ont bénéficié, ou au moins un professionnel et un médecin, par exemple). Dans ces circonstances, il est difficile de conclure précisément sur l'extension de la formation initiale. On peut supposer qu'au moins la moitié des MSMA comptent au moins un membre de leur équipe formé, sans certitude.

	BFC	GE	HdF	IdF	Occ	Total
2020	1	1			4	6
2021	1	1	2		2	6
2022	2		5		2	9
2023	1	5	5	3	3	17
Total	5	7	12	3	11	38

Tableau 12. Formations assurées par la CNRMS

D'autre part, des doutes se sont exprimés concernant la pertinence de la formation initiale. Lors des entretiens, les quelques médecins se souvenant du module animé par la CNRMS se sont montrés assez mitigés et critiques. Ils ont évoqué une introduction très générale à l'addictologie, suivie d'une présentation rapide des MSMA, avant qu'un temps perçu comme considérable ne soit consacré au recueil des données sanitaires dans la base Maia. Ils ne jugeaient pas que cela les avait aidés dans leur pratique. Dans les HdF, ceci a conduit les porteurs à proposer une nouvelle formation, beaucoup plus concrète quant à la pratique en MSMA, centrée sur des vignettes cliniques préparées par la coordinatrice médicale de la Somme. Enfin, l'impact de la formation initiale a pu être réduit par l'épidémie de SARS-Cov-2, qui a

⁸ Le fonctionnement des MSMA leur a été présenté pendant la phase de prospection et de consolidation, et une formation brève au RPIB a été proposée aux volontaires.



conduit à l'organiser en distanciel en 2020 et 2021, avec des participants s'avérant plus difficiles à mobiliser.

b. La configuration organisationnelle

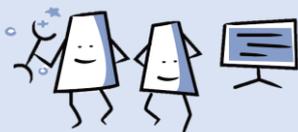
La capacité des MS à fonctionner de manière intégrée n'est pas déterminée seulement par la formation initiale, ou des dispositifs formels comme les RCP. Elle dépend aussi beaucoup de l'interconnaissance et des échanges informels qui peuvent se développer entre les professionnels. A cet égard, la configuration organisationnelle des MSMA s'avère particulièrement décisive, en tant qu'elle affecte la capacité de leurs membres à interagir de manière improvisée. Par exemple, la dynamique d'une MSMA semble négativement affectée lorsque les professionnels utilisent un bureau prêté par un médecin en son absence : ils ne peuvent jamais le rencontrer sur place, sauf lors des RCP, de sorte qu'ils se connaissent moins, que la MS reste plus abstraite pour le médecin, qui pense moins à les solliciter et à inclure. Il en va de même lorsque les professionnels sont présents les mêmes jours que les médecins mais ne peuvent participer à la pause méridienne, notamment à cause des temps de déplacement. Il peut aussi s'avérer plus difficile pour les professionnels de se coordonner lorsque le psychologue est libéral et le travailleur social est salarié, car ils ne peuvent alors se rencontrer hors de la MSMA, dans les locaux de l'EMS qui la gère. Dans ces circonstances, les échanges sont moins spontanés et demandent plus d'efforts, ce qui les rend de fait moins nombreux et approfondis. Ainsi en va-t-il à Anor, où les professionnels partagent leur temps entre 4 MSMA du secteur, et ont donc peu d'occasions de croiser les médecins ; à Hangest-en-Santerre, c'est l'emploi du temps des médecins qui limite les possibilités d'échanges avec les professionnels.

Les coordonnateurs ont bien conscience de ces enjeux : ils veillent généralement, lors de l'ouverture de nouvelles MSMA, à ce qu'elles choisissent une configuration organisationnelle adaptée. Les professionnels se montrent très satisfaits lorsqu'elles y parviennent (ce point est abordé dans la question évaluative relative à l'expérience des professionnels). Mais des solutions optimales ne peuvent toujours être trouvées, notamment face au manque de salles dans les cabinets ou les MSP. Ce problème tend à s'aggraver lorsque les professionnels exercent exclusivement en MSMA, car ils doivent alors composer avec les contraintes de plusieurs SSP, sans bénéficier de la souplesse apportée par l'exercice en EMS⁹.

c. L'instabilité des équipes

Les difficultés de gestion des RH rencontrées par les EMS ont déjà été évoquées. Mais elles ne compliquent pas seulement l'ouverture de nouvelles MSMA : elles peuvent aussi affecter des MSMA déjà ouvertes, en dégradant le fonctionnement d'équipes dynamiques et intégrées. Dans l'expérience des coordonnateurs, les MSMA ne sont pas prioritaires dans les activités des EMS, du moins lorsqu'elles sont dispersées, et sont les premières sacrifiées lorsqu'ils perdent du personnel. Cette situation se manifeste par un turn-over régulier des professionnels dans certaines

⁹ Imaginons un binôme de professionnels intervenant dans une seule MSMA, où un bureau n'est disponible que le mercredi : ils peuvent facilement répartir leurs activités en CSAPA, où ils appartiennent à une équipe de 5 ou 6 professionnels, de manière à se libérer ce jour (et plus occasionnellement pour des RCP). Mais lorsqu'un tel binôme est détaché dans 4 ou 5 MSMA, son emploi du temps devient plus difficile à établir : que faire, par exemple, si les RCP de 2 SSP ont toujours lieu le lundi midi ? L'organisation des SSP s'avère assez rigide, et difficilement modifiable à seule fin d'accueillir une MSMA : en pratique, la souplesse nécessaire est toujours attendue des professionnels.



MSMA, parfois sans que leurs équipes ne soient prévenues et qu'un tuilage ne soit organisé. Il leur faut alors retrouver une organisation avec le nouveau professionnel, le former, l'intégrer au collectif en recréant une dynamique... Tout cela exige des efforts et du temps, avec un risque que les MSMA soient moins efficaces durant ces périodes transitoires, dont la répétition peut finir par décourager les équipes. Il arrive aussi que les difficultés de gestion des RH rencontrées par les EMS aboutissent à une carence prolongée de certains professionnels, dont les MSMA se trouvent privées pendant plusieurs mois voire années.

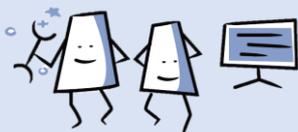
Cette difficulté n'est pas anecdotique : sur les 71 MSMA couvertes par l'enquête auprès des EMS, 8 ont manqué de psychologue et 11 de travailleur social pendant plus d'un mois en 2022 (avec une durée moyenne d'absence d'environ 3 mois). On peut estimer, à partir de ces chiffres, qu'entre 10 et 15 % des MSMA seraient concernées par un manque de personnel. Les études de cas ont été l'occasion de voir ces problématiques : lors de la visite de la MSMA de Bessèges en Occitanie, celle-ci était dépourvue de travailleur social pratiquement depuis son ouverture en juillet 2020. Similairement, la MSMA de Levier en BFC, ouverte en novembre 2020, a souffert du départ de son intervenant social neuf mois après son recrutement. C'est un intervenant de l'autre MSMA portée par le CSAPA Addictions France du Doubs qui l'a remplacé ; mais il n'avait la possibilité de venir qu'une demi-journée par mois, et n'a donc pas pu proposer de nouveau suivi. Durant près d'un an, aucune inclusion n'a été possible, jusqu'au recrutement d'un nouvel intervenant social pour le suppléer. Ces situations sont également signalées par les médecins : dans l'enquête de satisfaction qui leur était adressée, 5 % des répondants ont signalé qu'ils n'avaient pu inclure autant qu'ils le souhaitent en raison de l'absence de psychologue ou de travailleur social.

Dans ces conditions, les MSMA ne peuvent pas proposer de prises en charge aussi pluridisciplinaires que prévu, tandis que leur dynamique tend à s'étioler.

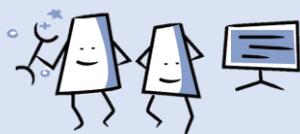
d. L'accompagnement par les coordonnateurs ou les acteurs transversaux

Les développements précédents font apparaître la fragilité des MSMA, dont la dynamique peut peiner à émerger en raison d'une formation initiale insuffisante ou d'une configuration organisationnelle sous-optimale, et risque toujours de s'étioler après le départ d'un professionnel (ou d'un médecin, comme nous l'avons vu au sujet des effectifs de MSMA). Cette fragilité des MSMA tient en quelque sorte à leur transversalité. Elles évoluent à l'interface des SSP et des EMS, sans appartenir pleinement à l'une d'entre elles ni avoir d'existence autonome. De la sorte, toute perturbation affectant l'une ou l'autre de ces structures peut retentir sur les MSMA, en rompant l'équilibre sur lequel leur bon fonctionnement repose. Les acteurs concernés n'ont pas toujours la capacité d'y remédier. D'une part, les MSMA ne constituent pour eux qu'un dispositif parmi d'autres, qui a pu pâtir de certains arbitrages par moment. D'autre part, ils sont privés d'autorité les uns sur les autres : les médecins n'ont guère la possibilité d'influer sur les choix des EMS, qui ne peuvent davantage contraindre les médecins à modifier leurs pratiques.

C'est cette particularité des MSMA qui rend nécessaire un accompagnement de proximité. Pour surmonter les difficultés qu'elles sont susceptibles de rencontrer et conserver un fonctionnement pérenne, elles doivent être appuyées par un acteur externe et dédié, qui puisse donner une existence autonome aux MSMA et intervenir en tiers auprès des parties prenantes. Or, comme nous l'avons souligné



précédemment, cette activité d'accompagnement n'est pas prévue par le CdC socle : lorsqu'elle est menée, c'est à l'initiative des porteurs ou des coordonnateurs, avec des ressources très variables. Dans les régions GE et Occitanie, deux personnes sont chargées d'accompagner une trentaine de MSMA dispersées sur un territoire très vaste, avec 0,5 et 0,8 ETP respectivement. Cela semble trop peu pour leur permettre d'intervenir efficacement, en comparaison avec d'autres régions où les coordonnateurs accompagnent au maximum une douzaine de MSMA, souvent sur des territoires plus réduits.



II. Efficacité

SYNTHESE DES RESULTATS CLES

Dans quelle mesure l'accès à un suivi en soins primaires est-il facilité pour les personnes ciblées par le dispositif ?

Les enquêtes de satisfaction, les entretiens et les études de cas font ressortir **un intérêt commun à toutes les MSMA**, qu'elles soient implantées en zone rurale ou urbaine : même lorsque des structures spécialisées sont présentes à proximité, les professionnels trouvent une utilité aux MSMA, qui permettent d'en pallier certaines carences. En zones rurales, les MSMA permettent de **résoudre les problèmes liés à l'éloignement géographique des structures spécialisées**. En zones plus urbanisées, les MSMA viennent **combler le manque de places dans les structures spécialisées**. De plus, **le recours aux structures spécialisées ne semble pas toujours pertinent pour les patients**. En effet, les horaires peuvent être inadaptés à leurs disponibilités, et la fréquentation des services spécialisés peut être vécue comme stigmatisante, ce qui constitue un motif de refus pour les patients.

L'intérêt des MSMA fait l'unanimité : 98,3 % des psychologues et intervenants sociaux interrogés par les enquêtes de satisfaction estiment qu'elles permettent aux patients de bénéficier d'un suivi auquel ils n'auraient pu accéder autrement. **Elles apportent une plus-value incontestable**, y compris sur les territoires déjà dotés de structures spécialisées en addictologie.

Les médecins déclarent dépister **principalement des addictions à l'alcool et au tabac, éventuellement au cannabis**. Le dépistage des addictions aux drogues dures est plus sporadique : les médecins rencontrés peuvent avoir du mal à aborder le sujet avec leurs patients, mais il est aussi possible que les usagers de drogues dures consultent moins, ou que les patients parlent moins spontanément de leur consommation de produits illicites. Les médecins estiment avoir affaire à **des patients différents de ceux qu'ils voient en CSAPA : ils rencontrent plus de femmes en MSMA, et des patients qui leur semblent moins désinsérés**. Parmi les patients interrogés dans l'enquête de satisfaction, 61% des patients interrogés n'avaient jamais vu un psychologue, 78% n'avaient jamais un TS et 72% n'avaient jamais vu un addictologue. La MSMA semble donc atteindre des publics peu enclins à la prise en charge addictologique de prime abord.

Les soignants et les professionnels des MSMA se sont approprié le dispositif de façons diverses, souvent en fonction des besoins identifiés dans leur patientèle. Les fonctionnements très différents entre les MSMA ne constitue pas un problème : au contraire, ils seraient le signe que les MS sont en mesure de s'adapter aux problématiques spécifiques à leur territoire d'implantation.

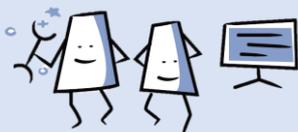
Quel niveau de qualité des soins est atteint par le dispositif ?

Il est difficile d'objectiver les effets d'une prise en charge addictologique, mais la forte adhésion des acteurs impliqués dans le projet Equip'addict indique une qualité de soins satisfaisante. Les médecins généralistes se disent en grande majorité satisfaits du fonctionnement des MSMA. 81,2 % des répondants ont affirmé qu'ils souhaitent que leur MSMA continue à fonctionner au-delà de l'expérimentation en l'état, et 17,8 % sous réserve d'aménagements, avec un seul médecin souhaitant se désengager. **La plus-value du travail en équipe pluridisciplinaire** est soulignée par la majorité des répondants. Elle concerne en premier lieu la possibilité de prendre en charge des patients face auxquels ils ressentent que leurs compétences ou ressources sont insuffisantes.

De la même façon que pour les médecins, les psychologues et intervenants sociaux interrogés semblent majoritairement satisfaits de leur expérience en MS : 93,3 % des répondants à l'enquête de satisfaction déclarent souhaiter continuer exercer en MSMA à l'avenir. Comme les médecins, les professionnels intervenant en MS témoignent d'une grande satisfaction envers ce dispositif. Ils insistent principalement sur la **pertinence du dispositif, qui permet une prise en charge globale et coordonnée des patients**. Le lien avec le médecin généraliste, qui connaît bien ses patients, est également apprécié.

Concernant les points d'amélioration, les médecins estiment que **le travail d'équipe mériterait d'être renforcé**, ils demandent à dégager plus de temps pour les psychologues et les intervenants sociaux, afin de permettre un travail d'intégration plus efficace. Les psychologues et intervenants sociaux jugent que le temps de travail hors-consultation est insuffisamment pris en compte, et que le recueil et la transmission des données représentent un inconvénient dans l'exercice en MSMA.

La majorité des patients s'est déclarée satisfaite de la prise en charge en MS : 95% des patients répondants ont trouvé que leur orientation vers la MS était adaptée à leurs besoins. Lors des entretiens, les patients mettent en avant **l'écoute bienveillante, sans jugement moral sur leur consommation, la proximité géographique avec le lieu d'habitation ou le lieu de travail et l'aspect sécurisant de la MSMA**.



Les dimensions retenues pour mesurer l’efficacité du dispositif Equip’addict correspondent aux objectifs stratégiques et opérationnels de l’expérimentation listés dans le CdC socle : l’amélioration du maillage territorial de l’offre de soins en addictologie et le développement d’une offre addictologique en soins primaires, en garantissant la cohérence et la coordination de la prise en charge des patients par les différents acteurs impliqués.

Les évaluateurs ont traduit ces objectifs dans cinq grands critères : l’adéquation des moyens humains alloués à l’expérimentation aux besoins en MSMA, la pertinence des territoires d’implantation, le profil des patients inclus dans l’expérimentation, la qualité des prises en charge, et enfin l’expérience des professionnels et des patients, qui prend la mesure de leur vécu et de leur satisfaction vis-à-vis du dispositif.

II.1. Moyens humains

On s’intéresse ici aux équipes des MSMA : combien de médecins participent à chacune et quels professionnels y interviennent (psychologues salariés ou libéraux, éducateurs spécialisés ou assistants sociaux) avec quel ETP (pour les salariés).

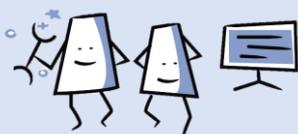
Les données Maia nous renseignent sur les effectifs, mais pas de manière totalement fiable : la confrontation avec les données des coordonnateurs en 2022 avait montré que des professionnels n’exerçant plus en MS apparaissaient toujours dans Maia.

	Médecins	Psychologues	Intervenants sociaux
BFC	11	11	11
GE	91	15	15
HdF	42	9	8
IdF	60	3	2
Occ	135	27	30
<i>Total</i>	339	65	66

Tableau 13. Effectifs de professionnels en MSMA d’après Maia

Notons que 11,9 % des médecins ayant répondu à l’enquête de satisfaction déclarent posséder une compétence spécialisée en addictologie (DU, DIU, etc.).

Pour mesurer les ETP, on dispose de données dans l’enquête auprès des EMS, malgré le faible taux de réponse.



	Nombre de professionnels	Nombre moyen de MSMA où ils interviennent	ETP total	ETP moyen par MSMA
Psychologues	31	2	7,72	0,123
Educateurs spécialisés	17	2	4,68	0,138
Assistants de service social	10	3,3	3,63	0,110
Conseillers en économie sociale et familiale	3	2	0,98	0,163
Infirmiers	1	1	0,07	0,070
Ensemble des intervenants sociaux	31	2,4	9,36	0,126

Tableau 14. Effectifs des professionnels intervenant en MSMA d'après les EMS

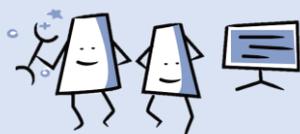
Les données issues de l'enquête auprès des EMS ont pu être complétées par des éléments issus des enquêtes de satisfaction, où les professionnels devaient renseigner le nombre d'ETP qu'ils consacrent aux MSMA. On trouve des valeurs assez comparables aux précédentes : 0,131 pour les psychologues, soit 4,59 heures hebdomadaires (en incluant les libéraux cette fois), et 0,107 pour les intervenants sociaux, soit 3,75 heures hebdomadaires

En termes de moyens humains, les objectifs semblent atteints. En effet, d'après le Cdc, il faudrait apporter les moyens suivants aux MSMA :

- Pour les psychologues, 7 consultations d'une heure x 42 patients, réparties sur 12 mois, soit 0,162 ETP.
- Pour les travailleurs sociaux, 6 consultations d'une heure x 42 patients, réparties sur 12 mois, soit 0,139 ETP.

D'après l'enquête auprès des professionnels, le temps de travail effectif des psychologues correspondrait à 77 % de l'ETP cible (temps de travail défini dans le CdC) ; d'après l'enquête auprès des EMS, les psychologues travaillent plutôt à une hauteur de 90 % de l'ETP cible. Concernant les intervenants sociaux, l'enquête auprès des professionnels permet d'estimer leur temps de travail effectif moyen à 75 % de l'ETP cible, et celle auprès des EMS, à 80 % de leur ETP cible.

D'après les résultats des enquêtes, les ressources humaines apportées semblent donc relativement cohérentes avec les objectifs, si l'on part du principe que la non-prise en compte des temps de trajet et des démarches hors consultations est compensée par un nombre de consultations plus faible que prévu.



II.2. Territoires d'implantation

II.2.1. Renforcement de l'accessibilité des soins

D'après les études sur l'accès aux soins et au premier recours en France, la population française a accès potentiellement à 3,1 consultations de médecine générale par an en moyenne, quels que soient l'âge et le sexe. Ces données sont produites par la DREES via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (IAPL) en médecine générale : Cet indicateur prend en compte à la fois l'offre (densité médicale) et la demande des communes environnantes à une maille géographique fine.

Le tableau ci-dessous rapporte la typologie des communes d'implantation des MSMA en terme d'IAPL . Ainsi, 97 (75 %) des MSMA en activité sont implantées sur une commune avec une meilleure accessibilité potentielle aux médecins généralistes que la moyenne nationale. Même en Occitanie, où la stratégie d'implantation des MSMA axée sur les zones rurales aurait pu laisser penser que les soins de premiers recours y étaient moins accessibles. Cette tendance s'est révélée être stable au cours de l'expérimentation et en cohérence avec la visée du dispositif dont le point d'entrée pour un patient demeure médical et nécessite donc un accès potentiel satisfaisant.

	BFC	GE	HdF	IdF	Occ	Toutes régions
Nombre de MS implantées dans une commune avec IAPL < moyenne nationale	2	5	5	10	2	24
Nombre de MS implantées dans une commune avec IAPL = moyenne nationale	1	3	1	-	3	8
Nombre de MS implantées dans une commune avec IAPL > moyenne nationale	8	33	20	11	25	97

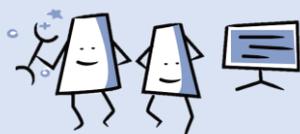
Tableau 15. Typologie des territoires d'implantation des MS

La disponibilité potentielle des médecins étant un facteur clé de réussite, cet indicateur IAPL qui est facilement mobilisable et interprétable (données en libre accès) pourrait être consulté pour analyser les candidatures de SSP volontaires pour ouvrir une MSMA ou à des fins de prospection afin d'identifier les territoires les plus pertinents pour y ouvrir une MSMA.

II.2.2. Répartition géographique

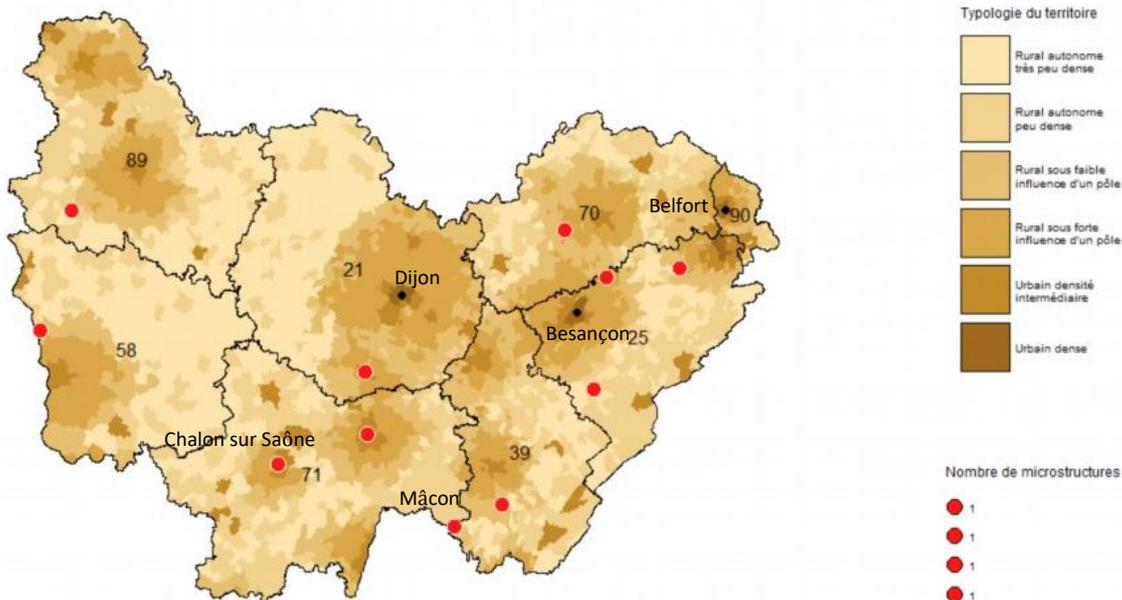
Au niveau interrégional, la répartition des MSMA entre zones urbaines et rurales est assez équilibrée. En effet, 46 % des MSMA sont situées dans des zones rurales autonomes (peu denses ou très peu denses) ou des zones rurales sous faible influence d'un pôle. 14,1 % sont situées dans des zones rurales sous forte influence d'un pôle, et enfin 39,9 % sont situées dans des territoires urbains.

Au sein des régions, la répartition des MSMA dépend des stratégies adoptées par les porteurs du projet. Certains ont choisi l'essaimage depuis l'existant, comme dans le GE ou en IdF, ce qui les a conduits à privilégier des zones urbaines denses. D'autres comme l'Occitanie ont spécifiquement ciblé des déserts médicaux, soit généralement des territoires ruraux.



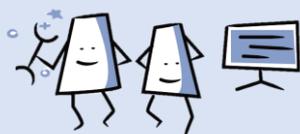
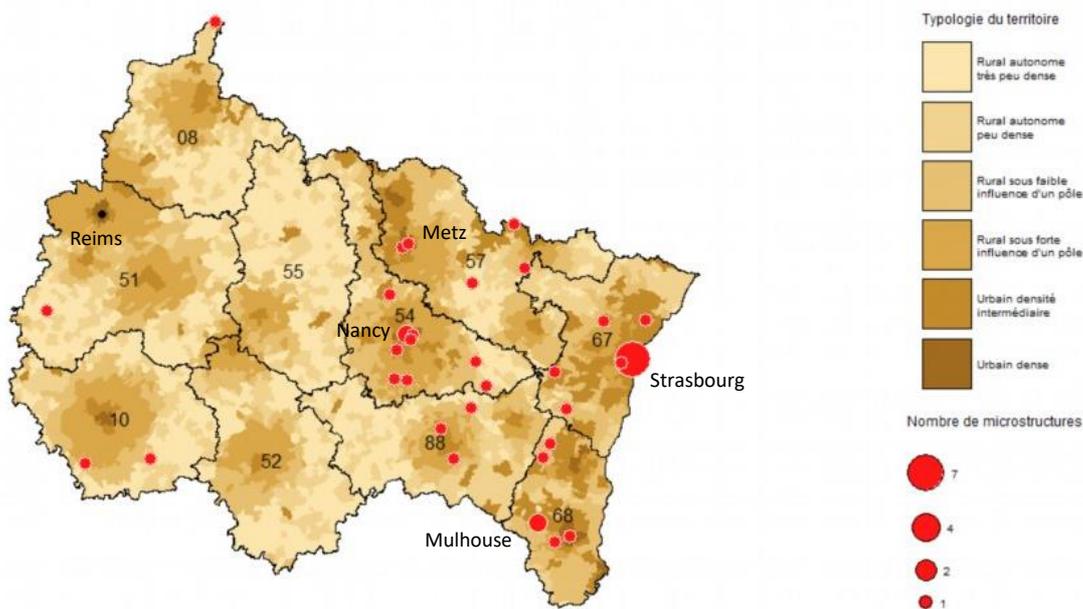
a. Répartition des MSMA dans les régions

Cartographie des microstructures en activité en septembre 2023
Région Bourgogne-Franche-Comté



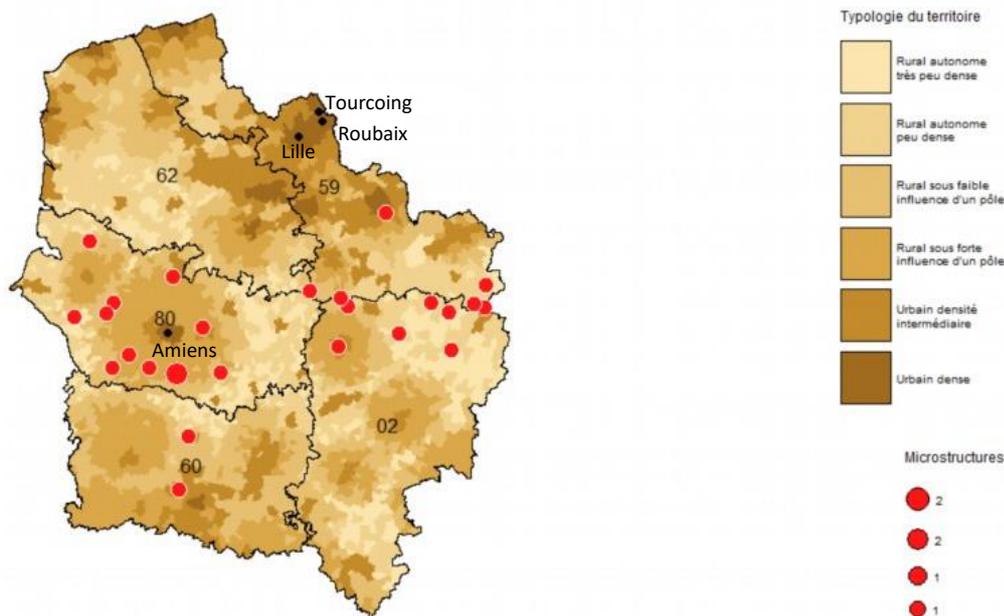
Les 11 MSMA de la région BFC avaient déjà ouvert lors de la réalisation du rapport intermédiaire en avril 2022. La région bénéficie d'un maillage équilibré et dispersé sur l'ensemble des départements. Un tiers des MSMA se situe en zones urbaines, un tiers en zones rurales autonomes et un tiers en zones rurales sous influence d'un pôle urbain.

Cartographie des microstructures en activité en septembre 2023
Région Grand-Est

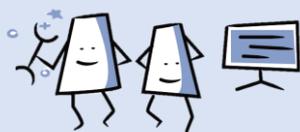


Le réseau de MSMA est principalement concentré à l’est de la région au sein des principales agglomérations, Metz, Strasbourg, Nancy et Mulhouse. La moitié des MSMA se situent en zones urbaines et un tiers en zones rurales sous influence d’un pôle urbain.

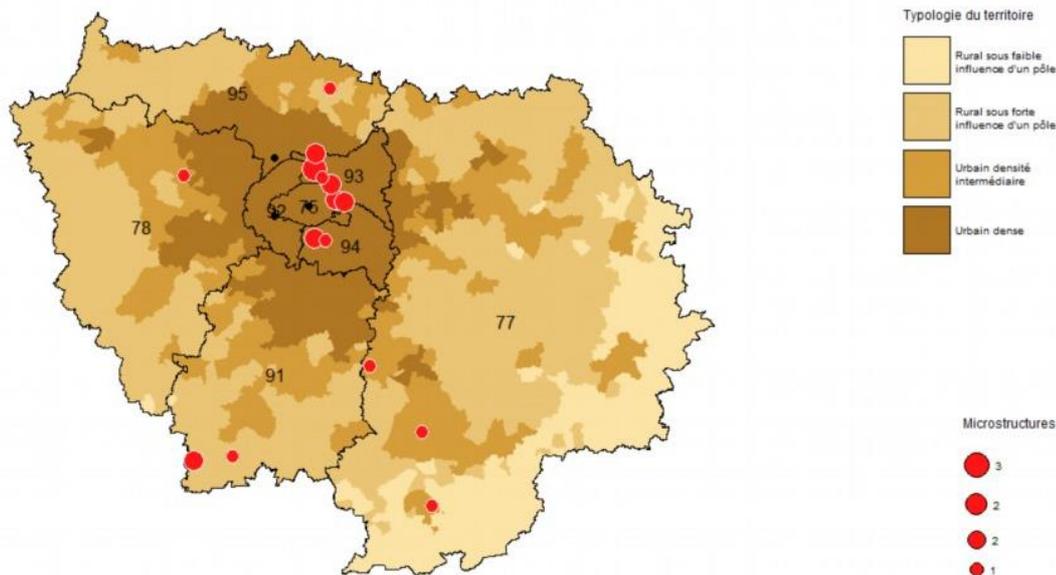
Cartographie des microstructures en activité en septembre 2023
en Région Hauts-de-France



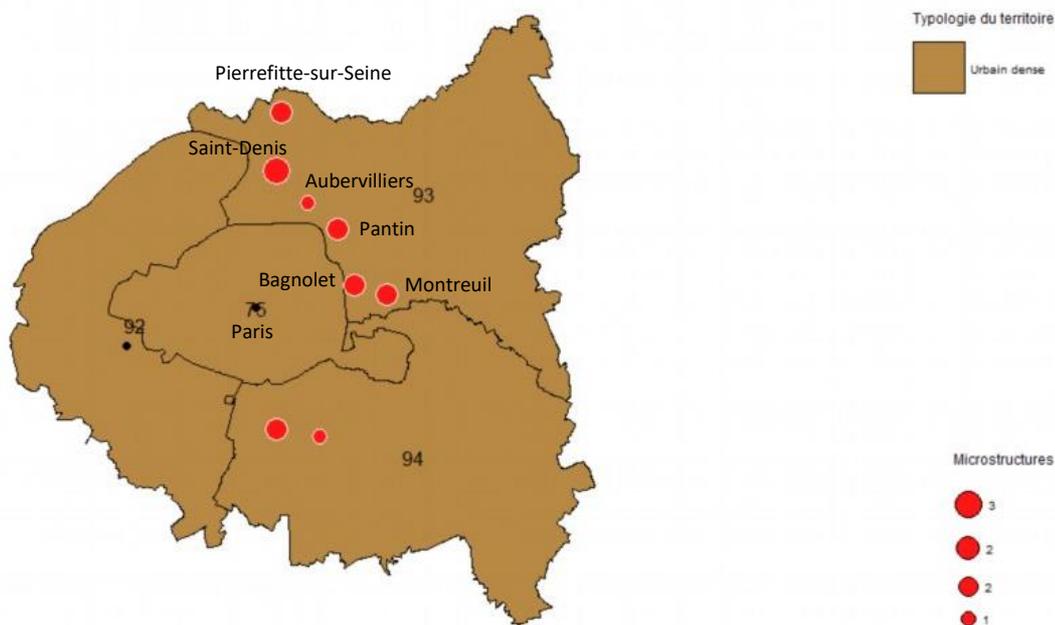
Les analyses effectuées pour le rapport intermédiaire en avril 2022, montraient que la région s’appuyait principalement sur un réseau de MS préexistant à l’expérimentation, concentré dans les départements de la Somme (80) et de l’Oise (60). L’on peut voir que plusieurs MSMA ont été ouvertes depuis, à l’est de la région dans les départements de l’Aisne (02) et du Nord (59). La moitié des MSMA se situent en zones rurales sous influence d’un pôle urbain, l’autre moitié est partagée entre zones rurales autonomes et zones urbaines.



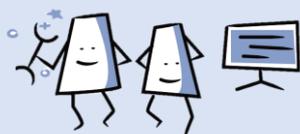
Cartographie des microstructures en activité en septembre 2023
Région Ile-de-France



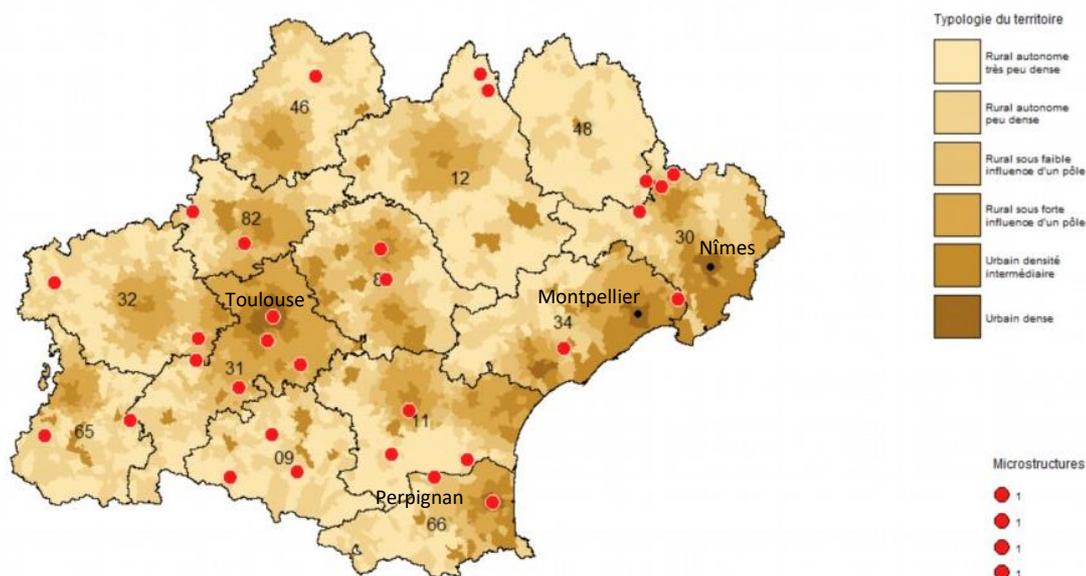
Cartographie des microstructures en activité en septembre 2023
Région Ile-de-France (Paris et petite couronne)



En avril 2022, l'ensemble des MSMA de la région étaient concentrées à l'ouest du département de Seine-Saint-Denis (93). Les données permettent de voir que la région bénéficie d'un maillage territorial plus dispersé, avec l'ouverture de MSMA dans le Val-de-Marne, le Val d'Oise, les Yvelines, l'Essone, et en Seine-et-Marne. La quasi-totalité des MSMA se situent en zones urbaines, seules 3 MS sur 15 sont implantées en zones rurales sous influence d'un pôle urbain.



Cartographie des microstructures en activité en septembre 2023
Région Occitanie



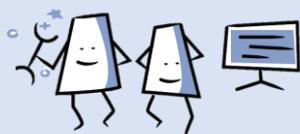
Tout comme la région BFC, l'Occitanie bénéficie d'un maillage territorial caractérisé par une grande dispersion géographique de ses MSMA. La moitié des MS se situent en zones rurales autonomes, l'autre moitié étant partagée entre zones urbaines et zones rurales sous influence d'un pôle urbain.

b. Perceptions des professionnels sur la pertinence de l'implantation territoriale des MSMA

Les enquêtes de satisfaction, les entretiens et les études de cas recouvrant des situations d'une grande disparité, ne permettent pas de tirer des conclusions sur la pertinence de répartition géographique des MS au regard de l'offre de soins en addictologie sur les territoires.

Il en ressort quand même un intérêt commun à toutes les MS, qu'elles soient implantées en zone rurale ou urbaine : même lorsque des structures spécialisées sont présentes à proximité, les professionnels trouvent une utilité aux MS, qui permettent d'en pallier certaines carences. Dans l'enquête de satisfaction auprès des médecins, 66.3 % affirment qu'ils ne peuvent recourir à des structures spécialisées en addictologie (CSAPA, CMP, HdJ, service hospitalier, ELSA, etc.) autant que nécessaire.

D'après eux, les MS permettent effectivement de résoudre les problèmes liés à l'éloignement géographique des structures spécialisées, mentionnés par 26,7 % d'entre eux : les difficultés de mobilité des patients peuvent être nombreuses, allant du coût des déplacements à la perte du permis de conduire, en particulier dans les zones rurales. Les entretiens menés auprès des patients vont également dans ce sens : les patients interrogés, résidant majoritairement en zone rurale, ont fait valoir l'importance de la proximité géographique des MS (en particulier lorsqu'ils travaillent ou lorsqu'ils ont perdu leur permis de conduire). Mais en zones plus urbanisées, l'accès aux structures spécialisées en addictologie n'est pas nécessairement plus simple.



Un grand nombre de ces structures spécialisées sont saturées, avec des délais de prise en charge très longs. En conséquence, le délai de consultation est mentionné comme une raison de non-recours aux établissements spécialisés par 29,7 % des répondants à l'enquête de satisfaction auprès des médecins, qui sont les adresseurs généralement. La surcharge de ces structures impacte également les profils des patients que les médecins peuvent leur adresser : certains excluent certaines comorbidités, quand d'autres au contraire priorisent les profils les plus complexes, laissant certains patients sans solution immédiate. Les structures peuvent aussi être difficiles à joindre pour les médecins (5,9 % des réponses).

Ajoutons que le recours aux structures spécialisées ne semble pas toujours pertinent pour les patients. Les horaires peuvent être inadaptés à leurs disponibilités, en particulier pour les patients qui travaillent (7,9 % des réponses), mais ce sont surtout des réticences plus larges qui peuvent freiner l'orientation des patients vers ces structures (16,8 %). La fréquentation des services spécialisés peut être vécue comme stigmatisante, ce qui constitue un motif de refus pour les patients. Les anciens usagers de drogues dures peuvent également craindre d'y croiser d'anciennes connaissances qui risqueraient de fragiliser leur abstinence. Enfin, certains patients déjà passés par des structures addictologiques peuvent refuser d'y retourner, suite à une mauvaise expérience ou une rechute.

Enfin, l'intérêt des MSMA fait l'unanimité : les enquêtes de satisfaction auprès des professionnels montrent que 98,3 % d'entre eux jugent qu'elles permettent aux patients de bénéficier d'un suivi auquel ils n'auraient pu accéder autrement. Elles apportent une plus-value incontestable, y compris sur les territoires déjà dotés de structures spécialisées en addictologie.

II.3. Profil des patients

II.3.1. Age et sex-ratio

a. Données Maia

L'âge moyen des patients inclus dans Maia est de 45,3 ans ($\pm 2,5$ ans selon les régions). Les effectifs comportent 48 % de femmes et 52 % d'hommes. Les femmes tendent à être plus nombreuses lorsque les MSMA peuvent inclure pour des motifs de précarité (sauf pour l'Occitanie). En effet, même si les femmes sont plus souvent incluses pour motif d'addiction (70 % d'entre elles d'après les données Maia), elles sont plus nombreuses que les hommes à être incluses pour précarité : parmi les patients inclus pour motif de précarité (qui représentent 23 % des patients inclus en MSMA), on compte 64 % de femmes.

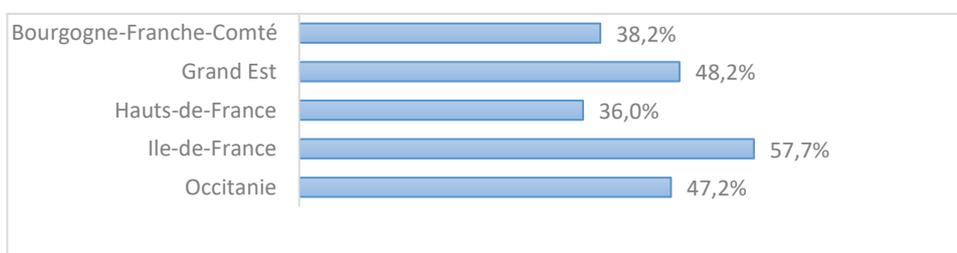
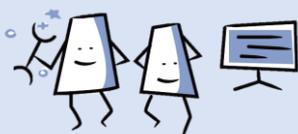


Figure 7. Proportion de femmes parmi les patients suivis en MSMA



Les données Maia ne permettent pas de développer plus avant sur le profil des patients : les items concernant la CSP, les antécédents psychiatriques, les scores d'anxiété et de dépression, et la fiche sociale, rencontrent de 75 à 95 % de non-remplissage.

De la même façon, les conduites addictives ayant motivé l'inclusion sont non-remplissées pour 79 % des patients inclus dans Maia. On remarque cependant que l'alcoolisme, repéré massivement par les acteurs interrogés sur le terrain et dans les enquêtes de satisfaction, n'apparaît pas comme le motif principal d'inclusion dans Maia : même lorsqu'il est consommé avec d'autres substances, il n'apparaît que dans 25 % des addictions renseignées. Les données ne permettent pas de conclure si l'écart avec les déclarations des professionnels révèle un biais de perception chez ceux-ci, ou s'il est imputable au taux de non-réponse dans Maia.

b. Perceptions des professionnels

Les données qualitatives recueillies sont peu adaptées au profilage socio-démographique des patients suivis en MS, pour des raisons déjà évoquées dans le RI : difficulté pour les médecins à dégager des tendances dans leur patientèle, risques de biais cognitifs dans l'évaluation des caractéristiques principales des patients inclus, manque de recul dû à la faible ancienneté des MSMA, etc. Elles ne permettent donc pas de dresser un portrait social de la patientèle des MS.

Même s'il est difficile, à partir des entretiens et des études de cas, de dégager des profils typiques de patients inclus en MS, il ressort tout de même quelques éléments saillants.

Premièrement, les médecins déclarent dépister principalement des addictions à l'alcool et au tabac, éventuellement au cannabis. Ainsi, l'enquête de satisfaction donnait les résultats suivants :

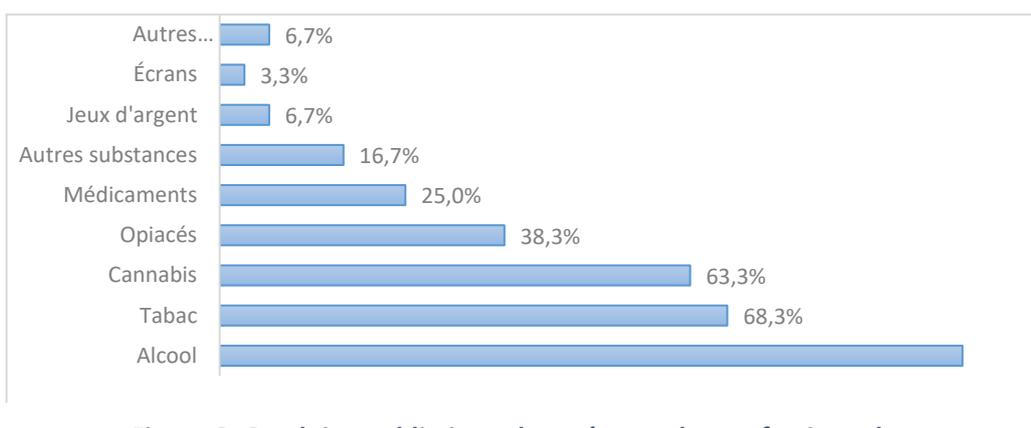
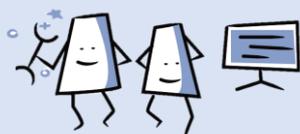


Figure 8. Conduites addictives observées par les professionnels

Le dépistage des addictions aux drogues dures est plus sporadique : les médecins rencontrés peuvent avoir du mal à aborder le sujet avec leurs patients, mais il est aussi possible que les usagers de drogues dures consultent moins, ou que les patients parlent moins spontanément de leur consommation de produits illicites.

Ils déclarent en outre, dans les entretiens comme dans l'enquête de satisfaction, avoir affaire à des patients différents de ceux qu'ils voient en CSAPA : ils rencontrent plus



de femmes en MSMA, et dans l'ensemble, des patients qui leur semblent moins désinsérés.

II.3.2. Atteinte des objectifs : la prise en charge de patients « complexes »

L'objectif du déploiement des MSMA était d'atteindre des patients dits « complexes », mais sans référentiel commun, les contours de la complexité des patients sont difficiles à définir de manière univoque : celle-ci est d'abord le produit de la perception des médecins. Il en résulte que selon la façon dont l'orientation vers la MS est pensée, la « complexité » des patients ne recouvre pas exactement les mêmes problématiques.

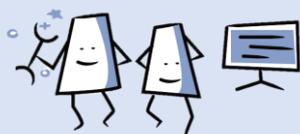
Lorsqu'il s'agit d'évaluer la complexité des situations traitées en MS, il faut noter que les médecins et professionnels ont donné des sens différents à la prise en charge en MSMA. Quand certaines équipes désignent des cas complexes inclus en MS, elles désignent par là le besoin d'une prise en charge pluriprofessionnelle, que la MS est capable de fournir aux patients. D'autres médecins et professionnels, au contraire, estiment que les MS ne peuvent inclure que des cas « simples », qualifiant de « complexes » les patients présentant de lourdes comorbidités, souvent psychiatriques, nécessitant des soins supplémentaires. Dans ces cas de figure, les politiques d'inclusion peuvent varier :

- Soit les médecins ne proposent pas d'inclusion en MS, jugeant que ces patients relèvent de structures mieux équipées pour les accueillir, et les orientent vers d'autres services de santé. C'est ainsi que procède le médecin de la MSMA de Nancy, par exemple.
- Soit les MS incluent ces patients, en organisant un suivi depuis et vers les structures adaptées, comme à Saint-Sauveur-en-Puisaye, à Saint Denis, ou encore à Bagnolet.

Les soignants et les professionnels des MSMA se sont approprié le dispositif de façons diverses, souvent en fonction des besoins identifiés dans leur patientèle. Cette diversité pourrait poser la question, à terme, du type de patientèle visée par le dispositif. Bien plus, la façon dont les MS orientent leurs patients semble dépendre en grande partie de l'écosystème addictologique et social dans lequel elles sont implantées. De ce point de vue, les fonctionnements très différents entre les MSMA ne constitue pas un problème : au contraire, ils seraient le signe que les MS sont en mesure de s'adapter aux problématiques spécifiques à leur territoire d'implantation.

Ces problématiques locales peuvent être un point d'entrée pour une définition objectivable de la « complexité » des patients, qui a pu être expérimentée par ailleurs, notamment dans le champ du handicap. En s'inspirant des divers travaux menés sur la question,¹⁰ on peut proposer de distinguer une complexité endogène, liée à la pathologie du patient, et une complexité exogène, liée à son environnement et la structuration de l'offre de soins, pour les décliner en indicateurs plus simples à construire.

¹⁰ Voir notamment Barreyre, J. (2020). Les situations dites complexes : une priorité de l'action sanitaire et sociale. *Les Cahiers de l'Actif*, 526-527, 29-43. <https://doi.org/10.3917/caac.526.0029>



La complexité endogène recouvre les difficultés liées au traitement individuel de la pathologie :

- État des savoirs sur la pathologie ;
- Comorbidités (somatiques, psychiatriques) ;
- Nécessité d’une prise en charge pluriprofessionnelle ;
- Vulnérabilités cliniques et sociales induites par la pathologie.

Les MSMA apparaissent comme une réponse adaptée à la complexité endogène aux situations d’addiction : fondées sur des savoirs déjà éprouvés dans le champ de l’addictologie, elles visent la prise en charge de la complexité des situations des patients.

La complexité exogène, quant à elle, correspond à la complexité structurelle de la réponse à la pathologie :

- Volume de l’offre de soins sur le territoire ;
- Accessibilité des soins existants ;
- Formation des professionnels du soin ;
- Coordination entre les acteurs impliqués dans la prise en charge ;
- Ressources économiques des patients ;
- Information des patients.

Le déploiement des MSMA vise à réduire cette complexité, en rendant une offre de soin addictologique plus accessible pour les patients. Il semble efficace : la prise en charge est gratuite pour les patients, qui sont informés de l’existence de la MS par leur médecin généraliste. Le format d’intervention permet à la fois une meilleure coopération entre les professionnels, et une formation des médecins généralistes aux questions d’addictologie.

II.4. Prestations délivrées (quantité et qualité)

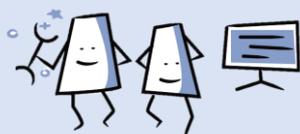
II.4.1. Quantité : nombre de consultations psychologiques et sociales par patient

A partir des données quantitatives disponibles, il est difficile de juger de l’atteinte des objectifs quantitatifs.

Dans Maia, on retrouve les taux de saisie très faibles observés lors de l’évaluation intermédiaire, avec une valeur aberrante pour les consultations médicales dans le GE (où plusieurs MSMA en rapportent plus de 10 par patient et par an).

	Médecins	Psychologues	Travailleurs sociaux
BFC	0,6	1,7	2,6
GE	5,2	2,8	1,3
HdF	1,0	2,6	0,2
IdF	0,1	0,3	0,4
Occ	0,7	1,4	0,9
Total	2,6	1,9	1,0

Tableau 16. Nombre moyen de consultations avec chaque professionnel d’après Maia



Il est peu probable que les professionnels des MSMA aient en moyenne moins d'une consultation par patient. Ces chiffres semblent surtout indiquer une très faible saisie des consultations dans Maia. Il est donc difficile de conclure sur le nombre de consultations par an et par patient à partir de ces données.

Les données issues des fichiers de contrôle présentent quelques anomalies. Dans le GE, une partie des données d'activité 2022 a été perdue lors de la bascule vers la version 2023 du système d'information. En IdF, les chiffres ne sont pas cohérents (le nombre de patients bénéficiant d'un suivi social est supérieur au nombre de patients inclus). En BFC, elles ne donnent pas d'information sur la proportion de patients suivis par chaque professionnel. Ils ont bénéficié, dans l'ensemble, de 3,4 consultations avec un psychologue et 3,2 consultations avec un travailleur social.

En Meurthe-et-Moselle en 2022, 62,1 % des patients étaient suivis par un psychologue, qu'ils ont vu 4,2 fois en moyenne, et 51,5 % des patients étaient suivis par un travailleur social, qu'ils ont vu 4,5 fois en moyenne.

D'après les fichiers exploitables, on retrouve le déséquilibre entre suivis psychologiques et sociaux, en constatant aussi que pour les patients suivis, le nombre de consultations avec chaque professionnel est comparable. On remarque également des variations importantes entre les MSMA. Il faut toutefois noter que ces données incluent aussi les patients MSPC.

	Orgelet	Noidans-le-Ferroux	Saint-Amour	St-Sauveur-en-Puisaye	Montceau-les-Mines	Levier	Rigney	Beaune	La Charité-sur-Loire	L'Isle-sur-le-Doubs	Total
Nb consultations Psychologue	5,9	4,9	4	3,3	2,9	2,9	2,1	1,6	0,9	0	3,4
Nb consultations Travailleur social	4,8	4,9	0,4	4,8	1,9	2,2	2,9	1,7	2,5	4,0	3,2

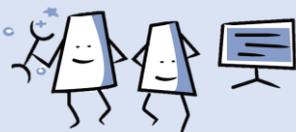
Tableau 17. Prestations délivrées en BFC d'après le fichier de contrôle

	Baccarat	Bénamenil	Blénod-lès-PâM	Haroué	Jarville-la-Malgrange	Nancy / Amerval	Nancy / Saint-Dizier	Tomblaine	Total
Suivis psychologiques									
% patients suivis	56,4 %	77,8 %	58,8 %	82,4 %	80,8 %	36,5 %	85,7 %	40,7 %	62,1 %
Nb de consultations / patient suivi	5,2	4,0	4,5	4,4	4,0	3,9	3,7	5,1	4,2
Nb de consultations / patient MSMA	2,9	3,1	2,6	3,6	3,2	1,4	3,2	2,1	2,6
Suivis sociaux									
% patients suivis	41 %	100 %	41,2 %	58,8 %	30,8 %	73,0 %	14,3 %	85,2 %	51,5 %
Nb de consultations / patient suivi	4,2	1,8	9,4	3,8	3,8	5,2	2,3	4,3	4,5
Nb de consultations / patient MSMA	1,7	1,8	3,9	2,2	1,2	3,8	0,3	3,6	2,3

Tableau 18. Prestations délivrées en Meurthe-et-Moselle d'après le fichier de contrôle

L'Occitanie et le GE rapportent également un déséquilibre des prestations au profit des psychologues, qui explique la construction du forfait (prévoyant davantage de consultations avec les psychologues qu'avec les intervenants sociaux).

Ce déséquilibre ne correspond toutefois pas tant à des suivis plus longs avec les psychologues, qu'à des suivis plus fréquents avec eux.



II.4.2. Qualité : des prestations au plus près des besoins des patients

En l'absence de données quantitatives exhaustives et fiables, il est difficile de dégager des parcours-type de prise en charge. Les données qualitatives nous montrent cependant que ce qui caractérise des prises en charge au sein des MSMA, c'est d'abord une grande variabilité, qui s'explique par le souci de répondre aux besoins des patientèles de manière générale, et des patients au cas par cas.

Tout d'abord, les caractéristiques socio-démographiques des patientèles varient selon les zones d'implantation des MSMA, et avec, leurs besoins d'accompagnement. Ainsi, certaines MSMA ont fait le choix de fonctionner avec un assistant de service social, quand d'autres semblent trouver plus d'intérêt à recruter un éducateur spécialisé ou un intervenant socio-éducatif.

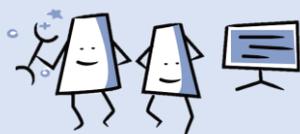
Chez les psychologues, deux approches principales sont mentionnées : ils proposent soit une psychothérapie, soit font usage d'outils TCC (entretien motivationnel). Dans tous les cas, ils signalent, tant dans l'enquête de satisfaction que lors des entretiens, qu'il n'est pas possible de définir à l'avance le nombre de séances dont aurait besoin chaque patient : chaque individu a des besoins différents.

Pour les mêmes raisons, les intervenants sociaux ont des pratiques encore plus diversifiées. En fonction des besoins du patient, ils proposent des accompagnements qui peuvent aller de l'orientation vers des services sociaux spécialisés, à une aide plus avancée pour l'accès aux droits. Ils proposent également aux patients des méthodes de réduction des risques, et peuvent aussi assumer une position d'écoute et de soutien, en particulier auprès de patients trop réticents à solliciter le psychologue (pour diverses raisons : stigmata associé au fait de consulter un psychologue, mauvaises expériences passées, etc.).

Enfin, la construction des parcours de prise en charge dépend elle aussi des besoins des patients, mais aussi de la façon dont les professionnels des MSMA ont choisi de se coordonner. Comme mentionné précédemment, celle-ci peut prendre deux formes :

- Le médecin généraliste oriente soit vers le psychologue, soit vers l'IS, ou vers les deux professionnels, en fonction du besoin identifié avec le patient lors de la visite d'inclusion.
- Le médecin généraliste oriente le patient vers l'IS ou le psychologue pour faire la consultation d'inclusion, et décider avec le patient de la prise en charge en fonction de ses besoins. Celle-ci peut mettre l'accent davantage sur un suivi psychologique, un suivi social, ou les deux.

La grande variabilité dans les prises en charge s'explique principalement par la diversité des demandes des patients : certains peuvent estimer qu'ils n'ont pas besoin de l'un ou l'autre des suivis proposés, ou qu'ils ont besoin de moins de séances que ce qui est prévu par le forfait, soit avec l'un ou l'autre des professionnels, soit avec les deux. La souplesse dans la facturation des consultations, une fois les forfaits engagés, offre une certaine souplesse dans la gestion financière : les patients qui consultent moins permettent à ceux qui en ressentent le besoin d'accéder à un suivi plus rapproché. Reste alors la question de la disponibilité de certains professionnels, dont le temps dans la MSMA est limité : lorsque le rythme des inclusions s'accélère, ils



doivent parfois faire le choix d'espacer les consultations, y compris lorsque les patients auraient besoin de rencontres plus régulières.

II.5. Expérience des professionnels

L'expérience des professionnels nous renseigne sur le caractère incitatif ou non de l'organisation des MSMA ; on décline son évaluation autour de deux items. Premièrement, il s'agit de savoir si les professionnels trouvent un sens au déploiement des MSMA pour les patients qu'ils accompagnent. Deuxièmement, les conditions d'exercice en MSMA peuvent impacter les modalités d'engagement dans le dispositif. L'expérience des professionnels a été évaluée à partir de données qualitatives (études de cas et entretiens) et quantitatives (enquêtes de satisfaction). Les données des enquêtes de satisfaction auprès des médecins généralistes d'une part, et des psychologues et intervenants sociaux d'autre part, confirment les tendances observées à partir des études de cas et des entretiens, synthétisées dans le rapport intermédiaire.

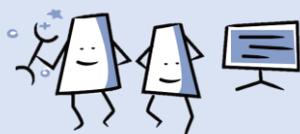
II.5.1. Médecins

Les médecins généralistes se disent en grande majorité satisfaits du fonctionnement des MSMA. 81,2 % des répondants ont affirmé qu'ils souhaitent que leur MSMA continue à fonctionner au-delà de l'expérimentation en l'état, et 17,8 % sous réserve d'aménagements, avec un seul médecin souhaitant se désengager.

La plus-value du travail en équipe pluridisciplinaire est soulignée par la majorité des répondants. Elle concerne en premier lieu la possibilité de prendre en charge des patients face auxquels ils ressentent que leurs compétences ou ressources sont insuffisantes. Ainsi, 82,2 % d'entre eux déclarent que la MSMA permet de débloquent des situations dans lesquels ils se sentaient impuissants, pour diverses raisons (difficultés à orienter vers des structures spécialisées, problèmes psychologiques et/ou sociaux lourds, etc.).

Concernant l'efficacité des prises en charge en MS, les répondants ont exprimé le sentiment que la MSMA permet une amélioration de la situation des patients : ils sont 73,3 % à considérer que la prise en charge en MSMA favorise une réduction ou une meilleure maîtrise des conduites addictives, et 69,3 % estiment qu'elle permet d'améliorer la qualité de vie des patients ou de soulager leur entourage, même sans évolution de leurs conduites addictives. S'il est toujours délicat de mesurer l'efficacité d'une prise en charge en addictologie, il semble tout de même que les MSMA offrent aux médecins une ressource incontestable face à la complexité des problématiques addictologiques.

Le soutien apporté par la présence des professionnels concerne à la fois la complémentarité des compétences, mais aussi la possibilité d'échanger autour des échecs éventuels, courants avec les problématiques addictologiques, et qui peuvent décourager les médecins. L'enquête de satisfaction montre que la MSMA réduit le sentiment d'impuissance des médecins face aux situations difficiles : la possibilité de partager les réussites et les échecs avec l'équipe, offrant un soutien moral face à l'incertitude inhérente au traitement des conduites addictologiques, est évoquée par 88,1 % des répondants à l'enquête de satisfaction. Enfin, les médecins sont 60,4 % à



considérer que la MSMA les aide à recentrer leurs consultations sur les autres pathologies des patients souffrant d'addictions. Ce chiffre, légèrement plus faible que les autres, peut se comprendre au regard du profil des patients inclus : ils sont majoritairement orientés en MS pour des problèmes liés à leur consommation d'alcool, et les médecins déclarent dans les entretiens qu'ils sont généralement des patients moins "abimés" que ceux qu'on retrouve dans les structures addictologiques. Il est probable que les patients inclus en MS présentent moins de comorbidités, et qu'ils consomment donc moins de consultations médicales.

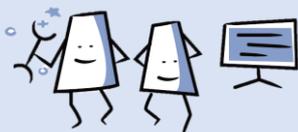
Enfin, les médecins généralistes ont suggéré, dans les réponses libres, quelques points d'amélioration du dispositif. Tout d'abord, ils ont signalé que le travail d'équipe mériterait d'être renforcé : ils demandent à dégager plus de temps pour les psychologues et les intervenants sociaux, afin de permettre un travail d'intégration plus efficace. Ils ont également plaidé pour un renforcement du suivi des patients : le forfait semble insuffisant pour un certain nombre d'entre eux.

Les réserves concernant Maia sont toujours exprimées par les médecins. On aurait pu penser qu'elles seraient moins nombreuses après l'allègement des questionnaires, mais au regard des très faibles taux de renseignement des données Maia, il semble que la pertinence du logiciel ne fait pas l'unanimité. Une réflexion sur les usages de la plateforme Maia, et sur son intégration dans les pratiques des médecins comme des professionnels, pourrait s'avérer nécessaire.

II.5.2. Psychologues et intervenants sociaux

De la même façon que pour les médecins, les psychologues et intervenants sociaux interrogés semblent majoritairement satisfaits de leur expérience en MS : 93,3 % des répondants à l'enquête de satisfaction déclarent souhaiter continuer exercer en MSMA à l'avenir. Pour les psychologues et les intervenants sociaux, majoritairement issus du secteur addictologique, la question de la pertinence d'une prise en charge pluridisciplinaire ne se pose pas dans les mêmes termes que pour les médecins généralistes : ce sont les conditions de la coopération en MS qui semblent déterminantes pour eux.

La qualité des soins proposés en MSMA est largement plébiscitée par les psychologues et les intervenants sociaux. Premièrement, ils estiment que les MS constituent un véritable appui pour les médecins généralistes : 91,7 % d'entre eux jugent que la MS permet de débloquer des situations dans lesquelles les médecins se sentaient dépassés ou impuissants face aux besoins de leur patient. Ils valorisent aussi l'efficacité des soins en MS : 78,3 % des répondants estiment que la MS permet d'améliorer la qualité de vie des patients ou de soulager leur entourage, et ils sont 81,7 % à déclarer qu'elle favorise une réduction ou une meilleure maîtrise des conduites addictives. Enfin, l'évolution favorable des patients (meilleure maîtrise des conduites addictives, soulagement des troubles psychiques, résolution des problèmes sociaux, etc.) apparaît comme le premier motif de sortie, cité par 73,3 % des répondants. Comme les médecins, les professionnels intervenant en MS témoignent donc d'une grande satisfaction envers ce dispositif. Ils insistent principalement sur la pertinence du dispositif, qui permet une prise en charge globale et coordonnée des patients. Le lien avec le médecin généraliste, qui connaît bien ses patients, est également apprécié.

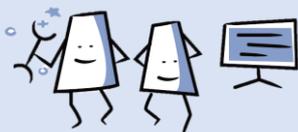


En outre, ils sont nombreux à considérer que la MS leur offre un fonctionnement plus convivial ou moins routinier (35%). Le fait que l'exercice en MS permette d'accéder à des patients intéressants, qui ne consultent habituellement pas les structures spécialisées ou les professionnels libéraux, est aussi mentionné comme un motif de satisfaction (75 %). Les entretiens et études de cas faisaient déjà ressortir cet aspect mentionné par les professionnels : possibilité de gérer eux-mêmes leur agenda, consultations avec des patients qu'ils ont moins l'habitude de croiser dans les EMS, etc.

Toutefois, bien qu'ils soient convaincus de l'intérêt des MS pour les patients, les professionnels identifient des points de vigilance pour l'organisation du travail en équipe et leurs conditions d'exercice.

Concernant les conditions d'exercice en MS₁, une part significative des psychologues et intervenants sociaux estime que le temps de travail hors-consultation est insuffisamment pris en compte (48,3 %), et que le recueil et la transmission des données (facturation, renseignement des fiches d'inclusion dans MAIA) représente un inconvénient dans l'exercice en MSMA (53,4 %). Notons que les temps de déplacement figurent parmi les contraintes les plus signalées par les professionnels (40 %) ; on peut supposer que cette contrainte concerne principalement ceux qui exercent dans plusieurs MS, mais ceux-ci semblent constituer la majorité des professionnels exerçant en MSMA (66,9 % des répondants exercent dans 2 MS ou plus).

Quoique les professionnels estiment majoritairement que les MSMA permettent une prise en charge réellement pluriprofessionnelle (61,4 %), la qualité du travail en équipe au sein des MSMA leur semble légèrement moins probante qu'aux médecins. Ceci pourrait s'expliquer assez naturellement par des habitudes de travail différentes : là où les médecins généralistes sont relativement habitués à travailler seuls, les professionnels, majoritairement issus du secteur addictologique, auraient des attentes plus élevées concernant l'organisation d'une prise en charge pluriprofessionnelle. Mais cette moindre satisfaction (39,6 % des répondants ne considèrent pas que la MSMA permet une prise en charge réellement pluriprofessionnelle) procède également de difficultés réelles, signalées par une part non-négligeable des répondants. Les limites identifiées par les psychologues et les IS dans l'enquête de satisfaction correspondent à celles qui avaient déjà été désignées dans le RI à partir des entretiens et des études de cas. 31,7 % d'entre eux déclarent que la coordination en MSMA est plus difficile que dans d'autres lieux d'exercice. Les rendez-vous des patients sont difficiles à gérer pour 18,7 % des répondants, et 18,3 % estiment que la salle mise à disposition est peu confortable ou peu adaptée. Pour les professionnels qui interviennent dans plusieurs MS, ces difficultés peuvent se conjuguer à la nécessité de s'adapter à des modes de fonctionnement collectif changeant d'une MSMA à l'autre. Un quart des professionnels estime être isolé dans son travail, faute de croiser souvent les médecins ou les autres professionnels régulièrement. Ce sont d'éventuelles fragilités dans les dynamiques d'équipe, allant de pair avec la prise en compte du temps de travail hors consultation, qui peuvent constituer des freins à la motivation des psychologues et des intervenants sociaux dans leur exercice en MSMA.



II.6. Expérience des patients

La majorité des patients ayant répondu aux sollicitations des évaluateurs s'est déclarée satisfaite de la prise en charge en MS. Les données recueillies pour caractériser plus précisément l'expérience des patients sont issues de 9 entretiens conduits auprès de patients de MSMA par les évaluateurs, et d'une enquête de satisfaction coordonnée par la CNRMS (134 répondants, suivis soit en MSMA, soit en MSPC). Le rattachement d'un patient à tel ou tel type de MS ne peut y être distingué. Ces résultats concernent donc aussi bien des patients suivis en MSMA qu'en MSPC).

II.6.1. Efficacité perçue de la prise en charge en MS : Accès aux soins

Les résultats de l'enquête de satisfaction menée auprès des patients semblent indiquer que les MS permettent un meilleur accès au soin et à l'accompagnement social. En effet, avant d'entrer dans la MS, la majorité des patients n'avaient jamais vu de professionnels présents en MS :

- 61% n'avaient jamais vu un psychologue
- 78% n'avaient jamais vu un intervenant social
- 72% n'avaient jamais vu un addictologue

Une majorité de répondants à l'enquête de satisfaction a déclaré ne voir qu'un seul des deux professionnels en MS : 45 % d'entre eux voient exclusivement le psychologue, 23 % ne rencontrent que l'intervenant social. Ils sont 35 % à bénéficier d'un suivi combiné entre psychologue et intervenant social. Il semble que la souplesse du dispositif permette des prises en charge sur mesure, mais on peut toutefois s'interroger sur la sous-consommation de consultations avec les intervenants sociaux : ils peuvent s'expliquer par un moindre besoin d'accompagnement social des patients consultant en MS, mais aussi par une possible sous-estimation de ces besoins, parfois mentionnée lors des entretiens avec les professionnels.

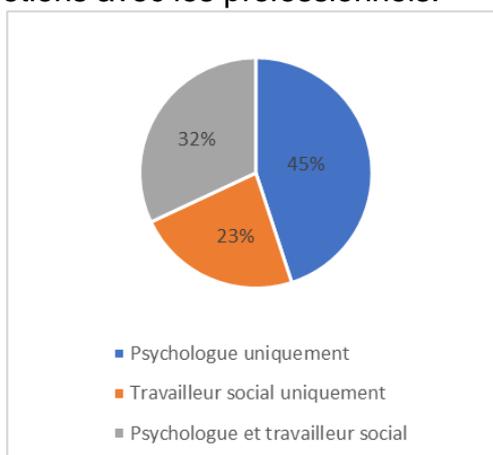
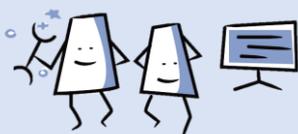


Figure 9. Répartition des parcours de soins en MS

II.6.2. Efficacité perçue : Adaptation à la demande des patients

Les répondants ont estimé que l'offre de soins en MS était adaptée à leurs besoins : 95% des patients répondants ont trouvé que leur orientation vers la MS était adaptée à leurs besoins ; 92 % d'entre eux ont déclaré qu'ils recommanderaient la MS à des



personnes dans la même situation qu'eux, et 96 % trouvent que le lieu (cabinet du médecin généraliste) est adapté à leur suivi.

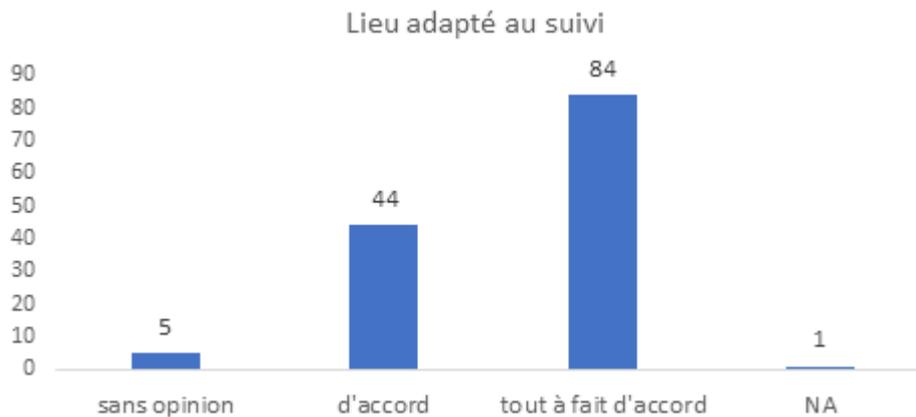


Figure 10. Répartition des réponses concernant l'adaptation du lieu au suivi

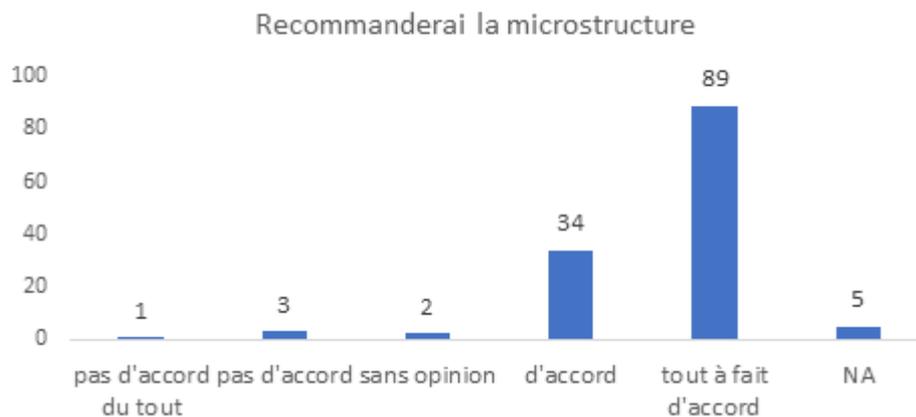


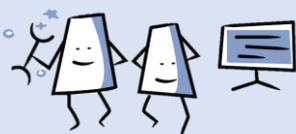
Figure 11. Répartition des patients qui recommanderaient ou non la microstructure

De la même façon, la satisfaction quant à la qualité des soins reçus est très élevée : la note globale attribuée par les répondants à la qualité du suivi en MS est de 8,9/10 en moyenne. Lorsqu'on décline le suivi en soin médical, psychologique et social, on observe des taux de satisfaction similaires.

Concernant l'intervention du médecin généraliste, la note moyenne attribuée au médecin pour ses explications est de 8,9/10. 87 % des patients ont estimé que le médecin avait été à l'écoute, et 90 % ont trouvé que le médecin avait été disponible durant leur suivi en MS.

Concernant le suivi psychologique, 91 % des patients qui ont bénéficié d'un suivi psychologique estiment que le psychologue a été à l'écoute, et 90 % jugent qu'il a été compréhensible.

Enfin, les patients ayant bénéficié d'un accompagnement social sont 93 % à estimer que le travailleur social a été disponible, et 96 % d'entre eux déclarent qu'il a été à l'écoute.



II.6.3. Efficacité perçue : Amélioration de la situation des patients

Concernant la prise en charge des addictions, les répondants plébiscitent la prise en charge en MS : 72 % des répondants se sont déclarés d'accord ou tout à fait d'accord avec l'idée qu'ils ont une meilleure gestion de leurs consommations depuis leur entrée dans la MS.

En outre, la MS permet d'après eux une amélioration globale de la qualité de vie : 87 % d'entre eux déclarent que leur qualité de vie s'est améliorée depuis leur entrée en MS, plus particulièrement :

- 49% déclarent avoir une amélioration de la relation avec leur entourage
- 65% déclarent avoir une amélioration de leur bien-être psychique
- 30% déclarent avoir une amélioration de leur situation sociale
- 40% déclarent avoir une amélioration de leur situation somatique
- 25% déclarent avoir une amélioration de leur situation professionnelle

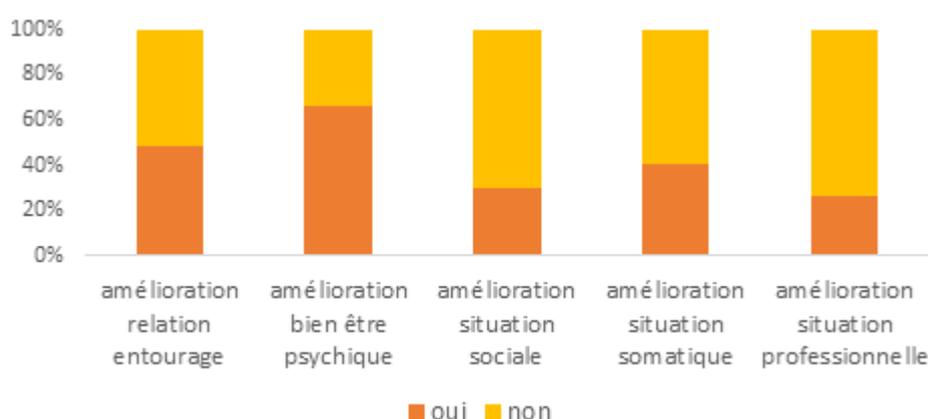


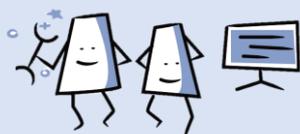
Figure 12. Amélioration de la qualité de vie d'après les patients

Les réponses à l'enquête de satisfaction sont globalement concordantes avec les perceptions des professionnels concernant la qualité du suivi en MS : les MSMA permettent de suivre des patients qui ne consomment habituellement pas le type de soin qu'elles proposent ; elles permettent, en outre, un suivi de qualité, offrant la possibilité aux patients d'améliorer leur qualité de vie globale, et des perspectives de maîtrise de leur consommation.

II.6.4. Facteurs de réussite des prises en charge en MSMA

Les entretiens apportent un éclairage complémentaire à l'enquête de satisfaction. Si leur faible nombre ne permet pas de mesurer un niveau de satisfaction global des patients inclus en MS, ils nous renseignent toutefois sur les facteurs qu'ils peuvent juger essentiels pour une prise en charge réussie.

Parmi les patients interrogés, tous vivent dans des zones rurales, et tous ont été inclus en MSMA pour une addiction à l'alcool. Deux modes d'entrée type semblent émerger des entretiens :



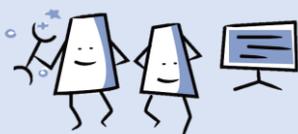
- Les patients qui ont été orientés en MS par un médecin généraliste sont des patients qui ne connaissaient pas l'existence des structures addictologiques, ou qui estimaient que leur situation ne relevait pas d'une prise en charge en CSAPA ou à l'hôpital ; ils se sont tournés vers le médecin à la suite d'une ou plusieurs tentatives de sevrage ou de réduction de leur consommation en autonomie, qui les a orientés vers la MS.
- Les autres patients ont été orientés vers la MS par un professionnel du secteur addictologique, suite à une insatisfaction vis-à-vis du soin dont ils bénéficiaient alors.

Dans les deux cas, les patients rencontrés étaient acquis à l'idée qu'ils avaient besoin de soins, et ressentaient le besoin d'être accompagnés pour gérer leur problématique d'addiction, quelle qu'elle soit (maîtrise de la consommation, réduction des risques, sevrage, maintien de l'abstinence, etc.).

Tous les patients rencontrés se déclarent très satisfaits de leur prise en charge en MS ; il est notable que trois éléments reviennent régulièrement lors des entretiens :

- Les patients déclarent unanimement qu'ils apprécient de bénéficier d'une **écoute bienveillante, sans jugement moral sur leur consommation**.
- La **proximité géographique avec le lieu d'habitation ou le lieu de travail** est également citée comme facilitatrice, voire essentielle pour ceux qui ont des difficultés de déplacement (manque de ressources économiques, perte du permis de conduire...).
- Enfin, les patients insistent beaucoup sur **l'aspect sécurisant de la MSMA**, permis à la fois par la proximité géographique et par le fort investissement des professionnels auprès d'eux, en particulier ceux qui bénéficient d'un suivi à la fois psychologique et social. On peut estimer que **l'unité de lieu des suivis** est cruciale pour eux : elle leur permet d'identifier une équipe disponible pour les aider, vers qui se tourner en cas de besoin (« Je sais qu'ils sont là », « Je sais que je peux appeler »).

En conclusion, le contenu des entretiens avec les patients confirme les perceptions des professionnels concernant la plus-value des MSMA : la proximité géographique est un véritable atout, en particulier pour les patients peu mobiles. Les patients y trouvent un espace où ils se sentent en confiance, moins stigmatisant que d'autres structures addictologiques, et où la prise en charge est de qualité.



III. Efficience

SYNTHESE DES RESULTATS CLES

La gestion budgétaire fonctionne-t-elle correctement ? Tous les acteurs qu'il est prévu de rémunérer parviennent-ils à l'être effectivement ?

Dans le cadre du dispositif Equip'addict, **les circuits de facturation reposent sur le logiciel Maia**. Lorsqu'un médecin décide d'orienter un patient vers sa MSMA, il saisit ses données d'identité dans Maia, qui permet de générer un code d'anonymisation ainsi qu'une fiche d'adhésion à imprimer. Cette dernière est à signer par le patient afin de recueillir son consentement. Les fiches d'adhésion sont ensuite transmises aux coordinateurs, soit par l'intermédiaire des professionnels qui les récupèrent à l'occasion de leur venue en MSMA, soit directement par fax (ce qui interroge la sécurité des circuits de transmission de données aussi sensibles). Un tel circuit est bien adapté pour préserver la confidentialité des données et l'anonymat des patients. Il souffre en revanche de la faible appétence de certains médecins pour la saisie initiale, qui tendent à orienter leurs patients directement vers les professionnels, et n'officialisent leur suivi en MSMA qu'avec retard ou devant l'insistance des coordonnateurs. Par ailleurs, le circuit de facturation historique des MSMA ne permet pas de recueillir le NIR, indispensable à la facturation dans le cadre de l'article 51 : les médecins doivent le rajouter à la main sur les fiches d'inclusion, mais oublient parfois, ce qui contraint les coordonnateurs à les relancer.

Le passage par Maia rend les données de facturation tributaires des réticences des médecins à remplir les fiches patient, et des délais de saisie. Le développement d'un module intégrable aux logiciels métiers des SSP, ou d'une plateforme dédiée uniquement à cet usage serait une meilleure solution, offrant plus de résilience et d'efficacité.

Les financements proposés conviennent-ils à l'ensemble des acteurs concernés ? En particulier, le forfait est-il calibré correctement ?

Les données disponibles dans Maia ne permettent pas de juger de l'adéquation des forfaits aux besoins des patients, faute de saisie des rendez-vous. Lors de l'évaluation intermédiaire, les psychologues et intervenants sociaux s'inquiétaient d'un nombre insuffisant de consultations psychologiques et sociales prévues par le forfait, et ce, même après revalorisation : ils s'accordaient à dire que certains patients avaient besoin de suivis plus longs et de rendez-vous plus rapprochés.

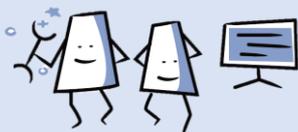
Les professionnels estiment que le nombre nécessaire de consultations psychologiques ou sociales dépend avant tout du patient. **La grande variabilité dans l'organisation des prises en charge, d'une MSMA à l'autre comme d'un patient à l'autre, rend difficile l'estimation d'un nombre idéal de séances prévues par le forfait.**

Sur les 17 EMS ayant transmis des éléments financiers, 8 s'avèrent déficitaires (avec un solde moyen de - 6800 €) et 9 excédentaires (avec un solde moyen de 44 600 €). Mais il est difficile de considérer cette conclusion comme démontrée en raison de l'incohérence des chiffres fournis par les EMS. Un certain nombre de coordinateurs administratifs et de directeurs d'EMS estiment que les financements ne sont pas adaptés, pour des raisons tenant plutôt au caractère forfaitaire du financement qu'à son montant. Il entraîne **un risque pour les EMS**, qui doivent **consacrer des ressources déterminées, voire s'engager sur des recrutements, en contrepartie de ressources aléatoires**, en ce qu'elles dépendent de l'investissement d'acteurs (les médecins des MSMA) sur lesquels ils n'ont aucune prise. Ils se plaignent aussi de **l'absence de prise en compte des frais de déplacement**, au-delà de 7 € par patient et par an, en particulier lorsqu'ils sont situés en zone rurale avec des MSMA très éloignées.

Compte-tenu des prestations délivrées par les MSMA, la question de l'efficience recouvre trois enjeux principaux :

- La gestion budgétaire fonctionne-t-elle correctement ? Tous les acteurs qu'il est prévu de rémunérer parviennent-ils à l'être effectivement ?
- Les financements proposés conviennent-ils à l'ensemble des acteurs concernés ? En particulier, le forfait est-il calibré correctement ?
- Quel coût le dispositif représente-t-il globalement pour les payeurs ? Est-il cohérent avec les services rendus et leurs résultats ?

Les données de facturation n'étant pas disponibles pour l'année 2023, il n'est pas possible d'aborder ce dernier point. Seuls les deux premiers enjeux seront donc analysés ici.



III.1. Gestion budgétaire et circuits de facturation

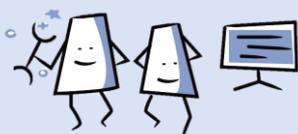
Les circuits de facturation se caractérisent d'abord par les acteurs qu'ils impliquent, selon la manière dont la coordination administrative est assurée (cf. son analyse dans la section sur la faisabilité) :

- Configuration centralisée, en BFC : la facturation est assurée par la FeMaSCo-BFC pour l'ensemble des MSMA de la région. Elle centralise les données d'inclusion, les saisit sur la plateforme A51 de la CNAM, et reverse les forfaits aux EMS et aux MSP. L'élaboration de ce circuit a nécessité quelques ajustements : comme dans d'autres expérimentations Article 51, la FeMaSCo-BFC a dû faire la demande d'un numéro FINESS de manière dérogatoire afin de percevoir et redistribuer les forfaits liés à des actes de soin.
- Configuration décentralisée, dans les autres régions : la facturation est assurée par les EMS pour chaque MSMA qu'ils portent. Les personnes qui s'en occupent concrètement varient : directeurs ou gestionnaires des EMS, professionnels intervenant en MSMA, ou coordonnateurs administratifs dédiés, sans différence notable d'efficacité.

La configuration centralisée a l'avantage de simplifier le dialogue de gestion en offrant un interlocuteur unique au porteur et au payeur. Elle a facilité la résolution des difficultés rencontrées par la plupart des acteurs chargés de la facturation dans les premiers temps de l'expérimentation, faute d'informations sur la signification des codes employés ou la procédure à suivre pour les patients affiliés à des régimes spéciaux. Mais ces difficultés ont été progressivement aplanies avec l'aide des porteurs, avec une plateforme aujourd'hui décrite comme plutôt ergonomique et intuitive, de sorte que les configurations centralisée et décentralisée semblent désormais équivalentes.

Les circuits de facturation se caractérisent aussi par les modalités de transmission des informations entre les médecins qui recrutent les patients et les personnes qui procèdent à la facturation. La démarche historiquement utilisée par les MSMA repose sur le logiciel Maia, et se déroule ainsi : lorsqu'un médecin décide d'orienter un patient vers sa MSMA, il saisit ses données d'identités dans Maia, qui permettent de générer un code d'anonymisation ainsi qu'une fiche d'adhésion à imprimer. Cette dernière est à signer par le patient afin de recueillir son consentement. Les fiches d'adhésion sont ensuite transmises aux coordonnateurs, soit par l'intermédiaire des professionnels qui les récupèrent à l'occasion de leur venue en MSMA, soit directement par fax (ce qui interroge la sécurité des circuits de transmission de données aussi sensibles).

Un tel circuit est bien adapté pour préserver la confidentialité des données et l'anonymat des patients. Il souffre en revanche de la faible appétence de certains médecins pour la saisie initiale, qui tendent à orienter leurs patients directement vers les professionnels, et n'officialisent leur suivi en MSMA qu'avec retard ou devant l'insistance des coordonnateurs. Par ailleurs, le circuit de facturation historique des MSMA ne permet pas de recueillir le NIR, indispensable à la facturation dans le cadre de l'article 51 : les médecins doivent le rajouter à la main sur les fiches d'inclusion, mais oublient parfois, ce qui contraint les coordonnateurs à les relancer. En ces circonstances, des circuits de facturation alternatifs ont été développés.



- La plupart utilisent aussi des fiches papier, mais remplies directement à la main par les médecins, sans saisie informatique préalable. Ce sont alors un professionnel de MSMA, un coordinateur de MSP, ou un personnel administratif de l'EMS qui formalisent les inclusions dans le logiciel Maia, afin de rendre possible le recueil des données sanitaires et d'activité.
- Quelques circuits de facturation reposent sur des messageries sécurisées, comme Médimail.
- Le dernier utilise une plateforme développée spécifiquement pour l'expérimentation, et intégrée à l'ENRS, permettant une transmission immédiate et sécurisée au coordonnateur. Il prend sens en BFC où la transmission de fiches papier aurait été problématique, la facturation y étant assurée par un établissement avec lequel les professionnels des MSMA n'ont pas de lien, et sur un territoire très vaste. Ce circuit impose cependant une double saisie, car l'inclusion des patients dans Maia reste nécessaire au recueil des données sanitaires (lorsque les médecins n'y ont pas renoncé).

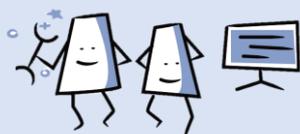
Depuis la variété des circuits de facturation observés, on peut estimer que la transmission des données de facturation n'est pas optimale pour une généralisation. Le RI d'évaluation soulignait déjà que la diversité des modalités de facturation invitait à s'interroger sur le passage à l'échelle du dispositif, même si lors de l'expérimentation, elle ne posait pas de problème particulier. Selon le type de portage choisi, les solutions techniques pourront varier. Mais du point de vue de la transmission des données, il semblerait que le développement d'une plateforme dédiée uniquement à cet usage soit la meilleure solution.

En effet, le passage par Maia rend les données de facturation tributaires des réticences des médecins à remplir les fiches patient, et des délais de saisie. Le développement d'un module intégrable aux logiciels métiers des SSP, ou d'un logiciel spécifiquement destiné à la facturation des prises en charge en MS peut certes sembler plus lourd, mais offrira plus de résilience et d'efficacité.

III.2. Adéquation des financements proposés

Le financement prévu pour les MS associe :

- Un forfait de 806 € par patient et par an pour les MSMA, dont 353 € pour le psychologue, 228 € pour le travailleur social, 38 € pour la coordination administrative et 54 € pour la coordination médicale. Montants calculés sur la base de 42 patients suivis par an, prévoyant notamment...
 - 7 consultations de psychologue et 6 d'intervenant social durant une heure chacune,
 - 30 minutes de traitement des dossiers par l'intervenant social,
 - 5 RCP d'une heure trente.
- Des crédits d'amorçage pour les MS ouvertes au cours de l'expérimentation : 2000 € par MSMA, ou 6000 € dans les HdF.



Prestation	Intervenant	Nb d'actes / patient / an	Coût horaire	Durée moyenne	Nb moyen de patients vus	Montant annuel par patient
Consultation	Médecin généraliste	1	75 €	35 min.	1	46 €
	Psychologue	7	45 €	60 min.	1	315 €
	Travailleur social	6	31 €	60 min.	1	186 €
Déplacements annuels pour les salariés	Psychologue / travailleur social	-	30.4 €	68 min.	5	7 €
RCP	Médecin généraliste		75 €			63 €
	Psychologue	5	45 €	90 min.	9	38 €
	Travailleur social		31 €			26 €
Remplissage données MAIA	Médecin généraliste	1	75 €	15 min.	1	20 €
Traitement de dossiers hors présence patients	Travailleur social	-	31 €	30 min.	1	16 €
Coordination administrative			31,500 €	0,5 ETP		38 €
Coordination médicale	Médecin		75,000 €	0,3 ETP		54 €
Forfait annuel par patient						806 €

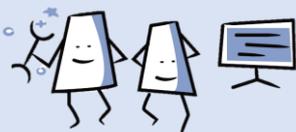
Tableau 19. Construction du forfait

Son adéquation peut s'évaluer à trois niveaux.

(1) Niveau des professionnels : les prestations financées correspondent-elles à la réalité de leurs activités ou aux besoins des patients ?

Les données disponibles dans Maia ne permettent pas de jauger de l'adéquation des forfaits aux besoins des patients, faute de saisie des rendez-vous. En effet, sans tenir compte du manque d'exhaustivité des données, les données concernant les rendez-vous pris avec les psychologues et les intervenants sociaux sont incohérentes : on compte 87 % de patients qui n'auraient honoré aucun rendez-vous avec l'intervenant social, en même temps que 96 % de patients qui n'auraient jamais manqué d'honorer un rendez-vous avec lui ; les données concernant les rendez-vous avec le psychologue sont d'ordre comparable (respectivement 82 % et 90 %).

Une première hypothèse serait de rapporter ces proportions importantes à un fort taux d'évaporation, mais cela semblerait excessif au regard des retours des professionnels et des médecins, qui n'ont pas rapporté d'aussi grandes difficultés à recevoir les patients inclus. Il est plus vraisemblable qu'un défaut de saisie des données Maia soit à l'origine de ces chiffres. L'enquête de satisfaction auprès des professionnels posait la question de l'adéquation des forfaits aux besoins des patients, mais le taux de non-réponse à cette question est lui aussi très important (85 %). Les répondants se sont toutefois servis du champ d'expression libre pour préciser que le nombre nécessaire de consultations psychologiques ou sociales dépend avant tout du patient. La grande variabilité dans l'organisation des prises en charge, d'une MSMA à l'autre comme d'un patient à l'autre, rend difficile l'estimation d'un nombre idéal de séances prévues par le forfait.



Un cas particulier a été repéré. A Saint-Denis (93), le CMS Henri Barbusse a adopté une politique d'orientation exclusive des patients, soit vers le psychologue, soit vers l'intervenant social. Cette manière de faire permet de doubler les consultations pour chaque patient, en fonction du besoin prioritaire identifié. On peut se demander si cette approche relève d'une adaptation à une patientèle spécifique (principalement touchée par la pauvreté et la précarité), ou si elle est généralisable à l'ensemble des MS, ce qui pourrait éventuellement justifier d'établir trois forfaits différents : un forfait psychologique, un forfait social, et un forfait mixte.

Dans l'ensemble, la question principale qui ressort de l'analyse est de savoir si le forfait tel qu'il est pensé permet une répartition satisfaisante des consultations entre les patients, ou s'il serait justifié de lui donner une forme différente. Les données disponibles ne permettent pas de conclure sur ce point. Quoiqu'il en soit, la pratique qui consiste à utiliser les consultations rendues disponibles par des patients qui ne les utilisent pas est mécaniquement facilitée par un nombre d'inclusions élevé. On peut s'interroger sur sa pertinence dans les MSMA qui incluent peu.

(2) Niveau des SSP accueillant des MSMA : Les SSP n'apparaissent pas dans le forfait, ce qui a parfois engendré des difficultés autour du financement de leurs frais de structure.

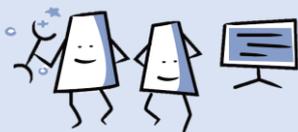
Plus explicitement, certaines SSP souhaitent que la MSMA leur verse un loyer, comme l'ensemble des professionnels intervenant dans leurs murs. Ceci est déjà évoqué au sujet de la faisabilité.

La question de la hauteur à laquelle il faudrait intégrer une indemnisation dans le forfait demeure entière. Il est difficile d'obtenir des chiffres précis, et les chiffres obtenus sont divergents. Un exemple pourra peut-être servir de point de départ à une réflexion sur cette question. Dans le GE, l'association Réseau Addictions Ville Hôpital de Meurthe-et-Moselle verse des loyers aux structures hébergeant des MSMA. D'après les entretiens, leur montant semble relativement faible. Le GE constituera sans doute un interlocuteur intéressant à solliciter pour traiter le sujet.

(3) Niveau des structures détachant les professionnels et assurant la coordination : les financements apportés couvrent-ils les coûts notamment salariaux induits par ces activités ?

La réponse dépend de la capacité des MSMA à atteindre l'objectif moyen de 42 patients suivis par an, utilisé pour construire le forfait, dont nous avons constaté qu'elle reste largement illusoire. Donc, on pourrait s'attendre à ce que les EMS soit majoritairement déficitaires. Les seules données chiffrées dont nous disposons pour le vérifier sont issues de l'enquête auprès des EMS, et concernent l'année 2022.

Sur les 17 EMS ayant transmis des éléments financiers, 8 s'avèrent déficitaires (avec un solde moyen de – 6800 €) et 9 excédentaires (avec un solde moyen de 44 600 €). Dans les EMS les plus excédentaires, on trouve trois réseaux portant au moins une dizaine de MSMA, dont 2 ont également bénéficié d'un financement substantiel de leur ARS, et un réseau venant de 6 MSMA venant d'ouvrir dans les HdF, où les crédits d'amorçage sont 3 fois plus élevés qu'ailleurs. Dans les EMS déficitaires, ou atteignant juste l'équilibre, on retrouve des EMS portant des MSMA dispersées. Cela semble



indiquer qu'une échelle minimale est nécessaire pour que les EMS parviennent à rentrer dans leurs frais.

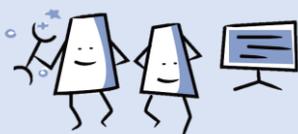
Mais il est difficile de considérer cette conclusion comme démontrée en raison de l'incohérence des chiffres fournis par les EMS. En divisant le montant total des forfaits versés par la file active, on devrait retrouver à peu près le montant officiel du forfait, c'est-à-dire 806 €. Mais cela n'est vérifié que pour 2 EMS ! Les 15 autres déclarent avoir perçu des sommes qui, compte-tenu de leur file active, représentent 64 % du forfait en moyenne, avec des valeurs évoluant de 39,5 à 83,9 % : sachant qu'ils déclarent aussi que le nombre de patients impossible à facturer est résiduel, cela peut seulement signifier qu'ils surestiment leur files actives, ou sous-estiment les financements qu'ils reçoivent dans le cadre de l'expérimentation. Les données de facturation qui nous ont été transmises ne nous ont pas permis de vérifier et de corriger éventuellement ces chiffres.

Restent les perceptions des coordinateurs administratifs / directeurs d'EMS, dans les réponses libres : 11 déclarent que les financements ne sont pas adaptés, mais pour des raisons tenant plutôt au caractère forfaitaire du financement qu'à son montant. Il entraîne un risque pour les EMS, qui doivent consacrer des ressources déterminées, voire s'engager sur des recrutements, en contrepartie de ressources aléatoires, en ce qu'elles dépendent de l'investissements d'acteurs (les médecins des MSMA) sur lesquels ils n'ont aucune prise.

Ils se plaignent aussi de l'absence de prise en compte des frais de déplacement, au-delà de 7 € par patient et par an, en particulier lorsqu'ils sont situés en zone rurale avec des MSMA très éloignées : déclarent 66 minutes de trajet AR en moyenne, ce qui représente un surcoût salarial de 31 % par rapport aux 3h30 de permanence hebdomadaire prévues par le CdC socle, sans compter les frais de transport.

C'est notamment le cas en Occitanie, où le temps consacré par les professionnels aux allers et retours entre leur EMS de rattachement et les MSMA peuvent aller jusqu'à 3 heures. Pour limiter l'impact de ces temps de déplacement, les professionnels font le choix de grouper les rendez-vous sur plusieurs sites, et ainsi mettre en place un roulement de leurs présences sur ces sites. On retrouve également ce type de stratégie en Meurthe-et-Moselle (GE), où l'intervenante sociale se rend une semaine sur deux dans les MSMA les plus excentrées, en allongeant la durée de ses permanences sur sites. Enfin, en BFC, ce sont les EMS qui prennent en charge les frais de déplacement de leurs salariés, non sans regretter qu'ils ne soient pas prévus par les forfaits.

La rémunération au forfait semble bien adaptée pour les libéraux, pour lesquels l'activité en MSMA n'engendre pas de déplacements supplémentaires, et qui peuvent facilement moduler leur activité.



IV. Reproductibilité

SYNTHESE DES RESULTATS CLES

Dans quelle mesure le dispositif est-il transférable à d'autres territoires et indications ?

L'expérimentation Equip'addict est aujourd'hui conduite dans 5 régions métropolitaines et 30 départements. La diversité du territoire français est bien représentée dans cet échantillon, avec des MS implantées en banlieue parisienne, au centre de capitales régionales, dans des bourgs ruraux et des villages plus ou moins isolés. La transférabilité ne soulève pas d'enjeux supplémentaires par rapport à la faisabilité. Elle apparaît donc satisfaisante, sous réserve d'ajustements.

Quels sont les facteurs facilitant ou freinant cette transférabilité ?

Concernant les enjeux nationaux de prise en charge des addictions, la pertinence du développement des MSMA n'est plus à démontrer, et peut trouver son application à d'autres indications, notamment la santé mentale. Par ailleurs, au niveau local, les équipes des MS ont bien adapté leur fonctionnement à l'offre de soins environnante. C'est le déploiement à l'échelle régionale qui a répondu à des stratégies différentes d'une région à l'autre. Si les ARS ont toutes opté pour des méthodes d'essaimage qui leur paraissaient opportunes, en matière d'objectifs ou de faisabilité, il reste que **la politique de développement des MS pourrait encore être clarifiée, en étayant tout d'abord les objectifs prioritaires** auxquels doit répondre la création des MSMA. En effet, l'amélioration du maillage territorial peut tout à la fois correspondre au besoin d'équiper des zones géographiques où l'offre de soin est très faible, voire inexistante, mais elle peut aussi consister à améliorer l'accessibilité des soins dans des régions où les structures addictologiques sont saturées.

Se pose ensuite la question d'étendre l'activité des MS à d'autres champs que celui de la seule addictologie.

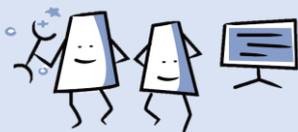
Les MS fonctionnent actuellement sur la base d'une **approche par briques thématiques**, que les acteurs sont libres d'empiler : précarité, addictions, santé mentale. Ce mode de fonctionnement présente **l'avantage d'une grande souplesse**. Il permet aux médecins de choisir les thématiques sur lesquelles ils ont envie de s'investir, et de solliciter des professionnels qualifiés correspondants, auprès d'établissements spécialisés. Cependant, **cette approche n'est pas sans risque : elle peut être la cause d'une complexité excessive**, tant du point de vue organisationnel pour les MS, que de celui du sens que les médecins donnent à l'orientation en MS. Au vu de la multiplication des motifs d'inclusion en MS (précarité, addiction, et depuis peu, santé mentale), **on peut envisager d'aller vers des MS généralistes**. Si cette orientation généraliste des MS était retenue, celle-ci nécessiterait de recruter des professionnels aux compétences suffisamment diversifiées et de n'accueillir en MS que des patients dont les situations ne sont pas trop lourdes, les autres ayant vocation à être réorientés vers des structures spécialisées.

Les analyses donnent à voir **la nécessité d'une taille minimale pour les réseaux de MS**, qu'on peut estimer à **5 ou 6 MS par porteur**. Ce seuil apparaît comme celui qui permet aux structures porteuses, de disposer de ressources suffisantes pour la coordination administrative et l'accompagnement opérationnel, de pouvoir proposer des ETP significatifs aux professionnels, et ainsi limiter le *turn over* dans les MS, de faire apparaître une véritable dynamique de réseau entre les MS et enfin d'atteindre une certaine stabilité financière grâce à la péréquation entre les MS qui incluent peu, et celles qui incluent beaucoup.

L'intérêt de la pluriprofessionnalité ne fait aucun doute pour les médecins, intervenants sociaux et psychologues interrogés. Si dans l'ensemble, les équipes des MS ont chacune trouvé un équilibre convenable, **la coopération pourrait être mieux formalisée, et mieux outillée**. Une **procédure type (une proposition d'une trame a minima) de tenue des RCP commune à l'ensemble des MS** serait nécessaire. Elle inclurait un temps de RCP, une fréquence minimale, le contenu de ces séances, ainsi que les présences obligatoires et invitations éventuelles aux réunions.

Le développement de **la coordination médicale pourrait s'appuyer sur des postes dédiés**, au niveau régional ou départemental. La question des personnes qui assureront cette mission reste entière, surtout en cas de basculement vers des MS généralistes : le recrutement de médecins addictologues perdrait de son sens dans un tel contexte.

Enfin, si le modèle économique semble ajusté à l'exercice coordonné, les financements pourraient **mieux prendre en compte la coordination, et les contraintes logistiques et organisationnelles des professionnels intervenant en MSMA**.



L'évaluation des innovations organisationnelles vise à tester les potentialités et les conditions de leur passage à l'échelle. Selon le contexte de développement de ces innovations, les questions relatives à la généralisation du projet diffèrent.

Ainsi, on évalue la *transférabilité* d'une innovation lorsqu'on s'attache à déterminer si elle peut être reproduite dans des contextes géographiques, socio-économiques, politiques, différents de celui où l'innovation a été développée et expérimentée. L'expérimentation Equip’addict offre plusieurs prises au transfert : ce sera le premier point de cette partie.

La transférabilité est une condition nécessaire, mais non suffisante, au passage à l'échelle de l'innovation (Zamboni et al., 2019). Celui-ci exige en effet de prendre en compte les *stratégies* de généralisation, leur applicabilité et leur acceptabilité à grande échelle, ainsi que l'identification de freins et de leviers pour l'essaimage (Ibid.). Plusieurs outils d'analyse des innovations décomposent les conditions de transfert et de passage à l'échelle en critères de maturité ; parmi ceux-ci, les évaluateurs ont retenu la matrice de maturité des projets de la Haute Autorité de Santé,¹¹ qui présente l'avantage d'être adaptable aux terrains étudiés : y sont proposés des critères d'évaluation itérative, laissant la marge aux acteurs et aux évaluateurs d'identifier les items pertinents pour leur projet. En outre, elle est adaptée au contexte des soins primaires français. Pensée comme un référentiel pour une démarche qualité, la matrice est organisée autour de quatre axes (travail en équipe pluriprofessionnelle, système d'information, projet de santé et accès aux soins, implication des patients), eux-mêmes déclinés en plusieurs dimensions détaillées dans le deuxième point de cette partie, et associées à des recommandations pour la poursuite du passage à l'échelle.

IV.1. Transférabilité du dispositif

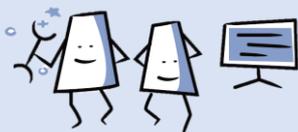
IV.1.1. Élargissement à d'autres territoires

L'expérimentation Equip’addict est aujourd'hui conduite dans 5 régions métropolitaines et 30 départements. La diversité du territoire français est bien représentée dans cet échantillon, avec des MSMA implantées en banlieue parisienne, au centre de capitales régionales, dans des bourgs ruraux et des villages plus ou moins isolés. Ces MSMA sont portées par 44 EMS distincts, dont certains appartiennent aux acteurs majeurs que sont l'Association Addictions France et la Fédération Addictions, d'autres à des réseaux plus modestes, et d'autres encore sont indépendants. La diversité des SSP apparaît également dans l'échantillon, entre les cabinets individuels et de groupe, les MSP ou PSP, et les centres de santé. Concernant les 339 médecins participants, ils n'apparaissent pas comme des militants ou des spécialistes de l'addictologie, confirmant la capacité du dispositif à intéresser un public médical large. Compte-tenu de ces éléments, la transférabilité ne soulève pas d'enjeux supplémentaires par rapport à la faisabilité. Elle apparaît donc satisfaisante, sous réserve des préconisations formulées ci-après.

IV.1.2. Élargissement à d'autres indications

Les MSMA se définissent comme un dispositif d'appui aux médecins généralistes face aux patients présentant des parcours complexes liés aux addictions. Mais d'autres

¹¹ Matrice disponible au lien https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel



situations existent où l'intervention coordonnée d'un psychologue et d'un travailleur social pourrait s'avérer bénéfique.

a. Précarité

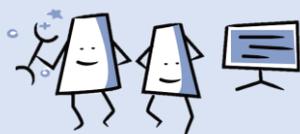
Les premières concernent la précarité, dont nous avons constatée qu'elle constitue l'objet historique de certaines MS, et qu'elle perdure peut-être aujourd'hui. Nous n'avons pas évalué la pertinence de cette approche, qui ne relève pas de ce rapport. Pour certains enquêtés, elle risque la redondance dans les territoires où interviennent déjà de nombreux dispositifs dédiés à la précarité, mais favorise aussi l'accessibilité et la coordination avec les médecins, comme peut en témoigner le cas de l'IdF : en Seine-Saint-Denis, les MS incluait principalement pour motif de précarité avant l'expérimentation Article 51.

b. Santé mentale

D'autres situations où les MS pourraient s'avérer bénéfiques concernent la santé mentale. Cette indication fait l'objet d'une seconde expérimentation Article 51, et sera discutée dans le rapport concerné.

c. Troubles fonctionnels

Au-delà des indications déjà pratiquées ou expérimentées, les MS pourraient s'avérer pertinentes face à un troisième type de problèmes de santé : les symptômes médicalement inexpliqués. Ces derniers sont ainsi qualifiés car il s'avère impossible d'identifier des lésions organiques ou des altérations physiologiques auxquelles les imputer, après les investigations appropriées. Ils sont dépourvus de substrat biologique objectivable et se manifestent seulement au travers de plaintes subjectives et de troubles fonctionnels (Cathébras, 2006; Creed et al., 2011). Ces symptômes apparaissent le plus souvent de manière sporadique et se résorbent spontanément : ils restent alors sans conséquence et constituent une sorte de bruit de fond clinique. Mais ils perdurent et prolifèrent parfois, avec un retentissement considérable pour les patients concernés. Cette situation est répandue, avec une prévalence estimée à 6 % de la population générale, et constitue un motif fréquent de recours aux soins. Elle est bien connue des cliniciens, que peuvent mettre en difficulté le temps élevé requis par ces patients, l'absence de traitement à leur proposer, leur détresse psycho-sociale évidente, ou encore le sentiment qu'ils font un usage illégitime du système de soins. Les médecins sont alors tentés, soit d'éviter les patients souffrant de symptômes médicalement inexpliqués, en allant jusqu'à des refus de soins, soit de répondre par la technicité, en multipliant des investigations complémentaires de pertinence discutable. Enfin, si les traitements aujourd'hui recommandés sont des thérapies comportementales et cognitives, celles-ci s'avèrent peu acceptables pour les patients, qui perçoivent leur prescription comme un déni de la réalité de leurs symptômes. Les MS permettraient de dénouer cette situation. Les médecins se trouveraient moins dépourvus face aux symptômes médicalement inexpliqués, pourraient conserver de meilleures relations avec les patients concernés, et les convaincre d'accepter un suivi psychologique. L'implication de travailleurs sociaux serait bienvenue face au retentissement de ces symptômes, qui engendrent souvent des conflits avec l'entourage et des difficultés à se maintenir dans l'emploi. Cela réduirait la pression sur le système de santé et les surcoûts engendrés par les symptômes médicalement inexpliqués, qui sont considérables (ils ont été estimés, aux États-Unis, à 256 milliards de dollars par an).



IV.2. Préconisations pour le passage à l'échelle

Étant donné que l'expérimentation Equip'addict visait déjà à tester le passage à l'échelle des MS, cette partie reprendra des éléments évoqués dans les résultats, notamment dans la discussion de la faisabilité du projet. **Mais il s'agira ici de repérer les éléments qui peuvent aider à poursuivre la maturation du projet.**

Ces éléments se déploient autour de trois axes thématiques :

- Le périmètre d'intervention des MSMA ;
- Les différents niveaux de coordination des MS ;
- Le financement du dispositif.

IV.2.1. Préciser le périmètre d'intervention des MSMA

Cette partie recouvre deux dimensions de la matrice de maturité. **L'implication des patients** semble satisfaisante. **L'axe relatif au projet de santé et à l'accès aux soins**, qui correspond à l'enjeu central de l'expérimentation, est convenable mais pourrait être encore perfectionnée, notamment en clarifiant les objectifs du développement régional des MSMA, et en proposant un ciblage plus net des populations éligibles à l'inclusion.

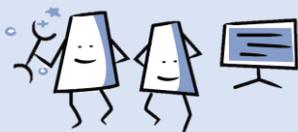
a. Étayer l'insertion des MSMA dans l'offre de soins régionale

Le format d'intervention, pensé sur le modèle de la prise en charge en CSAPA, est satisfaisant, comme l'ont montré les entretiens et les enquêtes de satisfaction menées auprès des patients, des médecins et des professionnels. L'implication des patients dans le dispositif ne pose pas de problème particulier, d'autant plus que la souplesse offerte dans la gestion des forfaits et le choix des motifs d'inclusion permet aux équipes de proposer des suivis adaptés aux besoins qu'elles identifient dans leur patientèle.

Concernant les enjeux nationaux de prise en charge des addictions, la pertinence du développement des MSMA n'est plus à démontrer. Par ailleurs, au niveau local, les équipes des MS ont bien adapté leur fonctionnement à l'offre de soins environnante. C'est le déploiement à l'échelle régionale qui a répondu à des stratégies différentes d'une région à l'autre. Si les ARS ont toutes opté pour des méthodes d'essaimage qui leur paraissaient opportunes, en termes d'objectifs ou de faisabilité, il reste que la politique de développement des MSMA pourrait encore être clarifiée.

D'abord, en étayant les objectifs prioritaires auxquels doit répondre la création des MSMA. En effet, l'amélioration du maillage territorial peut tout à la fois correspondre au besoin d'équiper des zones géographiques où l'offre de soin est très faible, voire inexistante ; mais elle peut aussi consister à améliorer l'accessibilité des soins dans des régions où les structures addictologiques sont saturées.

- Ces enjeux peuvent être articulés ou tenus ensemble dans les régions. Cependant, identifier des ambitions prioritaires peut faciliter la coordination et la prise de décision.
- Éclairer et harmoniser les politiques régionales de déploiement des MSMA pourrait permettre, à terme, d'inclure les MSMA dans les projets de santé des MSP et des CPTS, les contrats locaux de santé mentale à large échelle ce qui n'a pas encore pu être fait.



L’autre composante du périmètre d’intervention des MS qui gagnerait à être stabilisée, est le ciblage des populations. Il a déjà été suggéré dans les résultats de l’évaluation que la notion de complexité des patients pouvait être reformulée en complexité des parcours de soins, afin d’objectiver la complexité. L’amélioration du maillage territorial est un facteur de réduction de la complexité exogène aux problématiques addictologiques, tout comme la formation des médecins, la promotion de la coordination entre les professionnels des SSP, etc. Mais les situations d’addiction présentent également une complexité endogène, à laquelle répond en partie la prise en charge en MS, en proposant une prise en charge pluriprofessionnelle des patients.

Une difficulté s’ajoute cependant dans les MS d’Equip’addict, et s’est accentuée avec l’expérimentation Post-Covid : la multiplication des motifs d’inclusion en MS (addiction, précarité, santé mentale), couplée à la porosité des catégories diagnostiques en santé mentale, peut constituer un frein à la lisibilité du dispositif. On peut donc s’interroger sur le ciblage des pathologies, et le choix d’élargir ou de restreindre les critères d’inclusion en MS.

b. Proposer des MS généralistes ?

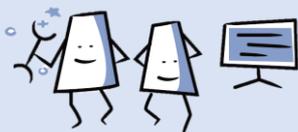
Les MS fonctionnent actuellement sur la base d’une approche par briques thématiques, que les acteurs sont libres d’empiler : précarité, addictions, santé mentale. Ce mode de fonctionnement présente l’avantage d’une grande souplesse. Il permet aux médecins de choisir les thématiques sur lesquelles ils ont envie de s’investir, et de solliciter des professionnels qualifiés correspondants, auprès d’établissements spécialisés.

Cependant, cette approche n’est pas sans risque : elle peut être la cause d’une complexité excessive, tant du point de vue organisationnel pour les MS, que de celui du sens que les médecins donnent à l’orientation en MS.

Tout d’abord, l’organisation de l’activité dans des MS mixtes peut rencontrer plusieurs obstacles : si dans une même SSP, doivent intervenir des professionnels du secteur addictologique (détachés par un CSAPA ou un CAARUD, par exemple), des professionnels de la psychiatrie (détachés par un CMP, par exemple), des intervenants sociaux sur les questions de précarité, eux-mêmes venant encore de structures différentes (collectivités locales, etc.), la multiplication des interlocuteurs qui en résulte peut représenter un frein au déploiement des MS. Par ailleurs, la gestion des temps de travail, combinée à l’attribution de locaux dédiés aux MS, peut également représenter une charge de travail excessive. L’équilibre financier devant être surveillé pour chaque type d’orientation (addiction, santé mentale, précarité), notamment à travers la gestion des files actives, la question des financements sera elle aussi alourdie dans les MS mixtes.

En outre, ce format mixte risque d’engendrer un problème de lisibilité pour les médecins, déjà sensible actuellement : ils partagent leurs incertitudes sur les motifs d’inclusion appropriés dans les MS mixtes, face à des patients dont les problématiques sont multiples.

Si les MS doivent étendre leur activité à d’autres champs que celui de la seule addictologie, il semble préférable de proposer des MS généralistes, susceptibles



d'intervenir sur les principales situations complexes rencontrées en médecine générale – cette suggestion allant dans le sens de ce qu'envisagent certains porteurs et coordonnateurs. Cette solution supposerait :

- De recruter des professionnels aux compétences suffisamment diversifiées pour traiter à la fois les questions d'addiction, de santé mentale et de précarité ; il est possible que cela nécessite de développer des formations adéquates.
- De n'accueillir en MS que des patients dont les situations ne sont pas trop lourdes, les autres ayant vocation à être réorientés vers des structures spécialisées.

Elle aurait l'avantage de faciliter le recours aux MS par les médecins, en les déchargeant de l'évaluation précise de critères d'inclusion en MS, et de permettre l'accroissement des files actives, dont on a pu voir qu'il n'est pas sans obstacles, en particulier dans les zones rurales. Elle pourrait également faciliter le recrutement de professionnels pour intervenir en MS, en leur offrant des tâches diversifiées et intéressantes, auprès de publics peu rencontrés dans les structures spécialisées.

IV.2.2. Consolider les coordinations existantes

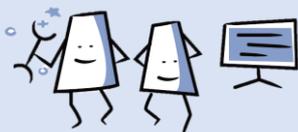
La coordination administrative des MSMA est jugée satisfaisante dans le rapport ; c'est une dimension du travail en équipe pluriprofessionnelle bien avancée dans l'expérimentation. A l'échelle des régions et au niveau interrégional, cependant, la question du modèle de coordination pour lequel opter se pose encore. En outre, si **la dynamique d'équipe** représente un véritable atout des MSMA, elle est aussi une condition indispensable à leur bon fonctionnement, et mérite donc d'être encouragée. Enfin, les différents modes de coordination prenant nécessairement appui sur un **système d'information**, il est utile de veiller à ce qu'il soit adapté aux pratiques et aux usages des acteurs.

a. Asseoir les niveaux de coordination

Le rapport montre que les coordinations administratives, quoiqu'elles prennent des formes variées d'une région à l'autre, sont satisfaisantes dans l'ensemble. Le lien avec les acteurs du territoire est assuré dans toutes les régions, même si la remontée des données semble encore perfectible. Il s'agirait désormais de retenir les modalités les plus faciles à généraliser aux régions où les réseaux de MS sont inexistantes, en fonction des objectifs retenus pour le déploiement des MS.

En l'occurrence, les exemples de la BFC et de l'Occitanie pourront être des points de départ intéressants pour penser la coordination administrative des MS. Dans les deux régions, le choix a été fait de confier le développement des MS à des associations fédérant les professionnels : médecins libéraux pour la BFC (FeMaSCo), professionnels du médico-social pour l'Occitanie (2PAO, Addictions France). En BFC, c'est également la FeMaSCo qui s'est chargée d'organiser la coordination administrative.

Faire porter la coordination par des associations ou des réseaux de MS pourrait être la solution la plus opératoire, tout particulièrement si le choix est fait d'opter pour des MS généralistes : cela impliquerait de renoncer à faire porter les MS par des établissements spécialisés, sans quoi ceux-ci seraient contraints de sortir de leur périmètre légitime d'intervention.



Cette nouvelle coordination conduirait à autonomiser les MS, portées par des réseaux indépendants qui pourraient assumer leur vocation généraliste, tout en assurant efficacement l'accompagnement spécifique qu'elles nécessitent. En outre, on peut supposer que faire le choix d'autres porteurs pourrait limiter les difficultés de gestion RH rencontrées par les porteurs actuels.

Cette solution paraît préférable à la récupération du portage MS par d'autres structures comme les CPTS ou les DAC, qui risquent toujours d'imposer leurs propres thématiques et priorités au détriment de la vocation généraliste des MS, ou comme les MSP, qui paraissent trop locales.

En effet, le rapport a pointé la nécessité d'une taille minimale pour les réseaux de MS, qu'on peut estimer à 5 ou 6 MS par porteur, pour différentes raisons. Ce seuil apparaît comme celui qui permet aux structures porteuses :

- De disposer de ressources suffisantes pour la coordination administrative et l'accompagnement opérationnel ;
- De pouvoir proposer des ETP significatifs aux professionnels, et ainsi limiter le *turn over* dans les MS ;
- De faire apparaître une véritable dynamique de réseau entre les MS ;
- D'atteindre une certaine stabilité financière grâce à la péréquation entre les MS qui incluent peu, et celles qui incluent beaucoup.

Ces réseaux de MS auraient toujours vocation à être fédérés par la CNRMS, comme aujourd'hui, pour assurer la cohérence nationale du dispositif.

Dans tous les cas, on repère la nécessité de repenser le système d'information. Qu'il s'agisse d'une refonte de Maia, ou du choix d'un autre logiciel, celui-ci devra permettre :

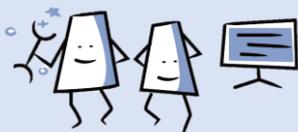
- De transmettre informatiquement les données de facturation aux coordonnateurs ;
- De gérer les agendas des professionnels ;
- De communiquer entre acteurs des MS.

Car la faible performance du système d'information actuel, décelable dans la qualité toute relative des données de facturation et des données de suivi, n'est pas seulement un frein à l'évaluation : elle peut alourdir la charge administrative des acteurs de terrain, et constituer un frein au développement des dynamiques d'équipe, qui méritent d'être soutenues.

b. Renforcer les dynamiques de coopération

L'intérêt de la pluriprofessionnalité ne fait aucun doute pour les médecins, intervenants sociaux et psychologues interrogés. Toutefois, la coopération entre les professionnels rencontre quelques obstacles. Elle a tout intérêt à être renforcée, à la fois pour permettre l'efficacité de la prise en charge, et pour permettre la pérennité du dispositif en proposant des conditions d'exercice attrayantes pour les professionnels.

Si dans l'ensemble, les équipes des MS ont chacune trouvé un équilibre convenable, la coopération pourrait être mieux formalisée, et mieux outillée.



Tout d'abord, les RCP ont bien lieu dans les MS, mais leur fréquence et leur usage varie grandement d'une région à l'autre. Il s'agirait de proposer une base commune minimale à l'ensemble des MS, concernant la tenue des RCP : elle inclurait un temps de RCP, une fréquence minimale et le contenu de ces séances (discussion de cas, organisation des prises en charge, échanges autour de l'organisation de la MS), ainsi que les présences obligatoires et invitations éventuelles aux réunions.

Ce protocole minimal pour les RCP viserait à réduire les écarts entre les cultures professionnelles, observables sur le terrain : les professionnels du soin psychologique et de l'accompagnement social ont fait remonter la difficulté à travailler en équipe, lorsque les médecins sont plus habitués aux échanges informels.

- Une autre piste pour fluidifier les échanges pluriprofessionnels serait de rendre possible les rencontres informelles, en faisant en sorte que les psychologues et les intervenants sociaux soient présents sur les mêmes plages horaires dans une même MS, et suffisamment longtemps pour y croiser les médecins. Ceci supposerait de trouver des locaux adéquats.

L'échange d'informations entre les professionnels intervenant en MS recouvre plusieurs domaines :

- Le partage des informations sur les patients et leur suivi ;
- La facturation des consultations ;
- La prise de rendez-vous.

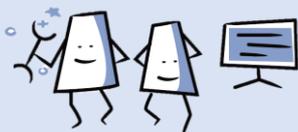
Pour l'instant, la solution logicielle retenue semble insatisfaisante. Il pourrait être opportun de penser une solution séparée pour les prises de rendez-vous et la facturation, qui puisse soit s'insérer aux logiciels métier des MSP, soit être une plateforme séparée. Ceci appellerait un travail juridique, au niveau national ou interrégional, pour harmoniser les pratiques autour du partage d'information, dont les modalités sont très différentes d'une MS à l'autre.

c. Permettre le transfert des compétences

Si la coordination administrative des MS ne semble pas poser de problème majeur pour la généralisation du dispositif, il est plus difficile de conclure sur la coordination médicale. L'enquête montre que la participation de médecins spécialistes (addictologues, psychiatres) aux RCP est très bénéfique pour les médecins généralistes et pour les professionnels. Mais cette coordination médicale est encore flottante, et les formations proposées par la CNRMS ont été peu suivies.

Le développement de la coordination médicale pourrait s'appuyer sur des postes dédiés, au niveau régional ou départemental. La question des personnes qui assureront cette mission reste entière, surtout en cas de basculement vers des MS généralistes : le recrutement de médecins addictologues perdrait de son sens dans un tel contexte.

Éventuellement, le recrutement de médecins généralistes expérimentés sur la gestion de « cas complexes » pourrait être opportun, mais il resterait alors à définir les critères pour évaluer leur légitimité d'intervention.



Une alternative serait de construire un réseau de référents, à l'échelle des réseaux de MS ou de la CNRMS, mobilisables ponctuellement par les équipes, au moment où elles identifient des difficultés spécifiques qui pour autant, ne justifient pas une orientation hors MS.

IV.2.3. Assurer la soutenabilité des MSMA

La matrice de maturité ne mentionne pas les financements de projet : elle ne peut s'appliquer que dans le cadre d'un **modèle économique viable**. Il est donc nécessaire, pour assurer la pertinence du projet, d'aborder la question des financements. Elle concerne les prises en charge d'une part, et les frais relatifs à la coordination d'autre part.

a. Évaluer les besoins de coordination

Les résultats du rapport concernant la faisabilité montraient que la coordination avait été sous-évaluée, et nécessitait plus de temps que prévu initialement.

Les coordinations administrative et médicale, au niveau des réseaux porteurs des MS, bénéficieraient d'être prises en charge dans des postes dédiés. S'il est difficile d'estimer un temps de coordination médicale au regard des données disponibles, on peut jauger un temps de coordination administrative. Dans tous les cas, la rémunération forfaitaire semble insuffisante. Pour apporter la stabilité nécessaire à l'efficacité de la gestion administrative et de l'accompagnement opérationnel des MS, le renoncement aux forfaits, au profit d'une dotation fixe, semble plus adapté. Cette dotation pourrait être calculée sur la base d'un ETP pour un coordonnateur senior, en charge de la coordination de 12 à 15 MSMA déjà en fonctionnement, et qui ne soient pas trop dispersées.

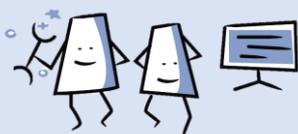
b. Adapter les forfaits aux conditions d'exercice en MS

La coordination entre professionnels, quant à elle, peut être prise en charge dans le forfait, tant qu'elle répond aux exigences logistiques du fonctionnement des MS : occupation des locaux, prise en charge des déplacements, temps de RCP.

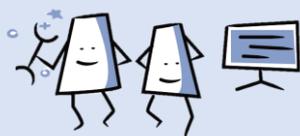
L'élargissement du périmètre d'intervention des MS à l'ensemble des situations complexes rencontrées en médecine générale rend difficile la détermination d'un forfait type, qui pourrait convenir à toutes les situations. Une possibilité pour apporter davantage de souplesse serait de prévoir plusieurs forfaits, en distinguant :

- **Un forfait d'inclusion** dans la MS, couvrant une consultation longue par le médecin et une première consultation commune par les deux professionnels, qui n'aurait vocation à être renouvelé que lorsqu'un patient change de MS.
- **Un forfait d'accompagnement renouvelable** jusqu'à deux fois par an, en fonction des besoins des patients, et comprenant 5 consultations psychologiques et 3 consultations d'accompagnement social. Ce forfait inclurait la participation aux RCP.

La prise en charge des frais de transport des professionnels se déplaçant en MS nécessiterait une expertise spécialisée. En effet, l'enquête auprès des EMS visait, entre autres, à recueillir des données sur les modes et les temps de trajets des professionnels intervenant en MS, mais le faible taux de réponse à l'enquête empêche



de produire une estimation du coût de ces trajets : les situations d'un EMS à l'autre, et d'une région à l'autre, sont trop disparates pour s'autoriser à généraliser à partir de données incomplètes.



Conclusion générale

L’expérimentation Equip’Addict vise à améliorer quantitativement et qualitativement la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives, par la création de structures pluriprofessionnelles souples en appui au médecin traitant.

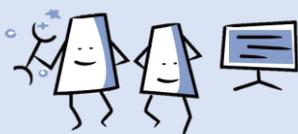
L’évaluation mobilisant des approches méthodologiques mixtes, à la fois quantitatives et qualitatives a permis de démontrer la grande satisfaction des médecins, professionnels psychologues et travailleurs sociaux, et patients à l’égard du dispositif. Il est indéniable que les MSMA favorisent l’accès aux soins pour un public qui ne peut pas ou ne souhaite pas aller en structures spécialisées de type CSAPA ou CAARUD, ou hospitaliers. Les MSMA jouent un rôle essentiel en participant à offrir des soins accessibles et adaptés, et ce, quelle que soit la proximité des établissements spécialisés.

Le travail en équipe pluridisciplinaire constitue l’une des forces du dispositif. Cette approche collaborative s’avère essentielle pour relever les difficultés auxquelles les médecins peuvent être confrontés lorsqu’ils accompagnent des patients dont les besoins dépassent leurs compétences et leurs ressources individuelles. La structure offre la possibilité de développer une prise en charge plus globale et adaptée des conduites addictives. Cette synergie d’expertises et de ressources permet en fin de compte d’obtenir des résultats plus efficaces auprès des patients.

Les patients expriment pour leur part, l’importance de l’approche empathique et sans jugement de leurs comportements portée au sein des MSMA, associée à la proximité des structures de leur domicile ou de leur lieu de travail, ainsi qu’à un espace d’accueil perçu comme rassurant et protecteur. Ainsi, au-delà des avantages pour les professionnels, les MSMA répondent également à un besoin essentiel des patients, en quête de compréhension, de commodité et d’un sentiment de sécurité dans leurs parcours de soins et parcours de vie. A cet égard, le déploiement à grande échelle du dispositif Equip’Addict s’intègre pleinement aux approches dites de réduction des risques, promouvant la suspension du jugement moral sur les personnes ayant des conduites addictives et une prise en charge de proximité permettant d’atteindre les personnes à proximité de leurs milieux de vie.

La pluriprofessionnalité des MSMA, ainsi que la position qu’elles occupent, à l’interface des SSP et des EMS, rendent les enjeux de coordination particulièrement cruciaux. Afin de pouvoir fonctionner de manière pérenne, il apparaît nécessaire que les équipes pluridisciplinaires puissent partager leurs expertises et expériences afin de garantir la continuité des parcours de soin et leurs ajustements suivant l’évolution des situations des patients, que des relations soient instituées avec les établissements spécialisés, afin de participer à l’actualisation des connaissances et des compétences des médecins et professionnels, ainsi que de faciliter l’orientation des personnes nécessitant une prise en charge plus adaptée, qui dépasse l’offre de soins proposé par les MSMA.

Sur ce point, les nombreuses difficultés soulevées tout au long de l’expérimentation rendent compte de la nécessité d’accroître les ressources attribuées aux structures. Le recrutement de coordinateur, une formalisation accrue des missions de coordination, ainsi que la formation des médecins et professionnels au travail en



équipe apparaissent comme indispensables pour garantir la généralisation et la pérennité du dispositif Equip'Addict.

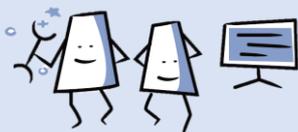
Ces enjeux de coordination sont d'autant plus importants que se pose la question d'élargir l'activité des MS à d'autres champs que celui de la seule addictologie. A bien des égards, une approche transdisciplinaire au sein de laquelle la thématique addiction se voit associer à d'autres domaines d'expertise telle que la précarité, ou encore la santé mentale apparaît comme porteuse de nombreux avantages.

En effet, outre les facteurs liés aux produits, l'addictologie s'attache, depuis maintenant une vingtaine d'années, à mettre de plus en plus l'accent sur le rôle des facteurs individuels et environnementaux dans le développement et la poursuite de conduites addictives. Les études ont notamment attiré l'attention sur l'influence des déterminants sociaux, tel que le statut social. Il apparaît aujourd'hui évident que des interactions complexes lient les situations de précarité et les conduites addictives (Jauffret-Roustide, 2016). Les établissements spécialisés rendent compte qu'un nombre conséquent des personnes confrontées à de graves problèmes sociaux sont également aux prises avec des problèmes de dépendance. Le fonctionnement cloisonné des secteurs de l'inclusion sociale et de l'addictologie peut conduire à des difficultés dans la prise en charge de patients confrontés à des situations complexes. Les défis liés à la coordination efficace de l'accompagnement des personnes entre les secteurs de l'addictologie et de l'inclusion sociale, se posent également avec le secteur de la santé mentale. Les études mettent en évidence la cooccurrence notable entre les conduites addictives et les troubles mentaux (Dervaux, 2017).

La diversification des publics pris en charge au sein des MSMA, nécessite non seulement une coordination professionnelle et institutionnelle globale, mais aussi la mise en place de processus de formation et de coordination formels et récurrents. L'objectif étant de s'assurer que les personnes reçoivent les soins nécessaires pour répondre efficacement aux situations complexes mêlant des problématiques d'addiction, d'inclusion sociale, et/ou de santé mentale.

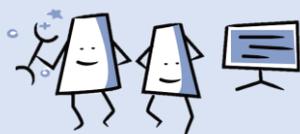
Les MS participeraient alors du développement d'une offre de soins s'inscrivant dans une perspective globale, impliquant la prise en compte de l'interdépendance des aspects biologiques, psychologiques et sociaux dans les comportements addictifs. L'offre de soins prend en compte le cadre large des facteurs de risque contribuant aux comportements addictifs et à leurs conséquences sur la santé et le bien-être des individus. Cette reconnaissance des multiples dimensions intervenant dans les conduites addictives exige un haut degré de coordination entre les praticiens de santé possédant des expertises distinctes mais complémentaires : médecins, addictologues, psychiatres, psychologues, infirmiers, intervenants sociaux, pairs aidants, etc.

Bien que dotée d'atouts indéniables, cette approche n'est cependant pas sans risque. Elle peut être la cause d'une complexité excessive, tant du point de vue organisationnel pour les MS, que de celui du sens que les médecins donnent à l'orientation en MS. L'évaluation de l'expérimentation Microstructures Post-Covid permettra d'approfondir le sujet. Il s'agira alors d'examiner la pertinence du développement de MS généralistes, comparativement à une approche segmentée des compétences des MS, qui distinguerait les questions de précarité, de santé mentale et d'addiction.



Références

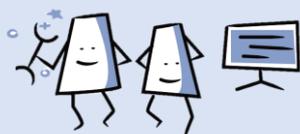
- Accessibilité potentielle localisée—DREES. (s. d.). Consulté 28 septembre 2023, à l'adresse <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>
- Barreyre, J.-Y. (2020). Les situations dites complexes : Une priorité de l'action sanitaire et sociale. *Les Cahiers de l'Actif*, 526-527(3-4), 29-43. <https://doi.org/10.3917/caac.526.0029>
- Bergeat, M., Chaput, H., Verger, P., & Scronias, D. (2021). Confinement de novembre-décembre 2020 : Une hausse des demandes de soins liés à la santé mentale. *Etudes & Résultats*, 1186, Article 1186.
- Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Gérome, C., Martinez, M., Milhet, M., Detrez, V., & Adès, J.-É. (2020). 1999-2019 : Les mutations des usages et de l'offre de drogues en France vues au travers du dispositif TREND de l'OFDT (p. 72). OFDT. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxac2a9.pdf>
- Dervaux, A. (2017). 14. Addictions et comorbidités psychiatriques. In *Pratiques cliniques en addictologie* (p. 119-133). Lavoisier. <https://www.cairn.info/pratiques-cliniques-en-addictologie--9782257206749-p-119.htm>
- Di Nino, F., Imbs, J.-L., Melenotte, G.-H., le réseau RMS, & Doffoël, M. (2009). Dépistage et traitement des hépatites C par le réseau des microstructures médicales chez les usagers de drogues en Alsace, France, 2006-2007. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 37, 400-404.
- Gandilhon, M., & Cadet-Taïrou, A. (2015). Les usages de drogues en espace rural. Populations, marchés, réponses publiques. *Tendances*, 104, 4.
- Haute Autorité de Santé. (s. d.). *Matrice de maturité en soins primaires : Présentation du référentiel*. Haute Autorité de Santé. Consulté 28 septembre 2023, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentacion-du-referentiel
- Hédelin, G. (2004). *Les microstructures médicales. Evolutions à 24 mois des scores du questionnaire ASI* (p. 68). Université Louis Pasteur.
- Jauffret-Roustide, M. (2016). 27. Les déterminants sociaux des addictions. In *Traité d'addictologie: Vol. 2e éd.* (p. 241-244). Lavoisier. <https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-p-241.htm>
- Midy, F. (2003). Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières. Revue de la littérature 1970-2002. *Questions d'économie de la santé*, 65, Article 65.
- Mordohay, F.-O. (2018). *Evaluation-Action des microstructures et du processus de création de microstructures à Pierrefitte-sur-Seine* (p. 60). Effect If P.
- NHS England Strategic Communications. (2018). *Guidance on co-locating mental health therapists in primary care* (p. 12). NHS.
- Palle, C. (2021). Les personnes accueillies dans les CSAPA. Situation en 2019 et évolution 2015-2019. *Tendances*, 146, 6.
- Riou, L., Velpry, L., Benamouzig, D., & Launois, R. (2008). *Démarche qualité et accompagnement des soins aux usagers de drogues. DEQUASUD* (p. 263). OFDT.
- Rolland, B., Haesebaert, F., Zante, E., Benyamina, A., Haesebaert, J., & Franck, N. (2020). Global Changes and Factors of Increase in Caloric/Salty Food Intake, Screen Use, and Substance Use During the Early COVID-19 Containment Phase in the General Population in France : Survey Study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(3), Article 3. <https://doi.org/10.2196/19630>
- Weill, A., Drouin, J., Desplas, D., Cuenot, F., Dray-Spira, R., & Zureik, M. (2020). *Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 13 septembre 2020. Étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS* (4; Numéro 4, p. 383). EPI-PHARE / GIS ANSM - CNAM.
- Zamboni, K., Schellenberg, J., Hanson, C., Betran, A. P., & Dumont, A. (2019). Assessing scalability of an intervention : Why, how and who? *Health Policy and Planning*, 34(7), 544-552. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz068>



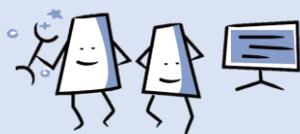
Annexes

Liste des MSMA en activité en septembre 2023

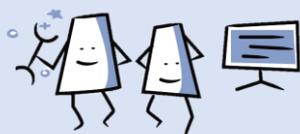
	Nom de la MSMA	Commune
Bourgogne-Franche-Comté	MSP Beaune Santé	Beaune
	MSP Boucicaut	Chalon-sur-Saône
	MSP Isle Santé	Isle-Sur-Le-Doubs
	MSP du Pays Charitois	La Charité-Sur-Loire
	Pôle de santé de Levier	Levier
	MSP Esculape	Montceau-Les-Mines
	MSP Bernard Forestier	Noidans-Le-Ferroux
	MSP La santé sur le Plateau	Orgelet
	MSP Avicenne-Rigney	Rigney
	MSP Saint-Amour	Saint-Amour
	MSP de Puisaye Forterre	Saint-Sauveur-En-Puisaye



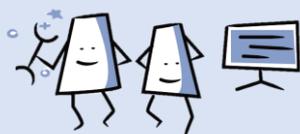
	Nom de la MSMA	Commune
Grand Est	MSMA Arches	Arches
	Microstructure d'Auxon	Auxon
	Dr Ubersfeld	Baccarat
	MSP Bar sur Seine	Bar Sur Seine
	Dr Laruelle	Bénaménil
	Dr Gutekunst	Bischwiller
	Dr Royer	Blénod-Lès-Pont-à-Mousson
	Microstructure de Charleville	Charleville
	MSP Fréland	Fréland
	Microstructure de Givet	Givet
	Dr Thouvenin	Haroue
	Microstructure d'Heimsbrunn	Heimsbrunn
	Dr Wack	Hochfelden
	Dr Lievin	Jarville
	Microstructure Lingolsheim	Lingolsheim
	MSMA de Montigny-lès-Metz	Montigny-lès-Metz
	Morhange	Morhange
	MS Mulhouse	Mulhouse
	Dr Merlin	Nancy
	Dr Tenenbaum	Nancy
	Maison Médicale St Antoine	Neuves Maisons
	MSP d'Orbey	Orbey
	Dr D'Humieres	Orgeval
	MS de Rambervillers	Rambervillers
	Sarralbe	Sarralbe
	Stiring-Wendel	Stiring-Wendel
	Drs Feltz et Muller	Strasbourg
	Drs Grislin et Giacomini	Strasbourg
	MS Hautepierre	Strasbourg
	MS Neuhof	Strasbourg
	MUS de l'III	Strasbourg
	Microstructure de l'Elsau	Strasbourg
	Microstructure de la Bruche - Montagne Verte	Strasbourg
	Dr Bouzidi	Thann
Dr Leveque	Thann	
MSMA Thaon Les Vosges	Thaon Les Vosges	
MSP de Tomblaine	Tomblaine	
MSP de Vézelize	Vézelize	
Dr Formery	Ville	
MSMA de Volkrange	Volkrange	
Drs GANIER, OTT et OEHLER	Wisches	



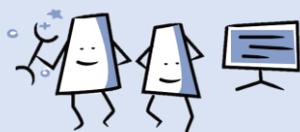
	Nom de la MSMA	Commune
Hauts-de-France	Dr Thomas	Ailly-sur-Noye
	MSP Ailly-sur-Noye	Ailly-sur-Noye
	MSP Airaines	Airaines
	Dr De Sa	Anor
	MSP de Beaufeuvois	Beaufeuvois
	MSP Beauval	Beauval
	MSMA de Bury	Bury
	MSP Corbie	Corbie
	MSP Crécy-en-Ponthieu	Crechy-En-Ponthieu
	Dr Collery Jean Michel	Fourmies
	MSP Gouzeaucourt	Gouzeaucourt
	MSP Champagne-Picardie	Guise
	MSP Hangest-en-Santerre	Hangest-en-Santerre
	Dr Chilro	La Capelle
	MSP Les Hirondelles	La Nouvion-en-Thiérache
	MSP Lœuilly	Lœuilly
	MSP Longpré-les-corps-saints	Longpré-Les-Corps-Saints
	MSP Marly	Marly
	MSP Oisemont	Oisemont
	MSP Poix-De-Picardie	Poix-De-Picardie
	MSP Quevauvillers	Quevauvillers
	MSP des Vignes	Saint Just en Chaussée
	MSP Médicentre	Saint-Quentin
	Dr Catry	Trélon
	MSP Les Remparts	Vervins
	MSP Villers-Outréaux	Villers-Outréaux



	Nom de la MSMA	Commune
Ile-de-France	MSP Lamy	Aubervilliers
	CMS Bagnolet	Bagnolet
	MSP Bagnolet	Bagnolet
	MSP EPINAY	Epinay
	MSP Fontainebleau	Fontainebleau
	CMS Daniel Renoult	Montreuil
	CMS Savattero	Montreuil
	MSPU Nemours	Nemours
	MSP Pantinoise	Pantin
	CMS Sainte Marguerite	Pantin
	MS Les Joncherolles	Pierrefitte
	Arhan	Pussay
	D'Humieres	Pussay
	CMS Saclas	Saclas
	La Sausaie	Saint Denis
	ACSBE	Saint Denis
	CMS Henri Barbusse	Saint Denis
	CMS Saint-Fargeau-Ponthierry	Saint-Fargeau-Ponthierry
	CMS Villejuif	Villejuif
	MSP Léo Lagrange	Villejuif
CMS Vitry	Vitry	



	Nom de la MSMA	Commune
Occitanie	MSMA Cantepeau	Albi / Cantepeau
	Ayzac Ost	Ayzac-Ost
	MSMA Bessèges	Bessèges
	MSP Espéraza	Espéraza
	MSMA Gramat	Gramat
	MSP Labastide Sérrou	La Bastide-de-Sérrou
	MSP La Grand-Combe	La Grand-Combe
	MSMA Laguiole	Laguiole
	MSMA Collet de Dèze	Le Collet-de-Dèze
	MSP Leuc	Leuc
	MSMA Saint-Just	Lunel / Saint-Just
	MSP Seix-Massat	Massat / Seix
	MSMA de Mauvezin	Mauvezin
	MSMA Montech	Montech
	MSMA Nailloux	Nailloux
	MSMA Nogaro	Nogaro
	MSMA de Perpignan	Perpignan
	MSP Pézenas - Tourbes	Pézenas / Tourbes
	MSMA Pins-Justaret	Pins-Justaret
	MSMA Réalmont	Réalmont
	MSMA Rieux-Volvestre	Rieux-Volvestre
	MSMA Sainte-Geneviève-sur-Argence	Argences-en-Aubrac
	MSP Saint-Jean-du-Gard	Saint-Jean-du-Gard
	MSMA Saint-Laurent-de-Neste	Saint-Laurent-de-Neste
	MSP Saint-Paul-de-Fenouillet	Saint-Paul-de-Fenouillet
	MSMA Samatan	Samatan
	MSMA Tarascon	Tarascon-sur-Ariège
	Pôle de Santé de la Reynerie	Toulouse / La Reynerie
	MSMA Multisite Tuchan-Salses-Fitou	Tuchan / Salses-Fitou



Synthèses régionales

Bourgogne-Franche-Comté

Données

Entretiens

- Porteurs
 - Cécile Lumière, direction de l'innovation, ARS
- Coordinateurs
 - Chloé Martin, coordinatrice administrative pour la FeMaSCo-BFC
 - Dr Bernard Caule, coordonnateur médical pour la FeMaSCo-BFC et médecin généraliste en MS
- Acteurs
 - Un directeur d'EMS
 - Un médecin généraliste et un travailleur social
 - Deux patients

Études de cas : 2 en 2023

Questionnaires EMS : 3 réponses

Avancement de l'expérimentation au printemps 2023

- ❖ Nombre de MS : 11 en activité + 1 fermée
- ❖ Dates d'ouverture : 1 MSMA préexistante à l'expérimentation, 7 ouvertes en 2020, 3 en 2021, 1 en 2023
- ❖ Répartition géographique : entre 1 et 3 dans chaque département, sauf le territoire de Belfort
- ❖ Structures porteuses : exclusivement des MSP
- ❖ EMS de rattachement : 10, soit 1,1 MSMA par EMS
- ❖ Professionnels :
 - 11 médecins, soit 1 par MSMA
 - 11 psychologues dont 6 libéraux
 - 11 travailleurs sociaux
- ❖ Files actives : nc

Modalités de déploiement

L'ARS a pris plusieurs décisions, en lien avec ses partenaires :

1. Répartir les MS entre des EMS appartenant aux principaux opérateurs addictologiques (l'association Addictions France, la Fédération Addictions, etc.).
2. Mobiliser seulement des MSP, c'est-à-dire des équipes de soins primaires disposant déjà d'une culture de la pluri-professionnalité.
3. Confier la coordination de l'expérimentation à la FeMaSCo-BFC, qui fédère la quasi-totalité des quelques 120 MSP de la région, parmi d'autres formes d'exercice coordonné. Il s'agissait de partir de la médecine de ville, dont l'implication semblait moins acquise que celle du secteur médico-social, en s'assurant que le dispositif proposé réponde bien aux besoins ou attentes des médecins généralistes.



4. Apporter un financement complémentaire de 30 k € (revalorisé à 33-34 k€ pour 2023) pour permettre à la FeMaSCo-BFC de consacrer un quasi-ETP à la coordination administrative.
5. N'autoriser la participation que d'un médecin par MSP.
6. Privilégier les psychologues libéraux exerçant déjà en MSP, par rapport à ceux des CSAPA, pour répondre aux attentes des acteurs de terrain et favoriser la proximité.
7. Éviter que des professionnels ne soient détachés dans plusieurs MS, pour prévenir tout risque de dispersion.
8. Cibler les zones rurales, tout en respectant un certain équilibre entre la Bourgogne et la Franche-Comté, afin d'améliorer le maillage territorial.

Concernant MS post-covid, l'approche retenue consiste à partager la coordination administrative avec Equip’addict en séparant les MS relevant de l’une ou l’autre de ces expérimentations.

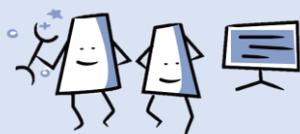
Constitution des MS

La publication d'un appel à candidatures à l'automne 2019 s'est accompagnée d'un démarchage de la FeMaSCo-BFC auprès de ses MSP adhérentes, en ciblant les zones rurales. Le coordonnateur médical est intervenu auprès des équipes pressenties, pour les rassurer en témoignant de son expérience et de ses pratiques : il a longtemps travaillé en CSAPA, a installé une MS dans sa MSP il y a plusieurs années, connaît très bien la CNRMS... Simultanément, les acteurs addictologiques régionaux ont démarché les EMS. L'antériorité des MS dans le Grand Est a permis d'apporter des arguments pour les convaincre de s'impliquer.

Les équipes candidates ont reçu une formation facultative en mars 2020, juste avant le premier confinement, concernant l'historique et le fonctionnement des MS, ainsi que l'utilisation du logiciel Maia. Mais l'épidémie de Covid-19 a contrarié l'ouverture des MS et les équipes se sont un peu démobilisées, en l'absence de consignes de l'ARS – qui attendait la signature de la convention de financement. Les MS ont finalement commencé à inclure à la mi-novembre, le temps d'instaurer le circuit de facturation. Trois MS supplémentaires ont ouvert en 2021 : elles correspondent aux équipes s'estimant moins matures, ayant souhaité attendre un an (comme le proposait l'appel à candidatures) avant de démarrer. La même formation leur a été proposée, en mars 2021, mais en distanciel : elle s'est avérée moins chaleureuse, et sans doute moins efficace que la précédente. Le coordonnateur médical juge ces formations essentielles. Elles permettent d'insister sur la notion d'équipe, de faire comprendre que les MS ne constituent pas des consultations avancées où chaque professionnel travaille de son côté. Par ailleurs, il est motivant pour les équipes de se rencontrer.

Par la suite, une MS a fermé en 2022 : le médecin est parti à la retraite, son successeur n'a pas souhaité reprendre le projet, ni ses confrères de la MSP, tandis que le psychologue libéral était peu impliqué... Cette MS n'avait jamais vraiment fonctionné ; rétrospectivement, elle n'aurait peut-être pas mérité d'ouvrir. Or, une autre MSP s'était manifestée auprès de l'ARS pour rejoindre l'expérimentation MS post-covid, dont les objectifs étaient déjà atteints : elle a été réorientée vers Equip’addict. L'équipe est aujourd'hui constituée, et n'attend plus que la signature de l'ARS pour démarrer.

A l'origine, un substantiel travail de recherche et d'échange était nécessaire pour convaincre des équipes de soins primaires de s'engager. Mais depuis qu'un réseau



de MS fonctionne, il commence à susciter des vocations, qui pourraient rapidement aboutir à des nouvelles ouvertures en cas de généralisation du dispositif.

Ressources humaines, facturation et redistribution des forfaits

La majorité des psychologues sont des libéraux qui exerçaient déjà dans les MSP : la gestion est alors très simple. Pour les autres psychologues et les travailleurs sociaux, la FeMaSCo-BFC a passé des conventions de reversement avec Addictions France, des EMS rattachés à la Fédération Addictions et des EMS indépendants : il y en a presque autant que de MSMA, en raison de la dispersion de celles-ci.

Le volet budgétaire est intégralement géré par la FeMaSCo-BFC, qui s'occupe de centraliser les données d'inclusions, de les saisir sur la plateforme de facturation Article 51 de la CNAM, et de reverser les forfaits aux MSP et aux EMS. Une plateforme sécurisée a été développée avec l'appui du GRADeS et intégrée à l'ENRS, où les médecins généralistes renseignent leurs données d'inclusions. Cet outil a été conçu pour être le plus commode possible, mais il a fallu convaincre les médecins de la nécessité d'un travail de saisie supplémentaire par rapport à Maia. Il permet aussi d'échanger de manière sécurisée avec la coordinatrice.

Cette organisation est très efficace car la coordinatrice administrative constitue un interlocuteur unique pour la CNAM, l'ARS, les EMS et les MS, ce qui lui permet de savoir tout ce qui se passe. Les EMS, pour leur part, n'ont que le détachement des professionnels à gérer.

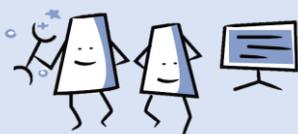
Coordination interne des MS

Les MS s'organisent de manière autonome, ce qui semble bien leur convenir. Elles peuvent toutefois solliciter la coordinatrice administrative lorsqu'elles rencontrent des difficultés : celle-ci peut se déplacer, réunir les équipes et les accompagner, tout en étant assez légitime pour dire franchement ce qui ne convient pas. Elle est d'abord intervenue dans des MS où les salles mises à disposition des professionnels étaient inadaptées (c'est-à-dire pas assez chaleureuses pour recevoir des patients avec des conduites addictives) ou changeaient fréquemment. Cela s'est réglé car les équipes adhèrent au projet et désirent sincèrement travailler ensemble. Désormais, les difficultés sont essentiellement liées au turn-over des travailleurs sociaux dans les EMS, dont les médecins et les psychologues libéraux restent mal informés.

Animation et accompagnement

Concernant l'accompagnement : la coordinatrice administrative est régulièrement sollicitée par les équipes qui rencontrent des difficultés pratiques, et n'ont pas la capacité de les résoudre seules. Elles seraient sans doute un peu perdues si elles ne pouvaient s'appuyer sur elle. Il est aussi nécessaire de leur rappeler certains impératifs, comme le renouvellement des patients lorsque leur suivi atteint sa date anniversaire.

Le coordinateur médical, accompagné parfois de la coordinatrice administrative, essaye de rencontrer régulièrement les équipes. Il intervient notamment lorsqu'elles évoluent : remplacement d'un travailleur social, retour d'un médecin de congé maternité, etc. Il s'agit de préserver la dynamique des MS, soit en anticipant les difficultés susceptibles de survenir, soit en soutenant les équipes. Celles-ci semblent apprécier ces visites, qui leur offrent l'occasion d'échanger plus librement qu'à l'ordinaire, et d'exprimer leurs éventuelles demandes de formation.



Concernant l'animation, la coordinatrice administrative maintient les équipes informées à l'aide d'une newsletter, dont elle veille à modérer la fréquence. Le coordinateur médical a d'abord proposé des groupes de pairs, auxquels seuls des intervenants sociaux ont adhéré : ils avaient besoin de se rassurer, car selon qu'ils soient assistants sociaux ou éducateurs spécialisés, ils ne savaient pas comment définir leur rôle dans les MS. Le coordinateur médical anime maintenant des temps d'échange trimestriels destinés à l'ensemble des médecins et des professionnels des MS, auxquels participent 5 à 7 personnes en moyenne. Enfin, deux journées régionales ont été organisées en 2022 et en 2023, pour permettre à l'ensemble des acteurs impliqués dans l'expérimentation de se rencontrer, en échangeant autour d'un thème fédérateur.

Concernant les partenariats, le coordonnateur médical a tenté de les développer en visitant un service de soins de suite et de réadaptation, une unité psychiatrique de sevrage, un CSAPA... Il s'agissait de leur présenter les MS afin qu'elles puissent se coordonner avec elles, de manière à favoriser, par exemple, l'accompagnement des patients sortant de cure. Le coordinateur médical n'a pu poursuivre ce travail systématiquement en raison du temps qu'il requiert, à la fois pour joindre les structures spécialisées et pour s'y rendre. Il ne s'estime pas le mieux placé pour l'accomplir sur les territoires éloignés du sien, où son réseau est peu développé : il serait plus efficace que les MS travaillent elles-mêmes à leur insertion dans l'offre de soins environnante, à condition qu'elles en trouvent le temps.

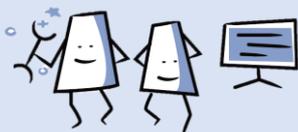
Conseils et formations addictologiques

Le coordonnateur médical est disponible pour les équipes désirant des conseils, mais peu sollicité. Il s'attache aussi à développer les formations, bien que peu de besoins lui soient remontés, notamment car les professionnels détachés bénéficient déjà de nombreuses formations dans leur EMS. Comme certains médecins ou psychologues libéraux ne sont pas habitués à suivre des patients présentant des conduites addictives, et doivent être rassurés, il a proposé des formations d'introduction à l'addictologie, en s'appuyant sur SOS hépatites et la Fédération Addictions. Elles se sont avérées difficiles à organiser, pour des raisons financières (une formation à l'entretien motivationnel n'a pu aboutir en raison de son coût) et organisationnelles (en raison des différences culturelles entre les univers du médico-social et de la ville, dont les acteurs ont l'habitude de se former, respectivement, pendant et en-dehors de leur temps de travail). Comme elles n'ont pas été très suivies, le coordinateur médical se contente désormais de relayer les propositions de formation qu'il reçoit, en laissant aux équipes la responsabilité de s'en saisir.

Principales difficultés rencontrées

Financières

La FeMaSCo-BFC serait déficitaire sans le financement complémentaire apporté par l'ARS. Il y a deux raisons pour lesquelles les forfaits ne lui permettent pas d'atteindre l'équilibre budgétaire. D'une part, elle assure des missions plus larges que prévues par le CdC socle : prospection des MSP, accompagnement des MS, développement du circuit de facturation, création d'outils communs, organisation des journées régionales, etc., qui requièrent d'autant plus de temps qu'elles supposent de se déplacer pour rencontrer les équipes. D'autre part, les files actives sont plus modestes



que prévu : l'objectif de 42 patients par MS s'est avéré inatteignable dans les zones rurales, avant d'être réduit à 25. Ce nouvel objectif est jugé réaliste par les équipes des MS ainsi que les EMS : il a été presque atteint en 2022.

Dans les premiers temps de l'expérimentation, la coordinatrice administrative a été souvent interpellée sur l'insuffisance des forfaits. Seuls 11 € revenaient aux médecins, au titre de leur participation aux RCP, qui estimaient que leur contribution était peu reconnue par l'expérimentation. Ils ont apprécié la revalorisation. Les EMS continuent à déplorer l'absence de prise en charge des frais de déplacement, alors que leurs professionnels circulent beaucoup.

Le versement de loyers par les professionnels a été évoqué. Il a fallu convaincre les MSP que cela n'était pas possible, et ne correspondait pas à l'esprit du projet, mais certaines ont réagi par le prêt de salles inadaptées. Cette question pourrait resurgir en cas de généralisation du dispositif, surtout avec la hausse des coûts de l'énergie.

Le circuit de facturation a été long à établir. Le statut de la FeMaSCo-BFC ne lui permettait pas de recevoir des financements liés aux soins, même pour les redistribuer : elle a dû obtenir, de manière dérogatoire, un numéro FINESS. Par la suite, elle n'a reçu aucune information sur le fonctionnement de la plateforme Article 51 de la CNAM, en particulier sur la signification des codes de facturation. La coordinatrice a peiné à trouver des interlocuteurs, notamment du côté de la CNAM, pour résoudre ces difficultés.

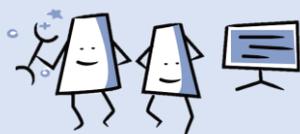
Le 0,8 ETP de la coordinatrice administrative lui paraît suffisant maintenant que le dispositif fonctionne en routine, mais ne l'était pas durant la phase de déploiement. De surcroît, ses missions relèvent à la fois de la gestion et de l'animation : il lui semble difficile de trouver des personnes à l'aise pour les deux (sachant qu'elle vient elle-même d'être déchargée de la première pour se concentrer sur la seconde).

Le 0,1 ETP du coordinateur médical est inférieur au temps qu'il consacre aux MS, et ne lui permet pas de rémunérer un remplaçant sur son temps de consultation. Il sacrifie donc son jour de relâche à ses activités de coordination. Ses déplacements sont pris en charge par la FeMaSCo mais ne sont pas prévus dans le forfait, ce qui pourrait poser problème par la suite.

Organisationnelles

Les EMS souffrent d'un fort turn-over de leurs professionnels et de difficultés de recrutement. Elles n'ont aucune marge de manœuvre côté RH et sacrifient en premier les MS, qui sont minoritaires dans leur activité. Il arrive ainsi que des MS se retrouvent privées de psychologue ou de travailleur social pendant plusieurs mois, sans même être prévenues. Les EMS s'efforcent généralement de prévenir ces difficultés. Mais chaque fois qu'un professionnel quitte une MS, il faut trouver un fonctionnement temporaire, former son remplaçant, définir une nouvelle organisation, recréer une dynamique d'équipe, etc., ce qui prend du temps et de l'énergie.

Des difficultés similaires peuvent survenir avec les professionnels libéraux, mais plus rarement. Ainsi d'une MSP comportant 3 psychologues dont l'un arrête son activité y compris dans la MS, l'autre part en retraite, et le dernier ne s'entend pas avec le médecin : les suivis psychologiques sont interrompus, sans solution évidente en vue. Les salles mise à disposition des professionnels détachés, outre qu'elles ne sont pas toujours adaptées, changent parfois d'une semaine à l'autre. La qualité de l'accueil



des professionnels reste améliorable, mais les solutions ne sont pas évidentes lorsque les MSP sont pleines.

Une MS rencontre des difficultés de fonctionnement, sans que l'accompagnement ne suffise à régler le problème (à l'Isle-sur-le-Doux). Dans une MSP qui accueille aussi une consultation avancée du CSAPA : celle-ci fonctionne bien, mais pas d'inclusions dans la MSMA. Coordinatrice administrative et coordinateur médical ont échangé à plusieurs reprises avec l'équipe, sont allés à sa rencontre : semble intéressée par le projet, de bonne volonté, s'engage à changer ses pratiques, mais rien ne se passe. Découragement des coordinateurs... Présence d'une consultation avancée n'est pas seule en cause : c'est aussi le cas à Saint-Sauveur-en-Puisaye, où la MS fonctionne bien.

Professionnelles

Les médecins se plaignent beaucoup du logiciel Maia : ils trouvent que les saisies sont fastidieuses et n'apportent rien à leur pratique. Les coordonnateurs peinent à les convaincre de l'intérêt de Maia, et ont vergogne à trop les relancer. Maia leur paraît très dense, et correspondre au contexte alsacien plus que bourguignon et franc-comtois. Ils ont du mal à en démontrer l'intérêt, ainsi qu'à accompagner les médecins face aux difficultés qu'ils rencontrent, car tout doit passer par la CNRMS.

Les professionnels détachés se retrouvent parfois chargés de nombreuses saisies informatiques : sur Maia pour l'évaluation, sur le Grades pour la facturation, sur un agenda partagé pour la gestion des rendez-vous au sein de la MSP, ainsi que sur le logiciel de leur EMS pour leur suivi d'activité.

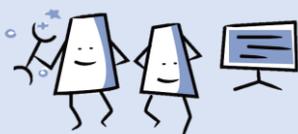
Certains médecins se représentent mal les activités des travailleurs sociaux et ne leur adressent pas de patients. Ils sollicitent davantage les psychologues, mais pas toujours à bon escient. Ce problème est plus marqué dans les équipes Dont aucun des intervenants ne se connaissait, et qui n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble. La formation initiale des MS n'a pas toujours suffi à le surmonter, notamment car elle était facultative. La poursuite d'un travail de formation et d'accompagnement semble nécessaire, en particulier afin de favoriser l'interconnaissance au sein des équipes.

Leviers

S'appuyer sur les binômes médecin-psychologue existants a grandement facilité les choses.

Les professionnels apprécient d'intervenir en MS, et le coordonnateur médical constate une amélioration de l'attitude des médecins face aux patients présentant des conduites addictives, même s'ils peuvent encore progresser dans leur capacité à travailler en équipe.

La plupart des patients viennent à leurs consultations, et beaucoup sont renouvelés. Ils semblent apprécier la possibilité de consulter en MSP, ainsi que la proximité avec les professionnels. Il arrive même qu'ils soient invités aux RCP.



Grand Est

Données

Enquêtés

- Porteurs
 - Dr Morgane Beck, chargée de mission innovation, ARS
 - Natacha Mathery, responsable de la mission pilotage et appui, DQPI, ARS
 - Claudine Brin, responsable adjointe, département offre de santé du secteur ambulatoire, DSDP, ARS
 - Thomas Mercier, directeur adjoint, DSDP, ARS
- Coordinateurs
 - Camille Fischbach, coordinatrice du réseau de MS Alsace et du réseau de MS GE
 - Gauthier Waeckerlé, directeur général de l'association Ithaque et président de la CMGE
 - Nathalie Clément, coordinatrice du RAVH 54
 - Dr Anny Zorn, coordinatrice médicale pour l'Alsace et le Grand Est
 - Dr Philippe Merlin, coordinateur médical pour la Meurthe-et-Moselle
- Acteurs
 - Un médecin généraliste, une psychologue, une assistante sociale
 - Aucun patient

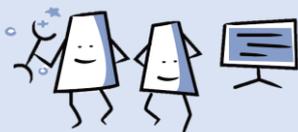
Études de cas : 2 en 2023

Questionnaires EMS : 3 réponses

Avancement de l'expérimentation au printemps 2023

- ❖ Nombre de MS : 45 en fonctionnement et 4 fermées
- ❖ Dates d'ouverture : 28 préexistantes à l'expérimentation¹², 4 ouvertes en 2021, 8 en 2022, 4 en 2023
- ❖ Répartition géographique
 - 18 en Alsace
 - 9 en Meurthe-et-Moselle
 - 5 en Moselle
 - 3 dans les Vosges
 - 2 dans l'Aube et les Ardennes
 - Aucune dans la Meuse, la Marne et la Haute-Marne (mais des ouvertures en cours)
- ❖ Structures porteuses : 22 cabinets médicaux, 17 MSP, 1 centre de santé
- ❖ EMS : un par département, soit 5,3 MS par EMS
- ❖ Professionnels
 - 91 médecins généralistes, soit 2,3 par MSMA
 - 15 psychologues dont 6 libéraux
 - 15 travailleurs sociaux
- ❖ Files actives : nc

¹² L'arrêté régional indique 29, mais ce chiffre est incorrect.



Modalités de déploiement

La région Grand Est se caractérise par la préexistence de nombreuses MS, notamment en Alsace. Dans ce contexte, l'ARS a fait plusieurs choix, en lien avec ses partenaires :

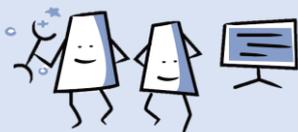
1. Confier le pilotage opérationnel de l'expérimentation à la coordination des microstructures Grand Est (CMGE). Il s'agit d'une association indépendante à laquelle adhèrent toutes les EMS gérant des MS dans la région, financée sur le FIR depuis 2019, à hauteur de 140 000 € environ.
2. Confier la coordination administrative et médicale aux EMS qui, dans chaque département, portent les MS :
 - a. L'association Ithaque en Alsace,
 - b. Le Réseau Addictions Ville Hôpital 54 en Meurthe-et-Moselle,
 - c. Le Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et des Adultes (CMSEA) en Moselle,
 - d. SOS Hépatites dans les Ardennes,
 - e. Oppelia ALT 10 dans l'Aube,
 - f. L'Association Vosgienne pour la Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et des Adultes (AVSEA) dans les Vosges.
3. Privilégier les départements les moins dotés, comme la Meuse, pour l'ouverture de nouvelles MS. Cette ambition a été soutenue par l'ARS, mais n'a pu aboutir à l'ouverture de MS dans ce territoire par exemple.
4. Compléter le financement offert par l'expérimentation afin que les MS fonctionnant depuis longtemps, avec une file active supérieure à 42 patients, ne soient pas contraintes de la réduire.
5. Préserver la possibilité d'inclure pour des motifs de précarité, ouverte depuis longtemps aux MS de la région, et très utilisée par certaines.

Concernant MS post-covid, l'approche retenue consiste à élargir le dispositif Equip'addict : la coordination régionale est également assurée par la CMGE, et tous les EMS ont été invités à participer, les MSMA qu'ils portent rejoignant automatiquement l'expérimentation en cas d'accord.

Constitution des MS

Les 28 MS existantes ont toutes été visitées par la coordinatrice régionale afin de présenter aux professionnels les changements induits par l'entrée dans l'expérimentation, qui consistent essentiellement en une rigueur accrue dans les orientations et l'utilisation du logiciel Maia. Par ailleurs, 16 nouvelles MS ont ouvert depuis le début de l'expérimentation, à l'initiative des EMS qui en portaient déjà et avec l'appui de la CMGE.

- En Alsace et en Meurthe-et-Moselle, les nouvelles équipes ont été relativement faciles à constituer. Les MS étant déjà bien implantées sur ces deux territoires, leur réputation s'y répand parmi les médecins, conduisant certains à candidater spontanément. La MS de l'Elsau illustre ce phénomène : elle s'est constituée à l'initiative de jeunes médecins ayant découvert les MS dans les cabinets de leurs maîtres de stages, dont les internes et les remplaçants souhaitent à leur tour ouvrir des MS lorsqu'ils s'installeront. Par ailleurs, les réseaux de MS en Alsace, Moselle et en Meurthe-et-Moselle disposent de coordonnateurs dédiés,



qui peuvent consacrer le temps nécessaire à l'élargissement du dispositif. Ces deux territoires concentrent ainsi la majorité des nouvelles ouvertures.

- Dans les autres départements où des MS étaient déjà implantées, c'est-à-dire l'Aube, la Moselle et les Vosges, il s'est avéré plus difficile d'identifier des médecins susceptibles de s'impliquer. En effet, les MS y sont trop peu nombreuses pour bénéficier du bouche-à-oreille, et les EMS n'y possèdent pas de coordinateur dédié susceptible de les démarcher. Une ou deux MS ont été ouvertes dans chacun de ces départements (sans compter 2 projets en Moselle, qui permettront peut-être d'atteindre une taille critique).
- Dans les départements où des MS n'étaient pas implantées au-début de l'expérimentation, c'est-à-dire les Ardennes, la Marne, la Haute-Marne et la Meuse, les EMS n'ont pas été sollicités systématiquement. Des contacts fortuits ont abouti à deux ouvertures dans les Ardennes, et plus récemment à 3 projets dans la Marne et la Haute-Marne.

Les 5 projets actuels devraient conduire à autant d'ouvertures au second semestre 2023, bien que les équipes s'interrogent, avec la fin prochaine de l'expérimentation et le blocage envisagé des inclusions pendant la période transitoire, sur la possibilité d'atteindre la soutenabilité financière.

Les équipes des nouvelles MS ne bénéficient pas toujours d'une formation à part entière. La coordinatrice régionale explique leur fonctionnement aux médecins généralistes lors du démarchage et aux professionnels lorsqu'ils les rejoignent.

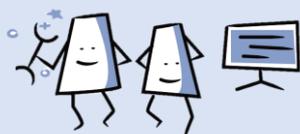
Quatre MS ont fermé, en Alsace et en Moselle, lors du départ en retraite de médecins n'ayant pas trouvé de successeurs. Ces fermetures ont été préparées en transférant les patients vers d'autres MS ou des structures spécialisées.

Ressources humaines, facturation et redistribution des forfaits

Dans chaque département, un EMS s'occupe de salarier les professionnels et de les détacher en MS.

Concernant les RH en Alsace, début 2023, 4 psychologues interviennent dans 3 à 5 MS chacune, ce qui représente la majorité de leur activité, et 7 travailleurs sociaux interviennent dans 1 à 4 MS chacun, dont la plupart partagent leur activité avec d'autres dispositifs au sein ou à l'extérieur d'Ithaque (qui gère notamment un CSAPA et un CAARUD). Ces professionnels assurent une permanence hebdomadaire minimale de 3 heures dans chacune de leurs MS ; ils peuvent intervenir jusqu'à 6 ou 7 heures, soit une journée entière, dans les MS présentant les files actives les plus importantes. Ils interviennent au titre des deux expérimentations et ne partagent pas leur temps entre l'une et l'autre, ignorant parfois même le titre auquel leurs patients sont inclus.

Concernant la facturation en Alsace, la coordinatrice administrative assure les saisies sur la plateforme Article 51 de la CNAM à partir des fiches d'inclusions imprimées par les médecins, que lui rapportent les professionnels. C'est le plus simple pour assurer la confidentialité, même si quelques médecins préfèrent faxer leurs fiches d'inclusion (ce qui interroge la sécurité des circuits de transmission de données aussi sensibles)... D'autres ne procèdent pas à la saisie nécessaire sur Maia, qui est pourtant minimale. Il arrive aussi qu'ils oublient d'ajouter manuellement le NIR, que Maia ne permet pas de renseigner, sur les fiches d'inclusion. La coordinatrice administrative en vient parfois à visiter les MS pour obtenir les données nécessaires, et générer elle-même les fiches d'inclusion. Compte-tenu du nombre de MS à superviser ainsi, son 0,5 ETP lui paraît largement insuffisant.



Coordination interne des MS

En Alsace, la coordinatrice administrative assure l'organisation interne des MS, en s'ajustant aux disponibilités des médecins : les professionnels viennent typiquement les jours où ils sont absents et peuvent céder leur bureau.

En Meurthe-et-Moselle, l'intervenante sociale ne se rend qu'une semaine sur deux dans les MS les plus excentrées, mais pour assurer une double permanence : cela lui laisse davantage de temps à consacrer aux médecins et aux partenaires, et permet d'atteindre une meilleure qualité de travail, au prix de suivis légèrement plus espacés.

Animation et accompagnement

Il est nécessaire d'accompagner les MS lors de leur ouverture afin d'assurer qu'elles fonctionnent correctement : que des professionnels soient détachés par les EMS avec un temps suffisant, que des créneaux et des salles convenant à tous soient trouvés pour les consultations et les RCP, que les médecins connaissent bien les possibilités d'inclusion, que chacun s'implique réellement au lieu d'intervenir en prestataire, etc. Cet accompagnement reste indispensable ensuite, durant la vie des MS, car leurs équipes se renouvellent, ainsi que leurs partenaires, et leur dynamique s'étirole parfois... La Meurthe-et-Moselle en offre plusieurs exemples, où les premières MS ont ouvert en 2012, autour d'un noyau de médecins très motivés, qui ont tous fini par interrompre leur activité (mobilité, retraite, décès...) et qu'il a fallu remplacer.

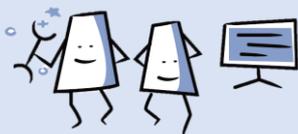
En Alsace, un accompagnement rapproché est assuré par la coordinatrice administrative, qui s'occupe de la gestion RH des professionnels intervenant en MS et dialogue régulièrement avec les médecins. Elle participe aussi à une RCP par MS et par an, en compagnie de la coordinatrice médicale : cela leur permet de vérifier que les équipes sont bien intégrées, de recenser leurs besoins de formation, de les remobiliser pour l'évaluation... Cette fréquence est jugée insuffisante par la CMGE, qui estime qu'il faudrait rencontrer les équipes des MS au moins 2 fois par ans pour les soutenir, tout en leur proposant régulièrement de nouvelles choses.

Les EMS hors-Alsace n'en ont pas toujours la possibilité d'assurer un tel accompagnement : lorsqu'ils portent peu de MS, les forfaits ne leur apportent pas un financement suffisant pour recruter des coordinateurs dédiés. Ce sont alors leurs directeurs qui s'occupent des MS au titre de leurs missions générales, avec des possibilités très limitées. La coordinatrice régionale s'efforce de les suppléer, mais cela lui prend temps considérable. Elle doit en effet se rendre auprès des équipes, que des réunions en visioconférence ne suffisent pas à remobiliser. Ceci la contraint à cibler les MS qui dysfonctionnent (peu d'inclusions, de RCP, etc.) ou les moments critiques (départ d'un médecin, arrivée de nouveaux professionnels, etc.) au détriment d'un accompagnement de routine.

Cette situation ne permet pas de travailler méthodiquement à l'intégration des MS dans l'offre de soins environnante. De surcroît, l'ARS et le conseil départemental de l'Ordre refusent que les coordonnées des médecins concernés soient rendues publiques, pour prévenir toute concurrence déloyale, mais en empêchant aussi de visibiliser les MS.

En conséquence, les MS fonctionnent encore de manière très isolée, d'autant qu'elles s'adressent à des médecins qui ne sont pas nécessairement familiers de l'addictologie, ne disposent pas toujours de leurs propres réseaux.

Peu d'actions transversales ont été conduites, notamment à cause du Covid-19. En 2021, quelques temps d'échanges ont été organisés en visioconférence. En mars 2022, une journée régionale des MS a connu un réel succès : 47 participants ont pu discuter de leurs pratiques, tout en étant informés de l'avancement de



l'expérimentation, ce qui semble avoir contribué à les remobiliser. En mars 2023, une seconde journée a réuni plus de 75 personnes.

Conseils et formations addictologiques

Dans chaque département, les EMS doivent désigner des coordonnateurs médicaux. Il n'est pas évident qu'ils y parviennent face aux difficultés à recruter des médecins généralistes, et la coordinatrice régionale ignore comment ils procèdent. Ils confient peut-être un tout petit ETP aux médecins qu'ils emploient déjà, sans garantie que les médecins des MS sachent qu'ils peuvent les solliciter.

Devant ces difficultés, la CMGE suggère de réduire le périmètre de la coordination médicale aux missions pour lesquelles un médecin un vraiment indispensable : le démarchage des équipes de soins primaires, la fourniture de conseils addictologiques et l'organisation des formations.

En Alsace, ces missions sont assurées par une médecin généraliste, désormais retraitée mais ayant exercé 20 ans en MS. Elle contribue également à la promotion des MS (en les présentant lors de congrès, de formations...) et au développement de leurs partenariats avec les acteurs de soins locaux.

Des formations thématiques sont proposées dans toute la région, en addictologie (connaissances de base, réduction des risques, usages de la cocaïne, etc.) (dont plusieurs début 2023) ou sur d'autres thèmes (droits des patients, protection des données, etc.).

Plusieurs ont été organisées début 2023 sur la réduction des risques en addictologie.

Principales difficultés

Financières

L'**équilibre financier** reste difficile à atteindre pour les réseaux portant peu de MS, ou dont les MS incluent peu de patients : les forfaits (même réévalués) ne suffisent à couvrir leurs frais fixes. Ce problème atteint particulièrement les zones rurales, où les frais de déplacement sont plus élevés et les MS moins remplies qu'ailleurs.

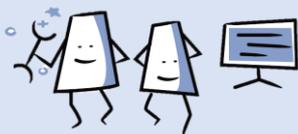
L'absence ou la lenteur de la saisie de données d'inclusion dans Maia peut mettre en difficulté les petites EMS, qui sont très dépendantes du versement des forfaits pour fonctionner. Les grosses structures comme Ithaque peuvent davantage absorber les imprévus, même si elles ne souhaitent pas financer les MS à fonds perdus.

La revalorisation du forfait s'est accompagnée d'un changement dans la comptabilisation des inclusions (considérées comme effectives après la consultation longue du médecin plutôt qu'après la première rencontre avec un professionnel) qui n'a pas été compris partout, engendrant un risque de sous-facturation.

En Alsace, Ithaque a peu de visibilité sur le financement complémentaire apporté par l'ARS, qui devrait augmenter fortement en 2023 en conséquence de la revalorisation du forfait et une d'application plus stricte des modalités de facturation à la CNAM. D'autres EMS ou réseaux demanderont probablement à en bénéficier en 2023.

Le seuil de 42 patients par an peut devenir très contraignant lorsque plusieurs médecins s'investissent dans une MS, et doivent se partager les possibilités d'inclusion.

Le versement de loyers par les professionnels a été réclamé par certaines MSP, avec des loyers oscillants entre 50 et 100 € par mois et par bureau. Il a été possible de l'éviter jusqu'à présent, sauf en Meurthe-et-Moselle, où les MS préexistantes bénéficiaient déjà d'un loyer mensuel de 67 € pour les deux professionnels.



Organisationnelles

Les professionnels détachés par les EMS sont très instables, notamment les travailleurs sociaux. Ils n'ont pas bénéficié des revalorisations du Ségur de la santé, s'estiment mal rémunérés et peu reconnus. Beaucoup démissionnent et sont difficiles à remplacer. Les MS sont souvent les premières à en pâtir, car elles constituent une activité périphérique pour les EMS, et car le financement au forfait n'incite pas à des recrutements pérennes. Quand un professionnel manque, la dynamique des MS s'étiole, mais pas forcément au point qu'elles cessent d'inclure. Dans l'une, cette situation a duré presque un an.

La coordinatrice régionale a mis plusieurs années à structurer ses rapports avec les coordinateurs départementaux. Cette organisation à deux niveaux lui semble aujourd'hui pertinente, en ce qu'elle permet d'assurer à la fois de la proximité et de la transversalité entre les équipes.

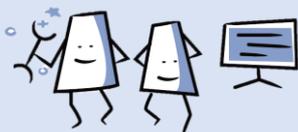
L'exemple des Vosges montre la nécessité de disposer d'un partenaire local. Ce département comptait 2 MS préexistantes à l'expérimentation, dont le fonctionnement était très approximatif : les professionnels les confondaient avec des consultations avancées, les médecins incluaient très peu, etc. La coordinatrice régionale a dû beaucoup s'investir en 2022 pour redresser la situation. Or, depuis très récemment, un psychiatre de l'EMS dispose d'une journée de coordination hebdomadaire, qui lui permet de se consacrer aux MS. Il est intervenu à l'ouverture d'une troisième, a cadré précisément les choses avec l'équipe, aboutissant à un fonctionnement vraiment meilleur. En revanche, les coordinateurs régionaux et départementaux manquent toujours de moyens, en particulier de temps face à la nécessité de se déplacer sur des territoires assez vastes. La CMGE souhaitable que les coordinations soient armées davantage afin de pouvoir assurer la totalité de leurs missions et collaborer de manière efficace. Certains réseaux préfèrent intervenir auprès d'équipes de soins primaires comportant déjà un psychologue libéral : le détachement de professionnels est toujours périlleux, car l'efficacité des MS suppose qu'ils s'entendent bien entre eux et avec les médecins.

Professionnelles

Le logiciel Maia suscite de nombreuses critiques. Il bugge et manque d'ergonomie. Par exemple, il est apparu qu'afin de rentrer des données pour 2021, il fallait cliquer sur 2022 : de nombreuses saisies des professionnels étaient donc erronées, qu'ils ont dû reprendre. La coordinatrice régionale n'a pas le sentiment d'avoir un véritable interlocuteur pour régler ces difficultés. Après le départ de la personne ayant développé Maia au sein du RMS Alsace, la CNRMS a repris cette activité, mais sans la maîtriser encore aussi bien : elle s'appuie sur un prestataire informatique, ce qui rajoute de la complexité dans les échanges.

Pour les médecins, certaines questions n'ont aucun sens, ou sont redondantes par rapport aux saisies des autres professionnels. Des médecins étaient pourtant impliqués dans le développement de cet outil : cela est surprenant, car pratiquement tous s'en plaignent aujourd'hui.

Ils sont très réticents à utiliser Maia, et la revalorisation des forfaits n'y a rien changé. La coordinatrice régionale ne sait pas ce que vont devenir les financements prévus par le nouveau forfait pour rémunérer cette tâche : elle ne souhaite pas le verser aux médecins s'ils ne font pas leurs saisies. Maia soulève moins de difficultés avec les professionnels, mais ils ne sont pas libéraux, donc ne perdent pas du temps de consultation lorsqu'ils font les saisies, et y sont tenus par leur contrat.



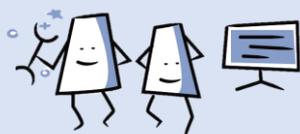
Par ailleurs, les professionnels ont eu du mal à comprendre qu'ils pouvaient répartir les forfaits entre leurs patients, au lieu de proposer à chacun le même nombre de séances.

Enfin, certains professionnels trouvent isolant d'exercer en MS et ne souhaitent pas y consacrer tout leur temps de travail.

Leviers

L'ancienneté des MS et leur efficacité, qui parlent en leur faveur. Les professionnels constatent leur complémentarité avec les CSAPA, notamment dans les territoires ruraux : certains patients préfèrent se déplacer jusqu'aux CSAPA, en toute discrétion, quand d'autres apprécient d'être suivis en MS à proximité, notamment lorsqu'ils ont perdu leur permis. Grâce à leur accessibilité, les MS s'avèrent aussi efficaces pour initier des prises en charge qui se poursuivent en CSAPA, tout en conservant un appui local.

L'organisation des RH à l'échelle départementale permet de répartir les forfaits selon les besoins des MS et des patients, en maximisant la liberté laissée dans leur usage. Cela compense quelque peu la rigidité des financements forfaitaires. En Alsace, cette possibilité s'est cependant réduite en 2023, avec l'imposition d'un plafond indépassable (au lieu d'un plafond moyen) de 42 patients par MS et par an acté dans le cadre de cette expérimentation. Des financements complémentaires étaient toutefois versés par l'ARS pour les files actives complémentaires, laissant ainsi de la souplesse aux acteurs de terrain.



Hauts-de-France

Données

Entretiens

- Porteurs
 - Stéphanie Maurice, directrice, sous-direction du parcours addiction et personnes en difficultés spécifiques, ARS
 - Julie Allard, chargée de mission, id.
 - Dr Audrey Joly, conseillère médicale, id.
- Coordinateurs
 - Caroline Le Galès, directrice de l'association Le Mail
 - Alexandre Masion, psychologue en MS et coordonnateur administratif pour la Somme
 - Dr Harmony Bouchez, coordinatrice médicale pour la Somme
 - Amandine Camastro, directrice du CSAPA de Beauvais et coordinatrice administrative pour l'Oise
- Acteurs
 - Un médecin généraliste
 - Un patient

Études de cas : 2 en 2023

Questionnaires EMS : 1 réponse

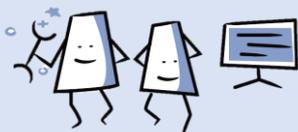
Avancement de l'expérimentation au printemps 2023

- ❖ Nombre de MS : 27
- ❖ Dates d'ouverture : 12 préexistantes à l'expérimentation dont 2 fermées, 2 ouvertes en 2021, 11 en 2022 et 4 en 2023
- ❖ Répartition géographique :
 - 11 dans la Somme
 - 7 dans le Nord
 - 6 dans l'Aisne
 - 3 dans l'Oise
- ❖ Structures porteuses : 1 cabinet, 24 MSP, 1 CPTS
- ❖ EMS : 6, soit 4,5 MSMA par EMS
- ❖ Professionnels
 - 42 médecins généralistes, soit 1,6 par MSMA
 - 9 psychologues, tous détachés
 - 8 travailleurs sociaux
- ❖ Files actives : 535 patients au 21.04.2023

Modalités de déploiement

L'ARS a pris plusieurs décisions, en lien avec ses partenaires :

1. Assurer directement le pilotage de l'expérimentation.
2. Confier les coordinations administrative et médicale aux EMS, dans un contexte où l'accent est mis sur la territorialisation des équipes de santé, afin que les MS soient accompagnées localement par des acteurs disposant d'une expertise reconnue en addictologie.



3. Répartir les MS dans la région en s'assurant que chaque EMS en porte au moins 3 ou 4, afin d'atteindre une rentabilité minimale.
4. Rattacher les MS à l'exercice coordonné, soit en MSP, soit dans des cabinets intégrés à une CPTS. Les MS préexistantes en cabinet isolé n'ont été autorisées à participer qu'à titre dérogatoire.
5. Restreindre la participation aux psychologues détachés par les EMS, à l'exclusion des libéraux, en tant qu'ils sont déjà formés à la prise en charge des conduites addictives en coordination avec les médecins généralistes.

Concernant MS post-covid, l'ARS ne s'est pas impliquée dans cette expérimentation et n'a transmis aucune consigne.

Constitution des MS

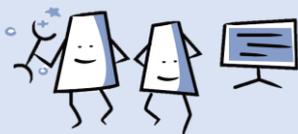
Le recrutement devait débuter en 2020 mais a été repoussé d'un an à cause de l'épidémie de Covid-19. Une première vague est intervenue en 2021 dans la Somme et l'Oise, concentrée sur l'intégration des MS préexistantes.

Dans la Somme, 2 MS préexistantes ont fermé lors du passage à Equip'addict : elles dysfonctionnaient depuis plusieurs années, avec des médecins qui ne s'étaient pas approprié le dispositif et n'incluaient pas. Les 10 autres MS préexistantes ont rejoint l'expérimentation, et 1 nouvelle a été ouverte. Elles se trouvent surtout au sud-ouest d'Amiens, où l'offre addictologique était extrêmement faible. Ces MS fonctionnaient très librement. Les médecins n'étaient pas contraints d'assister à des RCP régulières, ni d'utiliser le logiciel Maia : la plupart étaient bien impliqués, mais leur coordination avec les professionnels restait informelle.

Le passage à Equip'addict, impliquant un fonctionnement plus encadré, a entraîné quelques difficultés. Les médecins se sont effrayés devant l'implication de l'ARS, la perspective de l'évaluation, et plus encore la formation proposée : cette dernière, organisée par l'association Addictions France avec l'aide de la CNRMS, insistait beaucoup sur les aspects institutionnels de l'expérimentation et le logiciel Maia, sans laisser guère de place au ressenti des soignants. Les médecins ont commencé à se désengager, et la coordinatrice médicale a peiné à les rassurer. Une nouvelle formation a été conçue, s'appuyant sur des cas cliniques, tandis que l'ARS a offert d'alléger le recueil des données sanitaires, en le recentrant sur les variables les plus essentielles à l'évaluation.

Les équipes ont aussi déploré que les RCP deviennent obligatoires, mais de se rencontrer plus souvent a finalement permis de les redynamiser. Grâce aussi à l'accompagnement assuré par la coordinatrice médicale, le fonctionnement des MS s'est amélioré depuis l'entrée dans l'expérimentation. Tous les médecins généralistes sont aujourd'hui convaincus par le dispositif, qui bénéficie du bouche-à-oreille : la coordinatrice médicale connaît plusieurs équipes qui souhaiteraient ouvrir des MS, mais le plafond fixé par l'ARS dans le département l'interdit. Il faudra aussi veiller que la densité de MS reste cohérente avec les besoins de la population.

Dans l'Oise, un projet de MS se développe depuis 2017 avec l'AAF, mais rencontre de grandes difficultés. Sur les 3 MS prévues à l'époque, l'une n'est toujours pas constituée, malgré l'implication directe de l'ARS, et l'autre dysfonctionne (aucun patient n'ayant été inclus en 2021, et les relations avec les médecins restant peu constructives). La dernière MS fonctionne convenablement, avec une file active d'une vingtaine de patients, mais affronte les mêmes difficultés que les MS préexistantes de



la Somme, car elle s'apparentait aussi à une consultation avancée. Une session de formation a été proposée à ces trois équipes en 2022, inspirée de celle développée dans la Somme.

La coordinatrice administrative n'a guère de perspectives pour atteindre l'objectif de 5 MS dans l'Oise. Plusieurs difficultés se conjuguent :

1. La pénurie de médecins généralistes dans le département. Elle n'a d'ailleurs réussi à en recruter aucun pour exercer dans son CSAPA, après avoir écrit à tous, de sorte qu'elle est privée de coordonnateur médical.
2. Le ciblage des zones rurales pour ouvrir de nouvelles MS, où les médecins sont encore plus rares, et où ils exercent davantage en cabinets isolés, ce qui rend plus difficile de les mobiliser.
3. L'absence de financement complémentaire permettant de recruter un coordonnateur dédié pour toute la durée de l'expérimentation, qui aurait pu se consacrer au démarchage des médecins généralistes. C'est donc la directrice du CSAPA qui s'occupe de la coordination administrative, en n'ayant qu'un temps limité à lui consacrer.
4. L'absence d'un réseau de médecins généralistes ouverts à l'addictologie sur lesquels le CSAPA aurait pu s'appuyer.

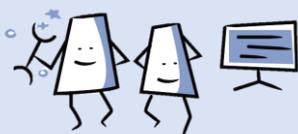
La coordinatrice administrative conclut de ces difficultés que l'implication obligatoire des médecins généralistes constitue un frein au dispositif des MS, lorsqu'ils manquent mais aussi lorsqu'ils dysfonctionnent, car les CSAPA n'ont aucun levier sur eux. Mais s'en passer réduirait les MS à des consultations avancées.

En 2022, une nouvelle MS a ouvert avec l'appui d'un autre EMS.

Dans les autres départements, une seconde vague de recrutement s'est déroulée en 2022. Elle a débuté par un appel à manifestation d'intérêt auprès des EMS, chargés de la coordination administrative et médicale. L'ARS et l'URPS médecins libéraux ont proposé un webinar d'information aux EMS intéressés, puis a sélectionné les candidatures en fonction des besoins identifiés sur leurs territoires, en veillant à éviter les recoupements (notamment à la frontière du Nord et de l'Aisne). Les médecins généralistes ont ensuite été démarchés, sans ciblage des partenaires habituels des EMS ou des SSP connues pour leur dynamisme : tous ceux impliqués dans des structures d'exercice coordonné (MSP ou CPTS) ont été invités à des webinaires de présentation du dispositif, soulignant la nécessité de pouvoir accueillir les professionnels dans leurs locaux. L'intervention de l'URPS s'est avérée précieuse pour convaincre les médecins, qui sont toujours plus réceptifs aux discours de leurs pairs. Ce travail a permis de constituer 17 nouvelles MS dont 6 dans l'Aisne, 3 dans l'Oise et 7 dans le Nord. Il n'a pas abouti dans les environs de Maubeuge, où la candidature d'un EMS avait été retenue, mais où la démographie médicale reste très défavorable, et où aucune structure d'exercice coordonné n'a adhéré au dispositif. Les équipes des nouvelles MS sont désormais complètes, avec des psychologues détachés par les EMS. Elles ont été formées de la même manière que dans la Somme.

Ressources humaines, facturation et redistribution des forfaits

La coordination du dispositif est assurée par les EMS. Des territoires d'intervention ont été définis pour chacun, de manière à réduire la distance avec les MS qu'ils portent. Il s'agit...



- De l'Association Le Mail dans la Somme,
- De l'antenne départementale de l'Association Addictions France dans l'Oise ;
- Du SATO-Picardie dans l'Oise ;
- Le CSAPA Horizon 02 dans l'Aisne ;
- L'AEP dans le Nord (et pour une MS dans l'Aisne en raison d'un partenariat antérieur avec la MSP de La Capelle) ;
- Le CSAPA du centre hospitalier de Valenciennes dans le Nord.

Dans la Somme, deux professionnels du Mail interviennent exclusivement en MS : une travailleuse sociale et un psychologue assurant aussi une fonction de coordination administrative (sans compter une seconde psychologue intervenant dans une seule MS pour des raisons logistiques). Celui-ci centralise les données de facturation, en récupérant les fiches d'inclusion générées par les médecins dans toutes les MS, puis en les transmettant à la comptable chargée de les saisir sur la plateforme Article 51 de la CNAM.

Dans l'Oise, un binôme de professionnels est détaché depuis les 2 antennes du CSAPA Addictions France les plus proches des 2 MS officiellement ouvertes, afin de limiter les trajets et même s'ils ne reçoivent aucun patient dans celle qui dysfonctionne. La saisie des données de facturation est assurée par la secrétaire de direction du CSAPA à partir des données transmises par les professionnels.

Les coordinateurs administratifs de ces 2 EMS échangent régulièrement. La facturation fonctionne correctement après quelques difficultés initiales : les patients étaient confondus pour les 2 EMS, la liste des médecins participants n'était pas à jour, etc., qui ont nécessité un suivi rapproché de l'ARS.

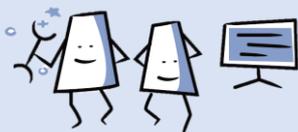
Dans l'Aisne, deux professionnels du CSAPA Horizon 02 interviennent : une psychologue et une éducatrice spécialisée, à hauteur de 0,5 et 0,3 ETP. La coordination administrative a d'abord été assurée par le directeur adjoint, puis reprise par l'assistante de direction après son départ.

Dans le Nord, un binôme de professionnels, dont un psychologue recruté pour l'occasion, est détaché par l'AEP dans les 4 MS qu'elle porte. La coordination administrative est assurée par le directeur général de l'AEP et un chef de service. Les données de facturation sont saisies par une secrétaire à partir des fiches d'inclusion générées par les professionnels, auxquels les médecins abandonnent le travail de saisie sur le logiciel Maia.

Coordination interne des MS

Elle s'effectue de manière décentralisée : les professionnels conviennent d'un jour de passage dans chaque MS, tandis (dans la plupart des cas) qu'un médecin leur prête son bureau. Tous les soucis de salle et d'agenda sont désormais réglés.

Les RCP sont trimestrielles. Elles sont un peu éloignées, mais les médecins ne peuvent faire plus. Dans la Somme, la coordinatrice médicale a demandé aux professionnels de leur adresser des synthèses mensuelles afin qu'ils restent malgré tout informés. Dans le Nord, l'AEP organise des points semestriels avec les médecins et les équipes de l'EMS.



Animation et accompagnement

Chaque EMS est chargé de désigner un coordinateur administratif, servant de référent pour l'ARS : il s'agit le plus souvent du directeur, parfois d'un secrétaire ou du comptable.

Dans la Somme, l'intervention des mêmes professionnels dans toutes les MS permet de créer de la transversalité : il leur est facile d'observer ce qui fonctionne ou dysfonctionne selon les organisations, les personnalités, etc., pour proposer des améliorations. Les médecins n'ont pas eu la possibilité de se rencontrer et d'échanger directement après la formation initiale. La coordinatrice médicale s'efforce de faire connaître les MS aux autres acteurs du territoire : l'unité mobile du CSAPA, celle d'alcoologie du CHU d'Amiens, les professionnels rencontrés lors de congrès, etc.

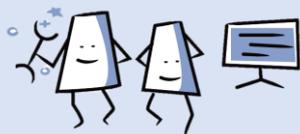
Dans l'Oise, la coordinatrice administrative de l'AAF accompagne les MS, mais ses possibilités sont limitées lorsque les difficultés viennent de la démographie médicale.

A l'échelle régionale, une coordination était prévue sous la forme d'un comité de pilotage associant l'URPS médecins libéraux, la fédération des structures d'exercice coordonné dans les Hauts-de-France, les coordinateurs médicaux et administratifs, ainsi que l'ARS. L'épidémie de Covid-19 puis des tensions RH à l'ARS n'ont cependant permis de le réunir qu'une fois. A défaut, l'ARS propose des réunions régulières aux coordinateurs administratifs d'une part, et médicaux d'autre part.

Conseils et formations addictologiques

Les EMS sont chargés d'identifier un coordinateur médical, parmi leurs équipes ou leurs partenaires. Cela s'est fait sans difficulté, sauf dans l'Oise où le CSAPA Addictions France est privé depuis longtemps de médecin. Ces coordinateurs médicaux constituent un interlocuteur pour les médecins des MS, qui peuvent les solliciter face aux cas complexes. Ils doivent aussi participer aux premières RCP des nouvelles MS, afin de s'assurer que leur dynamique collective s'instaure, et répondre aux besoins de formations qu'ils identifient ou qu'expriment les équipes.

Dans la Somme, une addictologue du CSAPA intervient depuis plusieurs années auprès des MS. Elle est très investie et assure désormais la coordination médicale, officiellement à 0,2 ETP. Elle participe aux RCP de toutes les MS. Cela lui permet d'améliorer les prises en charge et de former les médecins, en leur montrant dans quelles situations orienter vers le psychologue ou la travailleuse sociale, et comment intervenir avant que les conduites addictives ne dégénèrent, en évoluant vers la prévention. La coordinatrice médicale assure aussi une *hotline* addictologique à destination des médecins généralistes, qui a particulièrement servi lors du premier confinement, lorsque certains patients dont ils ignoraient la dépendance se sont trouvés brutalement sevrés. Les médecins apprécient énormément cette aide, qui contribue aussi à les former et à les autonomiser : ils ne rappellent jamais pour les mêmes problèmes. La coordinatrice médicale a enfin proposé quelques formations en addictologie, qui ont peu fonctionné : les médecins sont moins demandeurs de savoirs théoriques que d'un accompagnement concret face aux situations qu'ils rencontrent en pratique. La participation de la coordinatrice médicale aux RCP reste ainsi la meilleure manière de les former, de façon informelle.



Principales difficultés rencontrées

Financières

L'**équilibre financier** est difficilement atteignable dans les zones rurales, en raison des frais de déplacement des professionnels et de la faible patientèle des MS. En 2021, l'Association Addictions France 60 n'a pas été déficitaire seulement parce qu'elle a conservé sa subvention précédente de 40 000 €, identifiée par l'ARS à un crédit d'amorçage pour la première année d'expérimentation. Il n'est pas certain que la revalorisation des forfaits suffise à corriger ce déséquilibre, en particulier si les MS ne parviennent pas à inclure davantage.

Il serait plus rentable pour les EMS d'ouvrir des MS en ville. Une autre possibilité pour renforcer les files actives serait d'élargir les possibilités d'inclusion, à la fois aux autres professionnels des MSP qui les accueillent, et aux médecins généralistes environnants. L'ARS autorise désormais la mutualisation des MS entre plusieurs SSP, à condition qu'elles se trouvent dans le même village, et que les médecins concernés soient rattachés à la CPTS. Ceci revient à concevoir les MS comme des unités fonctionnelles sur un territoire, plutôt que comme des unités de lieu. Il serait contreproductif, en revanche, d'adresser des patients aux médecins des MS afin qu'ils les incluent, car ceux-ci n'ont pas envie de développer une activité élevée en addictologie et possèdent déjà des patientèles conséquentes.

Une dernière solution serait de conduire les médecins à repérer davantage les conduites addictives, en particulier les toxicomanies.

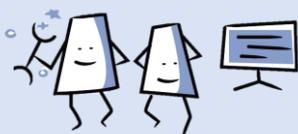
La question du **versement de loyers par les professionnels détachés** est revenue de manière récurrente lors du démarchage des SSP, en conduisant au retrait de certaines candidatures. Il est difficile de mesurer l'étendue du problème : d'autres médecins sont convaincus que des solutions sont toujours possibles, qu'il leur suffit généralement de prêter leur bureau lorsqu'ils ne l'utilisent pas, ce que l'intérêt des MS pour leurs patients justifie. Certaines communes ont attribué une salle à leur MS, mais cela dénature un peu le dispositif. L'ARS considère qu'il s'agit du principal frein au déploiement des MS à grande échelle (depuis la simplification du logiciel Maia).

Le **nombre de consultations avec les psychologues** prévu par le forfait s'avère insuffisant d'après eux : il en faut davantage que 7 en moyenne.

Dans la Somme, Le Mail bénéficiait d'un financement global, intégré à sa dotation : elle n'avait pas besoin de suivre précisément l'activité des MS pour les facturer, tandis que les professionnels pouvaient recevoir du tout-venant, sans orientation nécessaire par un médecin généraliste. Les patients concernés sont désormais renvoyés vers les antennes du CSAPA lorsqu'elles ne sont pas trop éloignées, ou suivis indépendamment de l'expérimentation. Leur prise en charge alors financée par la dotation globale du Mail, ce qui a engendré des **erreurs de facturation** : 15 patients suivis en MS mais non-inclus dans l'expérimentation ont été facturés.

Organisationnelles

Des **difficultés de gestion des RH** ont été rencontrées dans l'Oise, en raison notamment de la forte féminisation de l'équipe du CSAPA, qui s'est traduite par de nombreux congés maternité simultanés, peu simples à remplacer – sans compter l'absence de coordonnateur médical.



Dans la Somme, la travailleuse sociale intervient à mi-temps dans l'ensemble des MS portées par le Mail. Compte-tenu de leur éloignement, elle doit espacer ou grouper ses visites : elle n'intervient que tous les mois dans certaines MS, mais peut aussi se rendre dans 2 ou 3 la même journée. Ceci lui offre peu d'occasion de se faire connaître des médecins et d'échanger informellement avec eux, tout en accentuant la tendance des MSP à traiter la MS comme une variable d'ajustement dans l'usage des locaux. La travailleuse sociale doit régulièrement rappeler les secrétaires pour vérifier que ses créneaux sont toujours disponibles, et ajuster son organisation, ce qu'elle trouve usant. Dans la Somme, la systématisation des RCP a permis de constater que beaucoup de patients inclus par les médecins ne contactent jamais les professionnels, et n'initient pas de suivi en MS. Les professionnels essaient donc d'expliquer aux médecins la différence entre orientation et inclusion.

Professionnelles

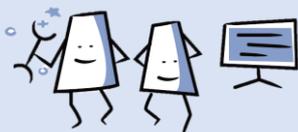
La **saisie des données sur Maia** est rédhibitoire pour les médecins, en raison autant de sa lourdeur que de son manque de pertinence perçu. Beaucoup de questions concernent les toxicomanies aux opiacés notamment, alors que les MS reçoivent principalement des patients souffrant d'alcoolisme, et risquent de faire tourner la consultation d'inclusion à l'interrogatoire. Maia n'a pas non plus l'intérêt de permettre la transmission d'information entre les professionnels des MS. Dans la Somme, ces retours datent d'ailleurs de l'ouverture des premières MS il y a 10 ans. Les médecins généralistes n'ont probablement jamais été très assidus dans leurs saisies, et l'expérimentation s'est accompagnée d'une pression supplémentaire qu'ils ne comprennent pas. Ce sont le coordonnateur administratif et la coordinatrice médicale qui l'exercent, et la trouvent contreproductive : il serait plus utile de discuter des patients plutôt que de relancer les médecins généralistes à propos de saisies qu'il est impossible de leur imposer. Désormais, les coordonnateurs exigent seulement les données nécessaires aux inclusions. Ils ont essayé de les compléter à l'aide d'informations glanées pendant les RCP, mais cela contrariait leur fonctionnement, en les orientant vers la saisie plutôt que les discussions, de sorte qu'ils ont renoncé.

Des équipes souhaitent **impliquer leur psychologue libéral**, à l'encontre de la décision initiale de l'ARS. Celle-ci était prête à y revenir, mais il n'a pas été possible de modifier l'arrêté régional à temps.

Le **recueil du NIR** et de la date de naissance a suscité des inquiétudes quant à l'anonymat des patients.

Les **travailleurs sociaux ne sont pas suffisamment sollicités**. D'une part, ils effraient les patients, notamment les femmes craignant de perdre la garde de leurs enfants. Les médecins généralistes évoquent désormais des spécialistes de l'addiction, ce qui passe beaucoup mieux. D'autre part, les médecins méconnaissent souvent l'apport des travailleurs sociaux. Cela est en train de s'améliorer grâce aux RCP et, dans la Somme, grâce aux interventions de la coordinatrice médicale. L'absence d'un psychologue, et la reprise de ses suivis par le travailleur social pour éviter de les interrompre, peut aussi contribuer à le rendre visible pour les médecins. Ceux-ci changent seulement d'attitude lorsqu'ils observent des apports concrets pour leurs patients.

Les médecins éprouvent souvent des **difficultés à participer aux RCP**, par manque de temps et multiplicité des dispositifs dans lesquels ils doivent s'impliquer. La



coordinatrice administrative de l'Oise donne l'exemple d'un médecin de bonne volonté, mais pris par ses consultations de 8h15 à 20h.

Dans l'Oise, il est dévalorisant pour les professionnels d'être envoyés dans des structures qui n'incluent pas ou peu avec peu d'activité. La direction du CSAPA a maintenu leurs permanences à la fois pour respecter ses engagements, et dans l'espoir de tisser des liens avec les médecins : si les professionnels ne se rendaient pas visibles, il est probable que les inclusions s'arrêteraient totalement.

Dans la Somme, trois MS fonctionnent moins bien que les autres, n'incluant pas ou très peu. Elles concernent des médecins plutôt âgés, dont les représentations et les attitudes sont difficiles à modifier : ils restent focalisés sur l'alcool et sont réticents à déléguer la prise en charge de leurs patients. Le départ en retraite de l'un d'eux s'est accompagné d'un changement de dynamique très net dans sa MS. Les autres ont particulièrement besoin d'être soutenus par la coordinatrice médicale, qui peut réfléchir avec eux sur les raisons pour lesquelles ils n'incluent pas, malgré des besoins réels dans leur patientèle, et sur la meilleure manière d'intégrer la MS à leur pratique. Or, elle a été absente une partie de l'année 2022 : il en a résulté un net fléchissement de la dynamique collective, avec la disparition de l'effet mobilisateur de sa participation aux RCP.

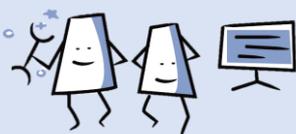
Leviers

Les MS sont rassurantes pour les médecins généralistes : ils n'hésitent plus à prendre en charge les conduites addictives, sachant qu'ils ne seront pas seuls à gérer ensuite. Ils sont très satisfaits, sauf du logiciel Maia.

Les MS répondent à une patientèle spécifique :

- Plus féminisée qu'en CSAPA, à 30 % au lieu de 15 % environ,
- Peu mobile, ne pouvant se déplacer en CSAPA,
- Salariée, donc indisponible pour des consultations en milieu de journée.

Les MS deviennent un recours pour les patients, qui peuvent les solliciter lorsqu'ils rencontrent de nouvelles difficultés, afin d'éviter de perdre pied. Cet accompagnement à long terme est théoriquement possible depuis les CSAPA ou les CMP, mais pas avec la même facilité que depuis les MS, qui bénéficient de leur proximité.



Île-de-France

Données

Entretiens

- Porteurs
 - Marion Perez, cheffe de projets, direction de l'Innovation, de la Recherche et de la Transformation Numérique, ARS, jusqu'en janvier 2023
 - Jean-Baptiste Eccel, chef de projet addictions, ARS
 - Delphine Vilain, cheffe de projets Addictions, ARS
 - Line Safwan, cheffe de projets, direction de l'Innovation, de la Recherche et de la Transformation Numérique, ARS, depuis mars 2023
 - Leila HADDOU, Chargée de mission personnes en difficultés spécifiques (PDS) DD93
- Coordinateurs
 - Sehade Mahammedi, coordinatrice administrative pour la Seine-Saint-Denis jusqu'en août 2022
 - Bérangère Tranakidis, coordinatrice administrative pour la Seine-Saint-Denis depuis février 2023
- Acteurs
 - Un directeur de centre de santé
 - Deux médecins généralistes, un psychologue et un travailleur social
 - Aucun patient

Études de cas : 1 en 2022, 1 en 2023

Questionnaires EMS : 1 réponse

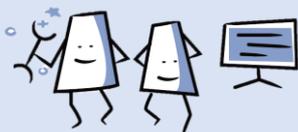
Avancement de l'expérimentation au printemps 2023

- ❖ Nombre de MS : 18 + 7 en projet
- ❖ Dates d'ouverture : 3 en 2018, 1 en 2019, 4 en 2020, 4 en 2022, 6 en 2023
- ❖ Répartition géographique : toutes en Seine-Saint-Denis
- ❖ Structures porteuses : 1 cabinet médical, 5 MSP et 6 centres de santé
- ❖ EMS de rattachement : 1
- ❖ Professionnels :
 - 57 médecins généralistes soit 4,8 par MS en moyenne
 - 3 psychologues, tous détachés
 - 2 travailleurs sociaux
- ❖ Files actives : 628 patients inclus depuis fin 2019, soit 52,3 par MS en moyenne

Modalités de déploiement

L'ARS a pris plusieurs décisions, en lien avec ses partenaires :

1. Assurer directement le pilotage de l'expérimentation.
2. Commencer par développer le dispositif existant en Seine-Saint-Denis avant de s'étendre à d'autres départements.
3. Inciter chaque EMS à porter au moins 3 MS, afin que les forfaits apportent un financement suffisant pour la coordination.
4. Privilégier les territoires où l'offre de soins en addictologie est la moins dense.



Concernant MS post-covid, l'approche retenue consiste à élargir le dispositif Equip'addict : tous les EMS ont été invités à participer, en choisissant les MSMA susceptibles de rejoindre cette seconde expérimentation.

Constitution des MS

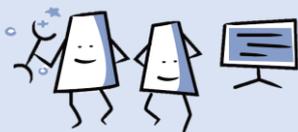
En Seine-Saint-Denis, les réflexions sur les MS ont débuté en 2016 à l'initiative de la ville de Pierrefitte-sur-Seine, aboutissant à l'ouverture de 4 MS en 2018, au sein de structures d'exercice coordonné et dans des quartiers prioritaires. Ces MS sont portées par l'association Proses, qui gère notamment deux CAARUD et un centre d'hébergement à Montreuil et Saint-Denis. L'ARS a choisi de lui apporter un financement complémentaire de 60 000 € pour piloter l'expérimentation en Seine-Saint-Denis, en recrutant une coordinatrice à temps plein et en ouvrant 8 MS supplémentaires.

Les MS préexistantes fonctionnaient de manière assez souple, et s'intéressaient plutôt à la précarité qu'aux addictions. Dès son arrivée en 2019, la première coordinatrice administrative s'est efforcée de les structurer, en créant un système d'information sur leurs activités, et de les réorienter vers les addictions, afin qu'elles répondent mieux au CdC. Leur inscription dans l'expérimentation n'a donc pas soulevé de difficulté : il a seulement été décidé de fermer la MS du CMS de Pierrefitte devant l'absence d'orientations par les médecins (une dizaine de patients suivis entre 2018 et 2020).

Il était prévu d'ouvrir 4 nouvelles MS en Seine-Saint-Denis, sans fléchage particulier vers certains territoires ou certaines structures de soins primaires. Proses a privilégié les communes où elle intervenait déjà afin d'éviter des difficultés logistiques et de maintenir son ancrage territorial. Elle a ensuite ciblé les structures d'exercice coordonné, disposant déjà d'une culture de la pluriprofessionnalité jugée nécessaire au bon fonctionnement des MS. Ses propositions ont été validées par l'ARS. Proses a finalement sollicité les municipalités qui, dans le département, ont une réelle tradition de santé publique, afin qu'elles la mettent en relation avec les structures ciblées, même lorsqu'il ne s'agissait pas de CMS. Ceci a permis de rassurer les médecins généralistes mais aussi de faire connaître les MS aux municipalités, dans l'optique de les pérenniser. Neuf nouvelles MS ont ainsi été ouvertes. Les médecins généralistes qui en ont fait la demande ont bénéficié d'une sensibilisation à l'addictologie, concernant notamment le repérage des pratiques addictives à l'aide du RPIB, dispensée par le médecin de Proses.

En 2023, faute de parvenir à ouvrir suffisamment de MS ailleurs en IdF, l'ARS a proposé à Proses d'en porter 4 supplémentaires. Il serait possible de les ouvrir assez rapidement en théorie, en particulier dans les villes disposant de plusieurs CMS, dont l'un accueille déjà une MS. Proses a cependant décliné, jugeant les circonstances actuelles trop défavorables : d'une part, une nouvelle coordinatrice administrative vient de prendre son poste, et doit déjà relancer le dispositif et mobiliser les équipes pour l'évaluation ; d'autre part, l'une des professionnelles intervenant en MS va prendre un congé maternité assez long et sera difficile à remplacer.

Dans les autres départements, le déploiement a commencé en 2022. Les EMS ont été sollicités via une information des Délégations Départementales de l'ARS, des échanges préliminaires ont eu lieu avec certains, puis un webinar d'information en juillet. Sept ont finalement candidaté, situés à Paris, dans le Val-de-Marne, les Hauts-de-Seine et l'Essonne. Ils étaient chargés de démarcher les médecins généralistes, de manière à proposer un projet comportant au moins 3 MS et des perspectives d'inclusions suffisantes. Les délégations départementales de l'ARS ont parfois appuyé ce travail, notamment sur les territoires possédant beaucoup de centres de santé,



comme le Val-de-Marne. L'ARS a finalement retenu la candidature de 4 EMS, en soulignant la grande qualité des 3 autres, principalement selon des critères de densité de l'offre de soins addictologiques :

- En Seine-et-Marne
- Dans l'Essonne
- Dans le Val-de-Marne
- Dans les Hauts-de-Seine

Quelques difficultés sont apparues ensuite pour mobiliser les médecins. Seulement 2 ont assisté à un webinaire de présentation du fonctionnement administratif des MS, tandis que dans les Hauts-de-Seine, la moitié des volontaires se sont désengagés. Il s'agit de médecins exerçant en cabinet, sans doute effrayés par la charge de travail, et qui n'ont pu être rassurés par un coordinateur médical. Ils n'ont pu être remobilisés, et l'EMS a retiré sa candidature faute d'un nombre suffisant de MS. Dans les autres départements, les équipes sont constituées, les formations prévues, et les arrêtés en cours de rédaction, de sorte que les MS devraient pouvoir commencer à inclure au printemps 2023.

La suite de cette synthèse concerne exclusivement la Seine-Saint-Denis, seul département où des MS étaient en activité lors de sa rédaction.

Ressources humaines, facturation et redistribution des forfaits

Tous les professionnels sont détachés par Proses. Ils ont été recrutés spécifiquement pour intervenir en MS, où se concentre leur activité. Depuis 2022, il s'agit de :

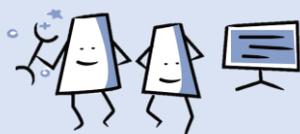
- 2 psychologues à 60 % pour Equip'addict et 20 % pour MS post-Covid,
- 1 psychologue à 50 % pour les MS et 50 % pour le CAARUD,
- 2 travailleurs sociaux à 100 % pour les MS.

Les psychologues sont particulièrement occupés, une réflexion est en cours pour passer à 100 % leur temps d'intervention en MS.

Toute la gestion financière est assurée par Proses. En pratique, les médecins remplissent une fiche d'inclusion sur papier, qu'ils remettent aux professionnels. Ceux-ci transmettent les données de facturation à la coordinatrice administrative, qui les saisit tous les mois. C'est la solution la plus simple pour assurer l'anonymat des patients sans passer par Maia, qui rebuterait les médecins. Les professionnels utilisent les fiches d'inclusions pour leurs saisies, tandis que la coordinatrice renseigne *a minima* les fiches médicales. Elle consacre un tiers de son temps au suivi des inclusions et à la facturation, en s'assurant notamment que les médecins orientent correctement les patients, et en cherchant des solutions pour ceux qui se trouvent dans des situations particulières vis-à-vis de la CNAM.

Coordination interne des MS

Elle est assurée par la coordinatrice administrative, qui consacre un autre tiers de son temps à la recherche de salles, à la gestion des plannings, à l'organisation des RCP... Son objectif est que les professionnels soient déchargés de tout travail d'organisation. Il serait difficile de procéder autrement, en laissant chaque MS s'organiser de manière autonome, c'est-à-dire composer avec les disponibilités de professionnels intervenant chacun dans 4 à 6 MS.



Animation territoriale

La coordinatrice administrative assure un accompagnement étroit des MS. Elle intervient lorsque les professionnels l'informent de difficultés, ou lorsqu'elle observe une absence prolongée d'inclusions. Elle participe régulièrement aux RCP, en moyenne tous les 2 mois : cela lui permet d'échanger avec les équipes et de les recadrer au besoin. Elle dialogue beaucoup avec la CNRMS : cela l'aide à prendre du recul, à mieux identifier les situations véritablement problématiques, mais aussi à légitimer ses interventions. Sa circulation entre les MS lui permet de créer de la transversalité sans passer par des dispositifs formels. Quelques temps d'échange ont cependant été organisés entre les professionnels intervenant en MS, qu'il est question de régulariser, mais aussi d'élargir au-delà de Proses : la coordinatrice administrative a sollicité la CNRMS, qui a proposé à son équipe d'assister à la journée régionale des MS de BFC en juin 2023. Enfin, une newsletter est diffusée aux acteurs des MS et aux partenaires de Proses, concernant la vie des MS et incluant une veille addictologique. La coordinatrice administrative travaille à insérer les MS dans l'offre médico-sociale environnante. Il s'agit d'abord de les faire connaître aux autres professionnels des structures porteuses, qui sont susceptibles d'orienter des patients (comme les infirmiers Asalée intervenant en addictologie, qui ont reçu la possibilité d'inclure au même titre que les médecins généralistes, ou les dentistes pouvant recevoir des patients aux dents abimées par la consommation de substances). Il s'agit aussi de nouer des partenariats afin de faciliter les orientations : psychiatrie de ville et hospitalière, service sociaux, associations locales, etc. Le travail d'insertion des MS dans leur territoire se traduit enfin par une participation aux contrats locaux de santé et aux conseils locaux de santé mentale des municipalités concernées, ainsi qu'aux projets de CPTS.

L'ARS a commencé à réfléchir à une coordination régionale, qui permettrait de fédérer les acteurs concernés, sans bien savoir encore à quel acteur la confier.

Conseils et formations addictologiques

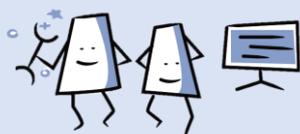
Il n'a pas été possible de recruter un coordonnateur médical dédié. L'ex-médecin de Proses continue à intervenir auprès des MS : il assure les formations au RPIB et accompagne les médecins généralistes ou professionnels qui le sollicitent (rendez-vous en CSAPA, conseils de prise en charge, orientations, etc.).

Un programme de formation commençait à se développer en 2022, avec une première formation thématique en addictologie offerte aux professionnels des MS au printemps, mais a été interrompu par le départ de la première coordinatrice administrative. Des demandes apparaissent aujourd'hui chez les médecins sur l'alcool et les mésusages des médicaments.

Principales difficultés rencontrées

Financières

Le forfait initial était très insuffisant, Proses estimant que ses frais s'élèvent à presque 1 000 € par patient (compte-tenu de ses activités de coordination et de la taille actuelle des files actives). Elle n'est pas déficitaire grâce au complément apporté par l'ARS sur le FIR, mais le financement de la coordination lui semble à repenser en cas de généralisation du dispositif (en réfléchissant pas exemple à une indexation sur le nombre de MS coordonnées et les effectifs de patients suivis). Il en va de même pour MS post-Covid : si le forfait revalorisé devrait couvrir le recrutement des psychologues,



il reste insuffisant pour la coordination, qui se trouve aujourd'hui financée par Equip'addict.

Les longs délais de réponse de la CNAM face aux cas particuliers qui ne manquent jamais de survenir a constitué un frein significatif. Une dizaine de patients n'ont pu être facturés en 2021, généralement parce qu'ils étaient affiliés à des régimes spéciaux ou à aucun régime de l'Assurance maladie : personnels hospitaliers, demandeurs d'asile, bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat, etc. La situation a finalement été régularisée en février 2022 grâce à l'implication de l'ARS.

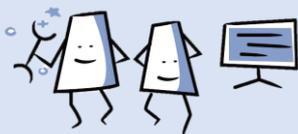
Le circuit de facturation est inefficace : la coordinatrice administrative doit saisir manuellement toutes les données, tandis que les médecins ne peuvent y accéder ensuite. Cela requiert un temps considérable, et ne permet pas de procéder facilement à des vérifications. Certains patients auraient ainsi été facturés en double en 2022, sans qu'il ne soit possible de déterminer lesquels et pourquoi. De même, les médecins ne reçoivent pas d'alerte à la date anniversaire des inclusions, les informant qu'ils doivent renouveler les patients toujours suivis dans leur MS. La coordinatrice administrative se charge donc de ces vérifications, en profitant de chaque RCP pour interroger les médecins sur leurs patients arrivant à échéance. Enfin, les structures de soins primaires reçoivent un virement global de la CNAM, sans être informées des activités auxquelles il correspond : le financement est opaque pour elles.

Organisationnelles

Les inclusions ont tendance à évoluer selon une courbe en cloche : elles croissent rapidement à l'ouverture des MS, car les médecins repèrent des patients à inclure pendant l'élaboration du projet. Par exemple, les MS ouvertes en janvier 2022 étaient déjà pratiquement pleines en mars. Les inclusions déclinent toutefois après 18 ou 24 mois, lorsque les médecins ont répondu aux besoins les plus criants dans leur patientèle. Cette tendance est surtout visible dans les MSP, dont les médecins n'acceptent plus de nouveaux patients. Il est nécessaire de travailler avec eux pour qu'ils considèrent plus largement et dépistent plus systématiquement les conduites addictives, au-delà des situations les plus évidentes. Deux axes de progression apparaissent, concernant l'alcool et les mésusages des médicaments (que les médecins sont en difficulté pour gérer lorsqu'ils sont prescripteurs des traitements concernés).

Les MS atteignent des qualités de fonctionnement très inégales. Dans certaines s'installe une réelle dynamique collective, tandis que dans d'autres, les médecins considèrent plutôt les professionnels de Proses comme des prestataires, auxquels ils adressent des patients sans se préoccuper de leur suivi. Cette différence est particulièrement visible lors des RCP, qui se limitent parfois à une description de leurs activités par les professionnels, sans réel échange avec les médecins. Ces derniers ont encore besoin d'être accompagnés pour s'approprier pleinement le dispositif.

La coordinatrice administrative présente depuis le début de l'expérimentation a quitté son poste en août 2022, et n'a pu être remplacée durablement qu'en février 2023. Cette carence de presque 9 mois a gravement perturbé le dispositif. D'une part, la facturation s'est interrompue : elle n'a fini d'être rattrapée qu'en mai 2023, ce qui aurait pu mettre Proses en difficulté si elle ne disposait pas d'un budget suffisant pour absorber un tel imprévu. D'autre part, la dynamique des MS s'est étiolée. Les inclusions se sont poursuivies au même rythme dans les 4 MS fonctionnant le mieux, mais ont cessé complètement dans 4 autres et nettement ralenti dans les 4 dernières, tandis qu'aucune RCP n'a plus été organisée, cela représentant une charge trop lourde pour les professionnelles. La nouvelle coordinatrice administrative doit



beaucoup s'investir pour relancer le dispositif, en remobilisant les équipes autant qu'en assainissant la situation administrative.

Les psychologues et les travailleurs sociaux peuvent être difficiles à recruter, dans un contexte de fortes tensions en RH dans le secteur médico-social. La montée en charge d'Equip'addict et le démarrage de MS post-Covid ont été bienvenus en permettant de proposer des temps presque complets, qui répondent mieux aux attentes des professionnels. La rareté des travailleurs sociaux n'en constitue pas moins une raison supplémentaire pour laquelle Proses a refusé d'ouvrir de nouvelles MS en 2023. De surcroît, le turn-over des professionnels a parfois engendré quelques difficultés, en affaiblissant transitoirement les dynamiques d'équipe. Dans les CMS, des changements de direction peuvent avoir le même effet : ils remettent en cause les équilibres et la confiance qui permettent aux MS de fonctionner. Face à cette fragilité des MS, l'accompagnement de la coordinatrice administrative est primordial : il permet d'assurer la continuité des MS face aux changements de personnes ou d'organisation, en s'appuyant sur le porteur au besoin.

Les professionnels trouvent les déplacements problématiques, de même que la multiplicité des MS où ils interviennent. Les réseaux de transport sont inadéquats en Seine-Saint-Denis, de sorte qu'ils perdent beaucoup de temps pour rejoindre des MS pourtant proches. Ils doivent aussi s'adapter à des équipes variées, ce qui n'est pas toujours simple.

Professionnelles

Le poste de coordinatrice administrative difficile à pourvoir car il associe des activités très gestionnaires, comme le suivi d'activité et la facturation, à des activités relevant davantage du pilotage et de l'animation. Ces activités ne requièrent pas les mêmes compétences ni les mêmes goûts, ce qui a d'ailleurs conduit au départ après 6 semaines d'une coordinatrice administrative recrutée à l'automne. Il y a deux raisons à cela : d'une part, l'absence de coordinateur médical, faisant que les missions d'animation ont dû être reprises par les coordinatrices administratives ; d'autre part, l'inefficacité du circuit de facturation, qui fonctionne de manière très artisanale et requiert un temps considérable. Deux solutions sont envisageables : (1) dissocier les missions de gestion et d'animation, ce qui apporterait aussi davantage d'efficacité, en rendant le dispositif moins dépendant d'une seule personne, (2) développer un système d'information efficace.

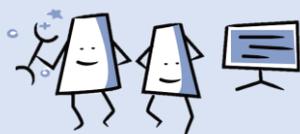
Les médecins généralistes ne font aucune saisie sur Maia, dont certains ne semblent même pas connaître l'existence. La première coordinatrice administrative n'a pas voulu leur imposer pas : lors de sa prise de poste, tous ceux exerçant dans les MS préexistantes s'étaient plaints de ce travail perçu comme administratif. Aujourd'hui, beaucoup de médecins sont tellement débordés qu'ils n'arrivent pas à lire leurs courriels : ils lui envoient des messages vocaux sur WhatsApp. Ils cesseront d'inclure si on les force à remplir des dossiers, et la revalorisation du forfait n'y changera rien.

Les formations restent à développer, mais il paraît souhaitable de rémunérer le temps que les médecins généralistes et les professionnels y consacrent.

Le déploiement de l'expérimentation hors de la Seine-Saint-Denis est apparu très lourd, et parfois frustrant à l'ARS, en raison des efforts nécessaires pour identifier des partenaires et les convaincre de s'engager.

Leviers

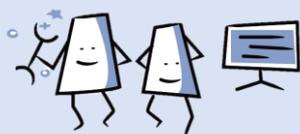
Les médecins sont très satisfaits : les MS les aident efficacement face à des patients qu'ils n'arrivaient pas à prendre en charge, de surcroît sans rien leur coûter. Ils



reconnaissent l'intérêt des RCP et les investissent malgré leur manque de temps, bien qu'il faille un peu les poursuivre pour en fixer les dates. La coordinatrice administrative souhaite organiser les RCP sur des créneaux fixes plutôt qu'à des dates choisies d'une fois sur l'autre, ce qui la soulagerait, et contribuerait aussi à rendre les MS moins périphériques dans les agendas des médecins.

Les professionnels jugent le travail en MS très intéressant, à la fois par l'intégration à des équipes soignantes et la rencontre des patients inaccessibles autrement.

Les patients apprécient d'être suivis en MS. Il s'agit souvent de personnes qui refusent de se rendre dans des services spécialisés, soit en raison de mauvaises expériences passées, soit parce qu'elles n'identifient pas leurs conduites comme addictives, soit parce qu'elles refusent de les arrêter, soit parce qu'elles n'en ont pas les moyens. La plupart n'avait jamais été orientée en addictologie, mais ont noué des alliances thérapeutiques fortes avec leur médecin généraliste. Beaucoup sont précaires, et n'auraient jamais pu consulter de psychologue autrement.



Occitanie

Données

Entretiens

- Porteurs
 - Christophe Bonnier, directeur adjoint, Direction des projets, ARS
 - Laurence Gomez, chargée de mission, Direction des projets, ARS
- Coordinateurs
 - Nadège Pereira-Pujol, directrice du CSAPA de Rodez et coordinatrice administrative régionale de l'expérimentation pour les structures rattachées à l'association Addictions France
 - Francine Quesada, chargée de mission de la 2PAO pour l'animation territoriale de l'expérimentation
- Acteurs
 - Un directeur d'EMS
 - Deux médecins généralistes, un psychologue et un travailleur social
 - 6 patients

Études de cas : 2 en 2021, actualisées en 2022

Questionnaires EMS : 12 réponses

Avancement de l'expérimentation au printemps 2023

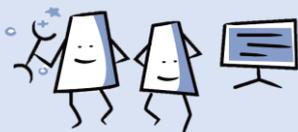
- ❖ Nombre de MSMA : 30 + 2 fermées
- ❖ Dates d'ouverture : 4 en 2017, 14 en 2020, 8 en 2021, 6 en 2022
- ❖ Répartition géographique : entre 1 et 4 MS dans chacun des 13 départements de la région
- ❖ Structures porteuses : 2 cabinets partagés, 27 MSP et 1 CMS
- ❖ EMS de rattachement : 19 différents, soit 1.6 MSMA par EMS

- ❖ Professionnels :
 - 135 médecins généralistes
 - 27 psychologues dont 6 libéraux
 - 30 travailleurs sociaux
- ❖ Files actives : nc

Modalités de déploiement

L'ARS a pris plusieurs décisions, en lien avec ses partenaires :

1. Confier une mission de coordination administrative au CSAPA de Rodez, rattaché à l'association Addictions France (AAF), qui portait 2 des 4 MS fonctionnant déjà dans la région.
2. Confier une mission d'« animation régionale » à la Plateforme Professionnelle Addiction Occitanie (2PAO, ex-RAMIP) avec un financement complémentaire issu du FIR, à hauteur de 45 000 € / an sur 3 ans pour recruter une chargée de mission. L'expérience des MS préexistantes montre en effet qu'il est essentiel de les accompagner, afin que des professionnels de cultures différentes apprennent à travailler ensemble.



3. Confier la gestion administrative du dispositif aux EMS détachant des professionnels en MS plutôt qu'à des acteurs transversaux, afin qu'elle s'accomplisse au plus près du terrain.
4. Ouvrir au moins une MS dans chaque département, en ciblant prioritairement les territoires peu couverts par l'offre de soins en addictologie (qu'ils soient ruraux ou urbains, comme le quartier du Mirail à Toulouse).
5. Privilégier les MSP, pour s'appuyer sur leur expérience de la pluriprofessionnalité et améliorer la résilience des MS (en leur permettant d'être portées par plusieurs médecins).

Constitution des MS

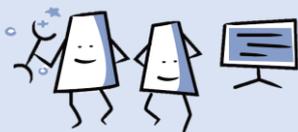
Les MS étaient l'un des projets structurants du Projet Régional de Santé 2018-2022. Quatre ont ouvert en 2017 avec le soutien de l'ARS, de l'AAF et de la CNRMS. Elles étaient financées par le FIR et sont toutes rentrées dans l'expérimentation dans l'espoir d'obtenir un financement pérenne. Cela n'a pas soulevé de difficultés particulières, d'autant que l'arrêté régional d'Equip'addict a été construit à partir des résultats de cette première tentative.

Concernant l'ouverture de nouvelles MS, la 2PAO s'est occupée de la prospection, confiée à deux chargées de mission pour l'ouest (ex-Midi-Pyrénées) et l'est (ex-Languedoc-Roussillon) de la région. Celles-ci ont pu s'appuyer sur les délégations départementales de l'ARS, qui ont signalé les MSP les plus dynamiques ainsi que les territoires présentant les plus forts besoins. Elles ont ensuite travaillé de manière assez différente.

- La chargée de mission pour l'Ouest s'est appuyée sur un travail de sensibilisation et de structuration entrepris depuis 2014, qui visait à ouvrir les médecins généralistes libéraux à l'addictologie et à les rapprocher des EMS. Cela n'allait pas sans difficultés : les médecins qui acceptaient d'orienter des patients vers les EMS étaient parfois confrontés à leur refus, ou avaient l'impression d'en être dépossédés par les EMS... Les MS sont apparues comme une solution intéressante, et ont été proposées à certains médecins rencontrés à cette occasion.
- La chargée de mission pour l'Est n'a pu s'appuyer sur cette connaissance préalable du terrain : elle est plutôt passée par les EMS pour identifier les médecins susceptibles d'être intéressés, en bénéficiant aussi des candidatures spontanées de médecins généralistes qui connaissaient une MS préexistante ou le pilote de l'expérimentation initiale au sein de l'ARS.

Le coordonnateur médical de la 2PAO, ayant exercé en libéral pendant de nombreuses années, a aidé à convaincre les médecins généralistes intéressés. Certains craignaient d'attirer toutes les personnes souffrant de toxicomanies dans leur cabinet... Leurs représentations ont bien évolué au cours de l'expérimentation, et il arrive maintenant que des équipes de soins primaires candidatent spontanément auprès de l'ARS.

Une fois une structure candidate identifiée, contact était pris avec le CSAPA le plus proche afin de vérifier si le projet l'intéressait et s'il disposait des RH nécessaires. Cela n'a pas toujours été le cas : au moins un projet de MS n'a pu aboutir, autour d'une équipe de soins primaires très mobilisée, faute de trouver des professionnels à détacher.



La majorité des EMS et la moitié environ des professionnels ont bénéficié d'une formation initiale assurée par l'AAF et incluant trois modules de 2h30 consacrés (1) au fonctionnement concret des MS et à l'utilisation de la base Maia (avec l'intervention de la CNRMS), (2) à l'addictologie, par la discussion de cas cliniques, et (3) aux pratiques en MS, par des retours d'expérience et des mises en situation soulignant notamment la nécessité des RCP. Au total, 13 sessions ont été organisées en 2020, majoritairement en distanciel en raison du contexte sanitaire, puis 2 en 2021, sans compter plusieurs annulations en raison d'un faible nombre d'inscrits. Cette situation incite à mieux communiquer vers les professionnels des MS et à choisir des horaires plus adaptés à leurs contraintes. L'expérience de l'animatrice régionale conduit à relativiser les effets de ces formations, que beaucoup de professionnels semblent avoir oubliées ou mal comprises. Lorsqu'elle se rend dans les MS, elle doit régulièrement représenter le CdC de l'expérimentation, le contenu des forfaits (notamment la consultation d'inclusion) et le fonctionnement de Maia.

Deux MSMA ont fermé. Elles étaient portées par des médecins exerçant en cabinet individuel, pour qui l'organisation s'est avérée trop lourde, et qui n'arrivaient pas à faire adhérer leurs patients. Elles ont été remplacées par deux MS dans les mêmes départements.

Ressources humaines, facturation et redistribution des forfaits

En raison de la dispersion des MS sur le territoire régional, la plupart des EMS n'en gèrent qu'une ou deux, et ne peuvent leur dédier de professionnels (sachant qu'il est difficile d'en recruter à temps partiel et que les files actives de certaines MS restent encore modestes). Les seules exceptions se situent dans l'Ariège et dans l'Aude, où des travailleurs sociaux interviennent, respectivement, dans 3 MS à 80 % et dans 3 MS à 100 %.

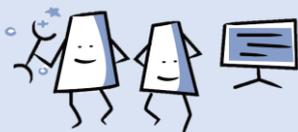
L'AAF a choisi de détacher les psychologues dans toutes les MS qu'elle porte afin d'éviter d'éventuel déséquilibres dans les orientations vers les travailleurs sociaux. En pratique, cela n'a pas changé grand-chose car peu de structures candidates incluaient des psychologues libéraux, et ceux-ci ne souhaitent pas toujours s'engager dans la MS. Les MS portées par des EMS indépendants de l'AAF ne sont pas concernées par cette restriction : 6 incluent des psychologues libéraux, sans rencontrer de difficulté particulière.

Tous les EMS gèrent les RH et la facturation eux-mêmes. Ils sont appuyés, au besoin et selon les cas, par la coordinatrice régionale de l'AAF, l'animatrice régionale de la 2PAO ou l'ARS. Le circuit de facturation est simple : les médecins assurent la saisie initiale sur Maia, impriment la fiche d'inclusion et la remettent à un professionnel se chargeant de la saisir sur la plateforme Article 51 de la CNAM, ou de la transmettre au facturier de l'EMS. Il fonctionne désormais de manière satisfaisante, après de substantiels efforts de l'ARS en 2021 pour consolider et stabiliser l'accès à cette plateforme.

Coordination interne des MS

Les MS s'organisent de manière autonome pour définir les jours de présence des professionnels, l'occupation des bureaux, ou les dates des RCP. Les modalités dépendent beaucoup des structures porteuses et de leurs ressources : MSP ou cabinet médical, avec ou sans secrétariat ou coordonnateur, avec ou sans agenda partagé, etc.

Le plus souvent, le psychologue et le travailleur social alternent leurs visites toutes les semaines. Ils arrivent aussi qu'ils se rendent ensemble toutes les deux semaines dans



leur MS, en mutualisant les trajets, mais cela suppose que deux bureaux soient disponibles simultanément pour les accueillir, ce qui n'est jamais possible qu'en MSP.

Animation et accompagnement

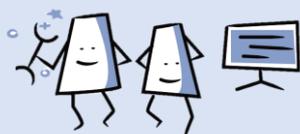
La distinction entre coordination administrative et animation régionale instituée par l'annexe régionale du CdC suscite quelques ambiguïtés, notamment parce qu'elle recoupe une distinction entre les MS selon leur structure de rattachement.

La **coordinatrice administrative de l'AAF** assure l'**accompagnement opérationnel** des 8 EMS rattachés à l'AAF et des 10 MS correspondantes. Elle les rencontre à leur ouverture pour les aider à s'organiser de manière efficace. Elle intervient ensuite face à toutes les difficultés susceptibles de survenir : instabilité des professionnels détachés par les EMS, mauvaise gestion des rendez-vous, nombre insuffisant de RCP, etc. Elle s'appuie sur un professionnel référent dans chaque MS, qui l'informe d'éventuels dysfonctionnements et sert de relais auprès des médecins généralistes. Cela lui permet de réduire ses déplacements, qui lui prendraient sinon un temps considérable. Elle organise aussi des « *comités techniques* » trimestriels avec les professionnels de chaque MS, qui leur offrent l'occasion d'évoquer leurs difficultés. Même si elle essaye d'harmoniser leurs pratiques, elle n'a pas le sentiment de conduire des actions vraiment transversales, comme dans l'expérimentation initiale, avec un coordonnateur médical régional qui se déplaçait dans toutes les MS, leur permettait de faire réseau, de prendre du recul sur leurs pratiques, de voir qu'ils n'étaient pas seuls... ce qui était très apprécié.

Cet accompagnement des EMS et des MS lui paraît absolument essentiel. Concernant les EMS, parce que les MS ne constituent qu'une fraction de leur activité, et qu'elles sont les premières sacrifiées lorsqu'ils rencontrent des difficultés, notamment RH. Concernant les MS, parce que les équipes sont parfois fragilisées par le turn-over des professionnels ou les absences des médecins, et parce que ces derniers s'approprient rarement assez le dispositif pour le dynamiser eux-mêmes. Il faut les remobiliser régulièrement pour qu'ils continuent à inclure des patients et à investir les RCP, d'autant que les inclusions tendent à évoluer naturellement de manière cyclique.

A l'ouverture des MS, les médecins incluent une première vague de patients, dont les besoins sont les plus flagrants, parce que leurs situations sont les plus catastrophiques : ils sont âgés, avec une addiction à l'alcool enkystée, en incurie... Mais ces patients sont aussi les plus difficiles à aider. Certains ne donnent pas suite, alors que ceux inclus dans les MS bénéficient rarement d'évolutions miraculeuses. Les médecins se découragent alors devant la difficulté à faire adhérer les patients ou la faible efficacité des prises en charge, et cessent progressivement d'inclure. Les professionnels se démotivent à leur tour devant le tarissement des files actives, et parfois la proportion de rendez-vous non-honorés. Le seul remède à cet étiolement de la dynamique des MS est d'intervenir auprès des médecins pour élargir leur regard sur les addictions, afin qu'ils incluent des patients avec d'autres addictions qu'à l'alcool, et sans attendre que leurs situations ne deviennent insolubles. Les premières MS ont ainsi vu leurs files actives chuter en 2022, avant de redémarrer en 2023, avec des patients désormais dépendants au cannabis, à la cocaïne, au crack ou aux TSO, en plus de l'alcool.

L'**animatrice régionale de la 2PAO** propose des actions transversales à l'ensemble des EMS et des MSMA participant à l'expérimentation. Elle a développé des supports de communication pour l'ensemble des MSMA : page web, logo, affiches, lettre d'information pour les patients, etc., afin de faire connaître les MSMA et de faciliter le travail des professionnels. Elle anime aussi des « *comités consultatifs* » rassemblant



tous les acteurs concernés, qui ont permis d'informer les professionnels des évolutions de l'expérimentation et de faire ressortir certaines difficultés. Ces discussions ont été prolongées en octobre 2022, lors d'une demi-journée régionale consacrée à des échanges entre professionnels sur leurs pratiques. Elles le seront à nouveau en octobre 2023, lors d'une nouvelle journée régionale. Enfin, l'animatrice régionale essaye de développer des partenariats entre les MS et les acteurs environnants, comme les infirmières Asalée pour le dépistage du tabagisme, et les CPTS ou les hôpitaux pour celui de l'hépatite C.

L'animatrice régionale est également chargée d'appuyer la montée en charge et le fonctionnement des 10 EMS indépendantes de l'AAF et des 17 MSMA correspondantes. Elle les visite régulièrement pour s'assurer qu'elles fonctionnent bien et régler les éventuels problèmes qui apparaissent : insuffisance des inclusions, déséquilibre des orientations, instabilité des professionnels, absence de saisies dans Maia, etc.

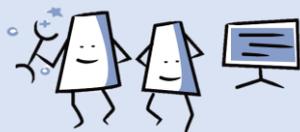
La coordinatrice administrative de l'AAF et l'animatrice régionale de la 2PAO jugent indispensable d'assurer cet accompagnement opérationnel en proximité, en rencontrant personnellement les équipes. Cela requiert un temps considérable en raison de la dispersion des MS, qui peuvent se trouver jusqu'à 4 heures de route de chez elles. La coordinatrice administrative de l'AAF est ainsi contrainte de se focaliser sur les situations les plus problématiques, au détriment d'un accompagnement de routine. L'animatrice régionale de la 2PAO, en revanche, se déplace systématiquement pour soutenir toutes les équipes de la région.

Conseils et formations addictologiques

Dans chaque EMS, un médecin addictologue est chargé d'accompagner les MS grâce au financement destiné à la coordination médicale. Les EMS peinent cependant à dégager du temps médical, éprouvant de grandes difficultés à recruter des médecins, de sorte que l'intervention des coordinateurs médicaux reste souvent informelle. L'ARS et les coordinatrices insistent pour qu'ils se positionnent au moins comme référents pour les médecins des MS, qui peuvent avoir besoin d'être soutenus. Quelques EMS essaient tout de même d'aller plus loin, en dégageant un temps de coordination dédié aux MS, voire en envoyant leur médecin animer les RCP. Cela semble plus facile pour les EMS portant plusieurs MS, qui bénéficient d'un financement plus conséquent pour la coordination médicale.

Par ailleurs, depuis le début de l'expérimentation, la 2PAO a mené 13 « actions de sensibilisation » (comme auparavant au sein du RAMIP) auprès des MS où des besoins apparaissent, par exemple des MSP où les professionnels hors-MS souhaitent progresser en addictologie. L'intervention (bénévole) de son coordonnateur médical permet de leur apporter des réponses précises.

Concernant les formations, la 2PAO a enquêté auprès des médecins pour identifier leurs besoins, à l'automne 2022. Les réponses convergeaient vers le thème des comorbidités psychiatriques des addictions à l'alcool. Une formation sur ce thème a été construite par l'AAF et la FA, pour être proposée au printemps 2023 à un premier groupe de 12 professionnels, dont 3-4 médecins. D'autres sessions auront lieu selon les retours des participants.



Principales difficultés rencontrées

Financières

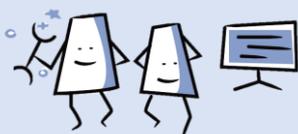
L'**équilibre financier** de certaines MS semble difficilement atteignable, en particulier dans les zones rurales. D'une part, leurs files actives croissent peu, devant une population environnante très âgée et semblant peu marquée par les conduites addictives. D'autre part, leur éloignement des EMS représente un coût considérable pour celles-ci : elles doivent rémunérer les professionnels pendant leurs déplacements, ce qui n'est pas prévu par les forfaits même revalorisés, alors que certaines MS se trouvent à 3 heures de route aller/retour. Certains EMS sont ainsi déficitaires : le CSAPA de Rodez, par exemple, estime avoir perdu 5 000 € sur l'expérimentation en 2021, sans que la revalorisation des forfaits ne s'annonce suffisante pour redresser ses comptes.

Selon l'ARS, ces difficultés sont cependant à relativiser. Le problème des frais de déplacement n'est pas évoqué par tous les CSAPA, alors que des MS situées dans des territoires semi-ruraux parviennent à inclure davantage que prévu, comme celle de la Grande Combe, une agglomération minière d'une petite dizaine de milliers d'habitants, qui a inclus une soixantaine de patients en un an. Les EMS peuvent aussi entretenir le problème en détachant les professionnels sur un temps trop faible, empêchant les médecins d'inclure autant qu'ils le pourraient.

La coordinatrice administrative de l'AAF essaye aussi, de concert avec l'animatrice régionale et avec l'accord de l'ARS, d'élargir les possibilités d'inclusion de certaines MS aux médecins généralistes environnants, à condition qu'ils appartiennent à la même CPTS. Il s'agit de faciliter leur montée en charge en préservant leur cohérence territoriale. Ainsi de la MS de Gramat, dans le Lot, qui fonctionnait mal après le départ simultané de 2 médecins en congé maternité. Elle a été rejointe par 3 MG de la CPTS, appartenant à 2 autres MSP, tandis que la psychologue détachée par le CSAPA, qui ne pouvait renforcer ses permanences, a été remplacée par une psychologue libérale spécialisée en addictologie, également affiliée à la CPTS. L'objectif est d'atteindre 45 inclusions par an. Il est prévu que les professionnels assurent des permanences tournantes entre les 3 sites, pour ne pas multiplier les déplacements, en proposant des téléconsultations au besoin. Les RCP seront organisées en distanciel avec l'outil SPICO, grâce à l'aide des coordinateurs des MSP. Au total, parmi les 30 MSMA de la région, 11 sont aujourd'hui réparties entre plusieurs sites (dont 9 regroupent des médecins appartenant à plusieurs SSP et 2 concernent des PSP) tandis que l'implication des CPTS préfigure l'ouverture des MS à d'autres professionnels, comme les IDE de prévention.

Le **manque de visibilité financière** résultant du financement au forfait suscite de grandes réticences chez certains EMS, qui refusent de s'engager sur une activité salariée sans des ressources assurées. En retour, l'ARS pointe un risque évident : si les EMS n'apportent pas de moyens suffisants aux MS pour monter en charge, il est certain qu'elles n'atteindront pas le seuil de rentabilité...

Le **versement de loyers par les professionnels détachés** a été réclamé dans certaines MS, notamment dans les MSP locataires de leurs murs. L'animatrice régionale a mis un terme à cette revendication par la persuasion, en soulignant l'intérêt et la gratuité des MS pour les patients, ou en convaincant les médecins généralistes de mettre à disposition leurs propres bureaux lorsqu'ils ne s'y trouvent pas. L'absence de loyer n'en a pas moins contribué, parmi d'autres facteurs, à décourager certaines



candidatures, et complique parfois les négociations autour des bureaux mis à disposition des professionnels.

La **consultation d'inclusion** prévue par le forfait revalorisé risque d'entraîner une double facturation, si les médecins continuent par habitude à facturer toutes leurs consultations aux patients. Il faut veiller à bien les former sur ce point.

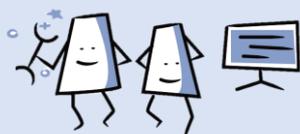
Organisationnelles

L'instabilité des professionnels détachés par les EMS : comme expliqué plus haut, la dispersion géographique des MS contraint souvent les EMS à n'attribuer que de faibles ETP à cette activité. Ceci complique beaucoup le recrutement, la fidélisation et le remplacement des professionnels concernés, qui privilégient les emplois à temps plein. De surcroît, les travailleurs sociaux sont de moins en moins nombreux, et l'imposition du pass vaccinal en lien avec l'épidémie à coronavirus a conduit à en écarter certains. Ces difficultés ont été sous-estimées lors de la création des MS, avec une démarche volontariste pour faire aboutir des projets dans des zones très rurales conduisant à se satisfaire de solutions bancales n'ayant pas résisté longtemps (comme l'intervention de professionnels exclusivement en heures supplémentaires).

De surcroît, les EMS se mobilisent inégalement face au turn-over des professionnels intervenant en MS. Certains sont très réactifs, anticipent autant que possible les départs ou les congés, procèdent aux recrutements nécessaires, permettant ainsi que les équipes des MS restent complètes et que les tuilages se fassent. D'autres EMS semblent davantage passifs, aboutissant à des absences de travailleur social pendant plusieurs mois, des temps de psychologues très limités, sans solution en perspective... L'ARS se sent parfois contrainte de protester, d'autant qu'Equip'addict est la seule expérimentation où les forfaits sont versés à l'avance. Elle commence à envisager d'autres partenaires que les EMS à l'avenir, qui seraient à la fois moins fragiles et plus proches des MS, comme les services hospitaliers d'addictologie, les CPTS ou les MSP.

La **coordination interne** représente une charge excessive pour les médecins généralistes exerçant en cabinet isolé, qui sont accaparés par leur patientèle et ont moins l'habitude de travailler en équipe. Les difficultés de fonctionnement s'avèrent bien moins fréquentes ou persistantes dans les MS portées par des MSP et gérées par les coordonnateurs de celles-ci.

L'absence de logiciel intégré, ou l'impossibilité d'y donner accès aux professionnels n'appartenant pas à la structure de soins primaires porteuse, peut engendrer des difficultés de coordination. Par exemple, certaines MS n'ont pas d'agenda partagé, de sorte que les médecins ou les secrétaires ne peuvent s'occuper des rendez-vous avec les psychologues et les travailleurs sociaux. Ceux-ci doivent donc rappeler les patients, ce qui leur prend beaucoup de temps et fait courir un risque de déperdition important. De même, dans certaines MS, les professionnels ne peuvent accéder aux dossiers des patients et communiquent par Snapchat avec les médecins. L'ARS souhaite remédier à cette difficulté en mettant à disposition des MS l'outil e-parcours SPICO Discussions, développé pour les CPTS et les DAC : il permet de communiquer de manière sécurisée, de gérer des agendas et de programmer des RCP (et pourrait aussi contribuer à réduire les déplacements hors-consultation des professionnels). Cet outil a été présenté en comité consultatif en septembre 2021. Mais il n'est pas certain que les médecins généralistes s'en emparent rapidement : cela leur fera un outil de plus à maîtriser et à utiliser...



Certaines MS éprouvent des difficultés à **programmer les RCP**, qui sont assurées en 20 minutes lors de temps interstitiels, alors que les médecins comme les professionnels s'accordent sur leur intérêt. Les échanges informels permettent souvent de compenser cette situation.

La **distinction entre coordination administrative et animation régionale** est source de confusion, conduisant l'ARS à devoir trancher ce qui relève de l'une ou l'autre. Il serait plus simple pour elle, ainsi que les MS, de disposer d'un interlocuteur unique assurant ces deux missions.

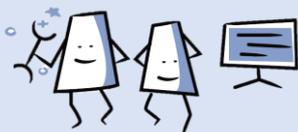
Les **structures spécialisées en addictologie ne peuvent orienter de patients vers les MS**, puisqu'elles sont restreintes à la patientèle des médecins participants. Les MS ne peuvent donc fonctionner comme des relais de proximité pour les EMS, ce qui favoriserait pourtant la continuité des prises en charge, et pourrait aussi renforcer les files actives.

Professionnelles

La **saisie des données sur Maia** est devenue rédhibitoire pour la plupart des médecins. Ils n'en voient pas l'intérêt, alors qu'elle exige un temps considérable et présente une orientation très addictologique qui les laisse perplexes : ils décrivent un logiciel très pointu, dont ils ne maîtrisent pas la terminologie... L'animatrice régionale essaye d'y remédier par un travail de formation et d'accompagnement, montrant comment effectuer la saisie de manière efficace. Elle veille à minima à ce que les fiches d'inclusion soient remplies, de même que la coordinatrice administrative de l'AAF. Mais il faut parfois insister beaucoup, et ce travail absorbe une grande partie du temps consacré à l'accompagnement des MS par l'animatrice régionale et la coordinatrice administrative de l'AAF. Pour les psychologues et les travailleurs sociaux, les saisies posent moins de problème, car ils ont l'habitude de travailler de cette façon.

Le **recueil du NIR pour la facturation** contrevient à la confidentialité que les MS affirment garantir. Or, il est particulièrement saillant, puisque les médecins doivent l'ajouter à la main sur la fiche d'inclusion. Plusieurs s'en sont émus, ainsi que des CSAPA, qui ont milité pendant longtemps pour l'anonymat de leurs usagers. De surcroît, certains patients refusent de communiquer leur NIR : ils sont alors accompagnés gratuitement, mais aux frais des EMS et des MS. L'entrée des MS dans le droit commun permettra peut-être de régler ce problème, dans la mesure où l'usage du NIR est imposé par la plateforme Article 51 de la CNAM.

Une autre difficulté provient d'une **sollicitation déséquilibrée des psychologues par rapport aux travailleurs sociaux**, résultant d'une mauvaise compréhension par les médecins de leurs missions respectives. Les médecins adressent facilement des patients aux psychologues, mais souvent trop tôt selon eux (c'est-à-dire, alors que les patients ne sont pas encore prêts à entrer dans une démarche psychothérapique). En conséquence, certains psychologues se trouvent embolés, avec des délais de plus de 6 semaines, et bien qu'ils proposent des suivis courts, avec une orientation plutôt cognitive et comportementale qu'analytique. Au moins 2 MS ont dû freiner les inclusions pour cette raison. Il serait plus efficace d'orienter initialement les patients vers les travailleurs sociaux qui, dans les CSAPA, sont tous formés à l'addictologie et à l'entretien motivationnel. Mais les pratiques des médecins sont difficiles à faire évoluer : ceci reste un réel enjeu du dispositif, auquel la formation initiale ne répond pas suffisamment.



La possibilité de répartir les 6 consultations psychologiques prévues par le forfait entre les patients n'a pas été comprise tout de suite.

Il s'est avéré difficile de **mobiliser certaines équipes de soins primaires** au sein desquelles un seul médecin était réellement motivé. Cependant, les médecins s'impliquent plus volontiers depuis la revalorisation du forfait : pratiquement tous participent désormais à la MS de leur cabinet ou de leur MSP.

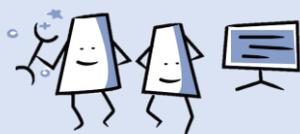
En 2021, les médecins généralistes ont été accaparés par la **campagne de vaccination**, ce qui a réduit les orientations, leur participation aux RCP, etc.

Leviers

Le principal levier de l'expérimentation semble l'efficacité perçue des MS aux yeux de tous les acteurs impliqués : patients, professionnels, coordonnateurs, EMS, qui suscite un réel enthousiasme.

Les médecins se sentent soutenus, prennent en charge des patients face auxquels ils étaient démunis auparavant, et apprécient de travailler en trinôme. Des dynamiques cumulatives semblent ainsi s'instaurer autour de certaines MS, avec de nouveaux médecins qui s'y agrègent (qui appartiennent à la MSP mais n'avaient pas adhéré à la MS, ou qui appartiennent à la CPTS).

Les EMS constatent que les MS reçoivent des patients qui n'auraient jamais poussé leur porte, notamment des femmes, ou avec des addictions aux jeux vidéo. S'ils questionnent parfois la rationalité économique du dispositif, ils reconnaissent que son intérêt en termes d'accès aux soins est incontestable. Certains souhaitent d'ailleurs porter davantage de MS, et beaucoup espèrent que celles-ci contribueront à les désengorger.



Démarche évaluative détaillée

L'évaluation a mobilisé des approches méthodologiques mixtes et convergentes, selon les thématiques abordées. Plusieurs sources de données ont été mobilisées, elles sont présentées ci-dessous.

Les projets Equip’addict et Microstructures Post-Covid partageant une histoire commune, l'enquête a dû prendre en compte les recoupements entre les deux expérimentations. Les observations de terrain ont donc parfois été menées en même temps, mais les analyses portent ici uniquement sur les MSMA (sauf lorsque les données ne permettent pas de distinguer les acteurs des MSMA de ceux des MSPC). L'évaluation de l'expérimentation Microstructures Post-Covid sera présentée dans un rapport distinct.

Entretiens

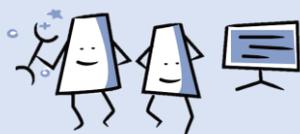
Les entretiens ont été conduits auprès d'un échantillon diversifié d'acteurs de l'expérimentation, conformément au protocole, pour connaître leurs retours d'expérience.

Les nombres d'entretiens réalisés sont précisés dans le Tableau 1 ci-dessous. Notons que ces chiffres ne correspondent pas aux nombres de personnes rencontrées, car certains entretiens ont été réalisés avec plusieurs personnes exerçant des missions similaires, ou avec une seule personne jouant plusieurs rôles dans l'expérimentation. Le décompte des entretiens visant à expliciter la démarche évaluative, nous avons fait le choix de compter un entretien par fonction. Par exemple, un entretien conduit auprès de 3 représentants de l'ARS a été traduit par 1 entretien porteur ; un entretien avec un professionnel exerçant en MSMA et assurant la coordination administrative a été compté deux fois, à savoir 1 entretien professionnel et 1 entretien coordinateur.

Le détail des acteurs rencontrés est présenté dans les synthèses régionales, disponibles en annexe.

	Série 1 2022	Série 2 2023	Total
Animateurs et référents du dispositif Equip’addict	22	17	39
Porteurs	5	4	9
Référent Equipe National Projet Article 51	1	0	1
CNRMS et acteurs transversaux en régions	5	5	10
Coordinateurs administratifs & directeurs d'EMS	9	5	14
Coordinateurs médicaux	2	3	5
Professionnels exerçant en MSMA	13	0	13
Médecins	7	0	7
Psychologues	3	0	3
Travailleurs sociaux	3	0	3
Patients	0	9	9
Total	35	26	61

Tableau 1. Entretiens réalisés



La Série 1 correspond aux entretiens conduits entre février et mai 2022 dans le cadre de l'évaluation intermédiaire. Elle a été pensée selon une double démarche : transversale pour les régions, et descendante selon les niveaux d'action.

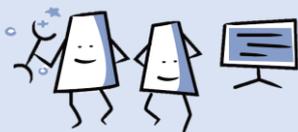
Quatre vagues d'entretiens ont été successivement mises en œuvre, en partant du niveau le plus macrosocial, pour se rapprocher progressivement des MSMA et de leur fonctionnement concret. Ces quatre vagues ont été conduites en parallèle dans toutes les régions concernées par l'expérimentation. Les entretiens ont ainsi été réalisés avec les porteurs des ARS et le référent de la CNRMS (première vague), puis les acteurs transversaux en région (seconde vague), les coordonnateurs locaux et les directeurs d'EMS (troisième vague), et finalement les médecins, psychologues et travailleurs sociaux exerçant au sein des MSMA (quatrième vague).

Le choix d'organiser ainsi le recueil de la parole des acteurs s'explique par une approche cumulative : il s'est agi d'identifier les acteurs d'un niveau donné en s'appuyant sur l'expérience des niveaux supérieurs. Dans ce cadre, nous avons pris le parti de privilégier les régions davantage concernées par l'ouverture de nouvelles MSMA plutôt que par l'intégration de MSMA préexistantes à l'expérimentation, car elles nous ont paru constituer des terrains plus propices à évaluer la faisabilité du déploiement du dispositif Equip'addict. Même si les MSMA préexistantes à l'expérimentation ont été considérées : il s'agissait alors plutôt de comprendre la bascule vers un nouveau modèle de financement d'une part, et leur intégration dans un réseau plus vastes de MSMA d'autre part. Par ailleurs, au sein des équipes MSMA, nous avons interrogé en priorité les médecins, en tant qu'ils en constituent le pivot.

Le recrutement des médecins, des psychologues et des intervenants sociaux pour effectuer des entretiens n'a pas été sans difficulté : malgré le nombre important de professionnels exerçant dans le dispositif, il s'est trouvé peu de volontaires. Parmi les professionnels qui s'étaient déclarés prêts à rencontrer les évaluateurs, un grand nombre se sont désistés. Au final, l'ensemble des contacts fournis par les coordonnateurs régionaux aux évaluateurs a été épuisé.

Une deuxième série d'entretiens (« Série 2 » dans le Tableau 1) a été réalisée entre mars et mai 2023 pour l'évaluation finale. Elle avait pour objectif, tout d'abord, d'actualiser les résultats de l'évaluation intermédiaire, en sollicitant à nouveau les animateurs et référents déjà rencontrés. Cette actualisation s'est éventuellement appuyée sur les études de cas réalisées pour l'évaluation finale.

Le second objectif était de rencontrer des patients bénéficiaires du dispositif Equip'addict. Le recrutement de patients volontaires s'est fait par l'intermédiaire des équipes des MSMA, munies d'un courrier explicatif et de la notice d'information qui leur ont été fournis par les évaluateurs. Mais à la sollicitation des équipes, la réponse a été relativement faible : seules les coordonnées d'une vingtaine de patients nous sont parvenues, dont la moitié depuis trois MSMA d'Occitanie. Un tel constat laisse supposer un défaut de mobilisation des équipes des MSMA. En effet, le cas des MSMA occitanes laisse percevoir qu'il était possible de convaincre jusqu'au tiers des files actives d'accorder un entretien aux évaluateurs ; les réticences présumées des patients ont probablement été surestimées par les acteurs.



Au total, sur les 20 entretiens prévus avec des patients, 9 ont été réalisés : 6 hommes et 3 femmes, âgés de 55 ans en moyenne, de milieux sociaux variés. 6 d'entre eux résident en Occitanie, et tous ont été inclus en MSMA pour des problèmes liés à leur consommation d'alcool. L'échantillon est donc faiblement représentatif, et ne peut pas être mobilisé pour tirer des conclusions générales sur les parcours de soin en MSMA. Toutefois, croisés avec d'autres données qualitatives (études de cas, entretiens avec des professionnels), ces entretiens permettent d'apporter un éclairage sur certaines données quantitatives (notamment les enquêtes de satisfaction).

Les entretiens ont été réalisés en visioconférence, avec une approche semi-directive, en s'appuyant sur des guides détaillés, de façon à produire des données objectives sur l'expérimentation (description des MSMA, des modes d'organisation mis en place, historique, temps passés sur les différentes tâches et parcours patient) et subjectives (acceptabilité, appropriation de l'approche par les professionnels, vécu des professionnels dans cette organisation et satisfaction).

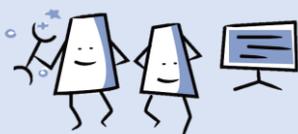
Les modalités d'analyse des données collectées ont varié selon les enquêtés. Les entretiens conduits auprès des animateurs et référents du dispositif Equip'addict ont été analysés dans les synthèses régionales, où sont décrites les modalités de déploiement de l'expérimentation, les partenaires mobilisés, les choix opérés et leurs conséquences, les freins et leviers rencontrés, etc. Ces synthèses ont été soumises aux porteurs et acteurs transversaux pour relecture afin de valider les observations proposées, et sont présentées en annexe du présent rapport.

Les entretiens conduits auprès des professionnels et des patients, quant à eux, ont été analysés dans des synthèses individuelles, produites sans demande de relecture. Ne pouvant pas être anonymisées, elles ont vocation à rester confidentielles, et ne sont donc pas présentées dans le rapport.

Etudes de cas

Conformément au protocole d'évaluation, dix études de cas ont été menées par les évaluateurs. Elles ont consisté à rencontrer l'ensemble des acteurs d'une même MSMA (médecin, psychologue, travailleur social, directeur de l'EMS porteuse de la MSMA, et selon les cas, infirmière Asalée, coordinateur de la MSP, etc.), afin d'approfondir l'analyse de l'histoire et du fonctionnement de chacune d'entre elles. Elles ont été analysées dans des monographies, articulées autour de quatre items principaux :

2. **La description de la MSMA dans son contexte** : l'histoire de sa création, la description de la structure en elle-même, et de son écosystème.
3. **Le fonctionnement routinier de la MSMA** : les journées de permanence des psychologues et des travailleurs sociaux, la mise à disposition des locaux, les modalités d'identification des patients concernés et d'adressage en MSMA, les modalités de la coordination pluriprofessionnelle, les systèmes d'information mobilisés, la tenue des RCP, les aspects financiers (avec une attention particulière portée à la soutenabilité de la MSMA).
4. **L'inscription réticulaire de la MSMA** : les relations de la MSMA avec les différents niveaux de coordination (régionale, administrative et/ou médicale, nationale), et avec les autres MSMA.



5. La satisfaction des professionnels concernant la pratique en MSMA et son organisation.

Pour les études de cas, le ciblage des MSMA visait à la fois une répartition homogène des MSMA étudiées entre les cinq régions participantes, et l'identification de caractéristiques diversifiées : MSMA préexistantes à l'expérimentation ou nouvellement créées, MSMA accueillies en cabinet, en MSP ou en centre de santé, dans des environnements ruraux ou urbains... Les MSMA étudiées sont les suivantes :

- En BFC, les MSMA des MSP de Saint-Sauveur-en-Puisaye et de Levier, visitées de janvier à février 2023.
- Dans le GE, celle de la MSP de l'Elsau à Strasbourg, et celle du cabinet du Dr Merlin à Nancy, étudiées entre avril et mai 2023.
- Dans les HdF, ont été étudiées les MSMA des MSP d'Hangest-en-Santerre et d'Anor, entre avril et mai 2023.
- En IdF, la MSP de Bagnolet et le CMS Henri Barbusse de Saint-Denis ont été visités respectivement en mai 2022 et janvier 2023.
- Enfin, en Occitanie, ce sont les MSP de Bessèges et de Pézenas-Tourbes qui ont accueilli les évaluateurs en septembre 2020, en acceptant d'accorder de nouveaux entretiens en 2022 pour l'actualisation des études de cas.

Les études de cas se sont déroulées autant que possible en présentiel, généralement à l'occasion des RCP, car elles permettent de rassembler les équipes (avec visite des locaux et observations des RCP). Lorsque les circonstances n'ont pas permis le recueil de données en présentiel, elles se sont appuyées sur des rencontres en visioconférence.

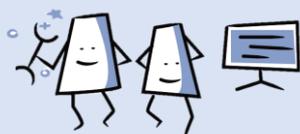
Les synthèses monographiques reprenant l'analyse des études de cas sont trop précises pour permettre l'anonymisation des acteurs rencontrés. Aussi, dans un souci de préserver les équipes du caractère éventuellement sensible des informations qui s'y trouvent, les monographies ne sont pas présentées dans les annexes du présent rapport. Les éléments d'analyse jugés pertinents pour l'évaluation sont mobilisés dans la présentation des résultats.

Enquêtes de satisfaction

Les enquêtes de satisfaction ont eu pour objectif d'obtenir des retours étendus, permettant de tirer des conclusions plus larges que les entretiens et les études de cas, dont le caractère reste très localisé. Elles ont été menées auprès de trois publics distincts : les médecins, les professionnels (psychologues et intervenants sociaux), et enfin les patients inclus en MSMA.

Concernant les médecins, une enquête en ligne a été effectuée par les évaluateurs entre le 15 mars et le 15 mai 2023. Elle comprenait une vingtaine de questions portant sur leur structure d'exercice, le dépistage des conduites addictives, leurs rapports avec les structures spécialisées en addictologie, les inclusions dans la MSMA, le recours aux coordinateurs médicaux, les bénéfices et limites des suivis en MSMA, leur volonté de continuer à exercer en MSMA au terme de l'expérimentation.

Sur les 339 médecins enregistrés dans la base Maia comme participant à l'expérimentation, 101 ont répondu à l'enquête de satisfaction en ligne, soit un taux de réponse de 29,8 %. La population de répondants est composée de 36 hommes et 64



femmes, âgés de 42,7 (\pm 8,6) ans en moyenne. Parmi eux, 79 exercent en MSP ou PSP, 15 en centre de santé, et 7 en cabinet isolé ou partagé.

Concernant les professionnels, les évaluateurs ont mené une autre enquête en ligne, du 15 mars au 15 mai 2023. Comparablement à l'enquête conduite auprès des médecins, cette enquête proposait aux professionnels une vingtaine de questions. Il leur était demandé de renseigner leur profession et leur statut, leurs modalités d'intervention en MSMA, les principaux motifs d'inclusion et de sortie des patients, les bénéfices et limites des MSMA pour les patients et les professionnels, l'adéquation du forfait, et leur volonté de continuer à exercer en MSMA après l'expérimentation.

L'enquête a obtenu les réponses de 60 professionnels, sur les 131 impliqués dans l'expérimentation d'après la base Maia, soit un taux de réponse de 45,8 %. Ce sont 30 psychologues cliniciens, 18 éducateurs spécialisés et 10 assistants de service social qui constituent les répondants à l'enquête. 11 répondants déclarent exercer en libéral, 49 sont salariés. En moyenne, ils interviennent dans 2 (\pm 1,4) MSMA, depuis 2,3 (\pm 1,6) ans, et y consacrent 0,24 (\pm 0,18) ETP. Il faut ajouter à cela que 11 d'entre eux interviennent dans des MS mixtes, et consacrent donc une partie de leur temps en MS à la santé mentale.

Concernant les patients, l'enquête de satisfaction s'est appuyée sur la diffusion de questionnaires papier dans les MSMA et les MSPC entre juin 2022 et mai 2023, qui ont été retransmis à la CNRMS pour analyse. Ces questionnaires comportaient une trentaine de questions, portant sur le profil des patients, les suivis dont ils ont bénéficié avant leur prise en charge en MS, la qualité de leurs rapports avec les professionnels de leur MS, les effets de leur prise en charge en MS sur leur qualité de vie, la commodité du suivi, et enfin les professionnels supplémentaires qu'ils auraient souhaité rencontrer.

Les données recueillies ne permettent pas de distinguer les patients suivis en MSMA et en MSPC, pour des motifs d'addictions, de précarité ou de santé mentale, car la question n'a pas été posée.

Cette enquête a permis d'obtenir les réponses de 134 patients, ce qui représente probablement moins de 5 % des patients suivis en MS pendant la période de collecte. Les patients répondants comprennent 68 hommes et 66 femmes, répartis de manière homogène entre les régions. Leur âge varie comme suit, avec une répartition homogène selon le sexe par classe d'âges :

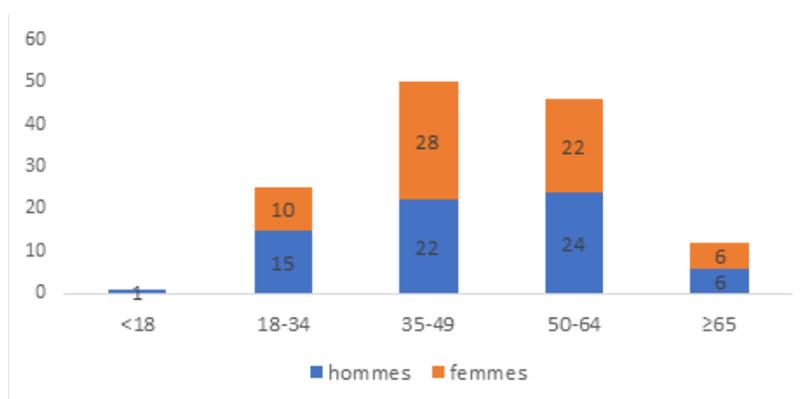
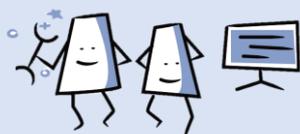


Figure 13. Répartition des patients répondants par classe d'âge selon le sexe

Le taux de réponse à l'enquête de satisfaction auprès des patients est très faible, témoignant là encore d'une faible mobilisation des acteurs de terrain pour la



sollicitation des patients. La comparaison avec les données qualitatives, notamment les entretiens auprès des patients, mais aussi des professionnels, permet de faire émerger des éléments saillants de l'expérience des patients inclus en MSMA.

Données de la plateforme MAIA

Développé par la CNRMS, le logiciel Maia avait pour but premier de suivre les activités des MSMA, et de connaître le profil de leurs patients. En principe, Maia rassemble quatre types de données, saisies par différents acteurs :

- Les données concernant l'identité des MSMA et de leurs équipes sont saisies par la CNRMS (à chaque ouverture ou fermeture d'une MSMA), et par les coordinateurs, à chaque arrivée ou départ d'un médecin ou d'un professionnel dans une équipe.
- Les données concernant les inclusions sont normalement saisies par les médecins, ou cas échéant par le professionnel assurant la consultation d'inclusion, lors de l'inclusion. Elles contiennent des renseignements sur le profil des patients et sur leur motif d'orientation en MSMA.
- Les données saisies par les médecins et les professionnels durant le suivi en MSMA sur les patients : une fiche médicale, une fiche psychologique, et une fiche sociale.
- Enfin, les données des professionnels sur leurs activités, qu'ils saisissent eux-mêmes dans Maia.

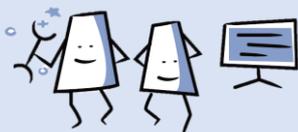
Les données sur les inclusions et les patients doivent être actualisées lorsque les patients sont renouvelés.

Lors de l'évaluation intermédiaire, un taux de renseignement des données Maia extrêmement faible avait été constaté. Tout particulièrement, on estimait à 80 % au moins le taux de données manquantes concernant les patients, et les activités des professionnels. Devant les difficultés soulevées par les médecins et les professionnels à propos du logiciel, il a été proposé d'en élaborer une version simplifiée pour 2023. Cette décision, prise conjointement par les porteurs, la CNRMS et les évaluateurs, portait sur la simplification des fiches :

- Médicale : Les questions ont été réduites au nombre de 12, et portent désormais essentiellement sur les conduites addictives actuelles.
- Psychologique : Il n'a été retenu qu'une seule question, portant sur les niveaux d'anxiété et de dépression, mesurés à l'aide du questionnaire HAD¹³.
- Sociale : 14 questions sur la situation sociale des patients ont été retenues, dont un score de précarité mesuré par le questionnaire Epice.

L'ancienne version de Maia a été désactivée au 31 décembre 2022, mais la nouvelle version du logiciel n'a été mise en ligne qu'à la fin du mois de janvier 2023. Il reste donc une période de quelques semaines durant laquelle aucune saisie n'a été possible ; il est probable que toutes les saisies manquantes de cette période n'aient pas été faites ultérieurement.

¹³ L'échelle HAD est un instrument largement utilisé qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Disponible au lien https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_echelle_had.pdf



Les données ont été transmises aux évaluateurs sous deux formats différents. Pour les patients inclus ou renouvelés entre 2020 et 2022, qui n'ont pas reçu la notice d'information validée par la CNIL, les données ont été agrégées au niveau des MSMA. Pour les patients inclus entre le 1er janvier et le 15 mai 2023, les données individuelles anonymisées des patients ont été transmises.

Les données Maia, dans l'ensemble, sont extrêmement lacunaires, même après la mise en place de la nouvelle version. Toutes les inclusions ne sont pas toujours saisies, et lorsqu'elles le sont, les renseignements concernant les caractéristiques sociodémographiques des patients, leurs antécédents médicaux, ainsi que leurs parcours de soin en MSMA sont le plus souvent manquantes. Elles ne permettent ni de juger de l'adéquation des forfaits aux besoins des patients, ni de donner une estimation fiable sur les profils des patients inclus en MSMA. C'est le croisement avec d'autres données d'enquête, notamment les données qualitatives et les enquêtes de satisfaction, qui permet d'éclairer certaines zones d'ombres laissées par l'absence des données Maia.

Enquête auprès des EMS

Devant la fragilité des données collectées par le logiciel Maia, les évaluateurs ont fait le choix de collecter des données supplémentaires auprès des EMS. Cette enquête, non-prévue par le protocole, devait permettre de recueillir des informations sur :

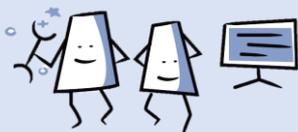
- Les ressources mises à disposition des MSMA, notamment en termes humains, pour la coordination et les soins.
- L'organisation et les activités des MSMA (fréquence et durée des permanences de chaque professionnel, ainsi que des RCP, files actives).
- Les aspects financiers (circuit de facturation, dépenses et recettes liées aux MSMA)
- L'avis global des EMS sur les MSMA.

Un questionnaire a été diffusé dès la mi-mars 2023 ; les réponses ont été attendues pendant 2 mois. Le taux de réponse au questionnaire s'est avéré relativement faible : ce sont 20 EMS qui ont répondu à l'enquête, sur les 44 impliqués dans l'expérimentation, représentant 71 MSMA sur les 126 en activité au moment de l'enquête.

	BFC	GE	HdF	IdF	Occ	Total
EMS ayant répondu	3	3	1	1	12	20
Taux de réponse	30 %	50 %	16,7 %	33,3 %	63,2 %	45,5 %
Nombre de MSMA concernées	3	30	6	12	20	71
% de MSMA concernées	27,3 %	75 %	22,2 %	66,7 %	66,7 %	56,3%

Tableau 2. Réponses à l'enquête auprès des EMS

Les données recueillies n'étant pas exhaustives, les évaluateurs ont conduit une enquête supplémentaire auprès des porteurs et des acteurs transversaux, suivant la même démarche que pour l'évaluation intermédiaire. Ceci, afin d'obtenir des informations complémentaires, notamment la liste complète des MSMA et des EMS.



Données de facturation

Les données de facturation contiennent le nombre de forfaits facturés par chaque EMS, avec 4 codes :

- 18N27A1 : forfait versé aux EMS détachant psychologues et travailleurs sociaux en MSMA
- 18N27B1 : forfait versé aux EMS détachant seulement des travailleurs sociaux en MSMA
- 18N27B2 : forfait versé aux psychologues libéraux
- 18N27C1 : forfait versé aux médecins, pour la consultation d'inclusion et la participation aux RCP

On devrait donc avoir, si les données sont cohérentes, les rapports suivants entre les effectifs associés à chaque code :

- $18N27C1 = 18N27A1 + 18N27B1$
- $18N27B1 = 18N27B2$

Pour des questions réglementaires, les données contenues dans les fichiers de facturation ne peuvent pas être exploitées par la plateforme pour l'année 2023. Elles n'ont donc pas pu être transmises aux évaluateurs, qui ne disposent que des données agrégées par années et par région, concernant les patients facturés jusqu'au 7 juillet 2022. Ces données agrégées, communiquées par les porteurs, permettent une analyse limitée pour l'évaluation finale. Une analyse des données Maia et des fichiers de contrôle devait permettre de combler certaines lacunes que l'absence de ces données a pu causer.

Fichiers de contrôle

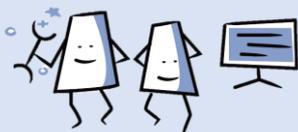
Les fichiers de contrôle listent l'ensemble des prestations dont a bénéficié chaque patient suivi en MSMA (date d'inclusion, nombre de consultations avec chaque professionnel, nombre de RCP, etc.) pour permettre à la CNAM de vérifier leur effectivité.

L'élaboration de ces fichiers incombe théoriquement aux coordinateurs administratifs. Mais tous n'ont pas compris qu'ils devaient recueillir des données plus précises que Maia, d'autant que les données d'activité y ont été saisies de manière très lacunaire.

Nous avons trouvé 3 coordinateurs disposant d'un fichier de contrôle détaillé, que nous leur avons demandé d'exploiter (au lieu de les transmettre en intégralité par le circuit sécurisé de la CNAM, car ils contiennent des données individuelles de patients).

- Pour la BFC, qui concerne 11 MSMA
- Pour la Seine-Saint-Denis, qui concerne 12 MSMA
- Pour la Meurthe-et-Moselle, qui concerne 8 MSMA

Les fichiers proposent deux types d'informations distincts : le nombre de consultations avec chaque professionnel est indiqué dans tous les fichiers. Ceux de la BFC indiquent également la proportion de patients nouvellement inclus et renouvelés.

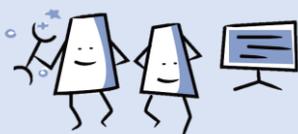


Données en libre accès de l'INSEE et de la DREES

Afin de caractériser le maillage territorial atteint et la typologie des territoires d'implantation des MSMA, la cartographie des MSMA a été complétée par les indicateurs d'accessibilité aux médecins généralistes libéraux et de zonage rural/urbain suivants :

- L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes 2021 (données les plus récentes), construit par la DREES et l'Irdes à partir de données SNIIR-AM 2021 et de populations 2019 de l'INSEE. L'IAPL permet de décrire l'offre de consultations/visites de médecins généralistes (libéraux et salariés) disponibles par habitant à l'échelle d'une commune donnée.
- Le zonage de l'INSEE des communes françaises qui définit depuis 2021 6 classes de communes rurales et urbaines selon leur densité et leur niveau d'influence par un pôle d'emploi : rurale autonome très peu dense, rurale autonome peu dense, rurale sous faible influence d'un pôle, rurale sous forte influence d'un pôle, urbaine de densité intermédiaire et urbaine de forte densité.

La distribution de ces indicateurs est rapportée par région et des cartographies ont été produites afin de rendre compte visuellement du maillage territorial atteint en MS.



Guides d'entretien

Avec les coordinateurs et les directeurs d'EMS

Quand avez-vous découvert l'expérimentation Equip'addict ?

Contexte et historique

- Spécificités du territoire : conduites addictives et offre médico-sociale en addictologie
- Historique des MS dans la région

Avancement de l'expérimentation

Modalités de déploiement

- Constitution des MS
- Ressources humaines
- Suivi des activités, facturation et redistribution des forfaits
- Animation territoriale
- Formation des professionnels
- Accompagnement des MS
- Coordination interne des MS
- Conseils addictologiques aux médecins généralistes

Difficultés éventuelles : du côté des patients / professionnels / structures médico-sociales / coordonnateurs / porteurs ?

Avis global

Avec les professionnels

Contexte

1. Si libéral : caractéristiques de la SSP, conduites addictives dans la patientèle
2. Si salarié : caractéristiques de la SMS, expérience et formations en addictologie

Histoire de la MS

- Si elle préexiste à l'expérimentation
- Si elle a ouvert au cours de l'expérimentation

Fonctionnement de la MS

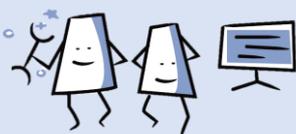
- Jours de visite, bureau, temps de présence des professionnels
- Organisation des prises en charge / parcours des patients
- Coordination : échanges informels, RCP, système d'information
- Nombre et profil des patients inclus
- Circuit de facturation

Accompagnement

- Formation initiale et complémentaire
- Echanges avec des professionnels d'autres MS
- Rapports avec les coordonnateurs administratifs et médicaux

Avis sur le dispositif

- Pertinence, du point de vue des professionnels et des patients
- Adéquation des financements
- Difficultés éventuelles et pistes d'amélioration



Avec les patients

Données socio-démographiques

- Sexe
- Année de naissance
- Situation professionnelle
- Situation familiale

Situation avant l'inclusion en MSMA

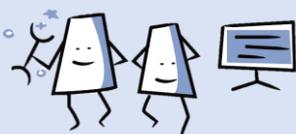
- Ancienneté du suivi par le médecin de la MSMA
- Le sujet de l'addiction / de la précarité avait-il déjà été abordé avec le médecin ?
- Si oui :
 - A l'initiative de qui ?
 - Quelle a été sa réaction ?
- Aviez-vous consulté en structure spécialisée ?
 - Si oui, avec quels résultats ?
 - Si non, pourquoi ?

Déroulement du suivi en MSMA

- MSMA concernée, commune, région
- Histoire de la découverte de cette MSMA : information par le médecin traitant, un autre professionnel ou établissement ?
- Pour quels problèmes (addictions / précarité) ?
- Décision d'inclusion : a-t-elle été immédiate, ou a-t-elle requis plusieurs sollicitations ?
- Le patient était-il plutôt enthousiaste, indifférent ou réticent ?
- Modalités du suivi en MS : quel(s) professionnel(s) vu(s) après la décision d'inclusion ? Ont-ils été rencontrés simultanément ou consécutivement ?
 - Contenu du suivi par le psychologue
 - Contenu du suivi par le travailleur social
 - Contenu du suivi par le médecin
- Le suivi est-il terminé aujourd'hui ?
 - Si oui, a-t-il abouti à l'orientation vers une structure spécialisée (CSAPA, CMP, etc.) ?

Satisfaction

- Effets du suivi en MSMA sur les conduites addictives / la précarité
- Accueil par l'équipe
- Efficacité de l'organisation



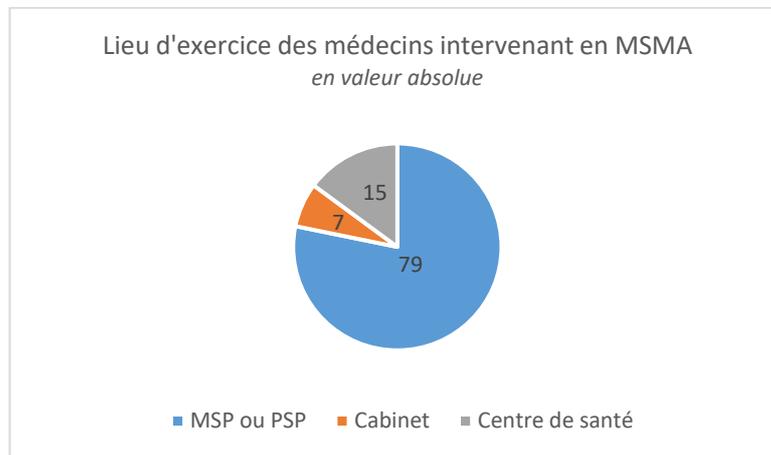
Enquêtes de satisfaction

Enquête de satisfaction auprès des médecins

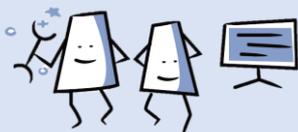
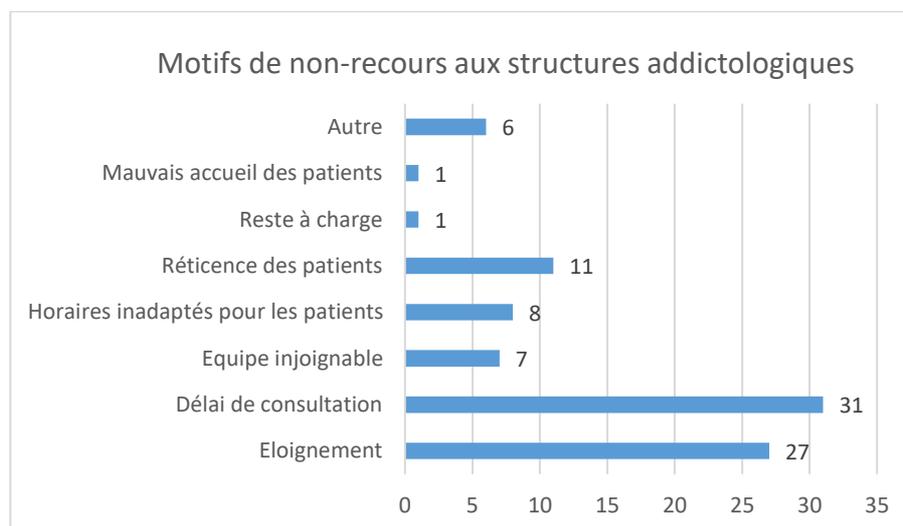
101 répondants sur les 339 médecins impliqués dans Equip'addict au terme de la collecte des données, soit un taux de réponse de 29,8 %.

- 36 % d'hommes, 64 % de femmes
- Moyenne d'âge de 42,7 (\pm 8,6) ans
- 88 % des répondants n'ont aucune spécialité en addictologie

Les répondants **exercent principalement dans des SSP tournées vers l'exercice coordonné** : 78 % d'entre eux en MSP ou PSP, 15 % en centre de santé, contre 7 % en cabinet individuel ou partagé.



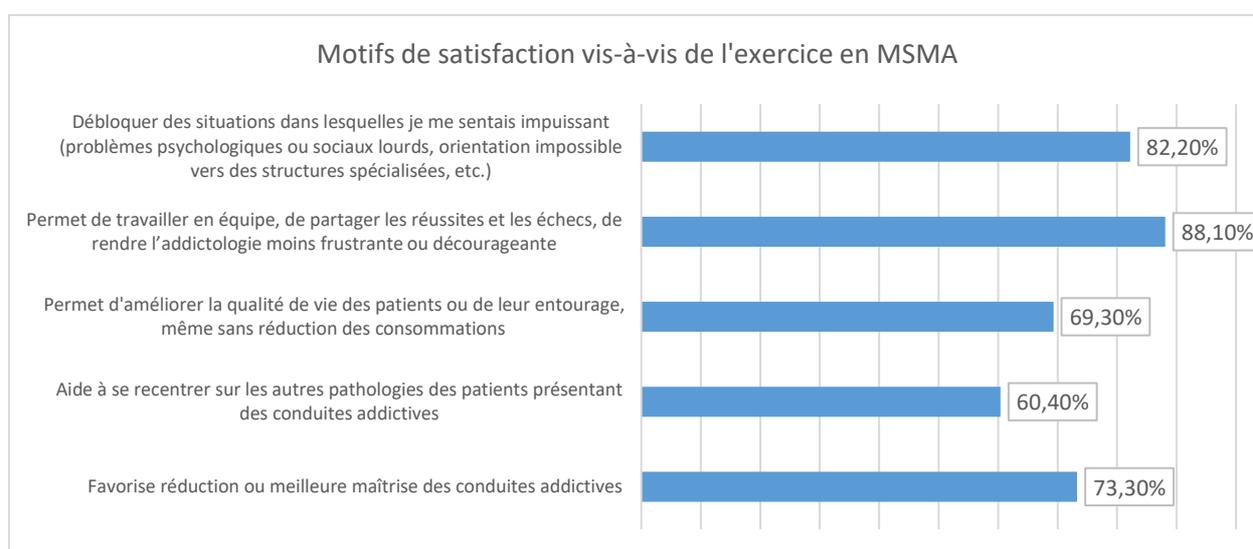
Parmi eux, la plupart déclare pouvoir orienter les patients vers d'autres structures addictologiques autant que nécessaire. Toutefois, 33 médecins déclarent que le recours à ces structures n'est pas facile pour eux. **Parmi les difficultés évoquées, l'éloignement et les délais de consultation** sont les plus fortes, **la réticence de certains patients à consulter dans ces structures** étant le troisième motif le plus évoqué :



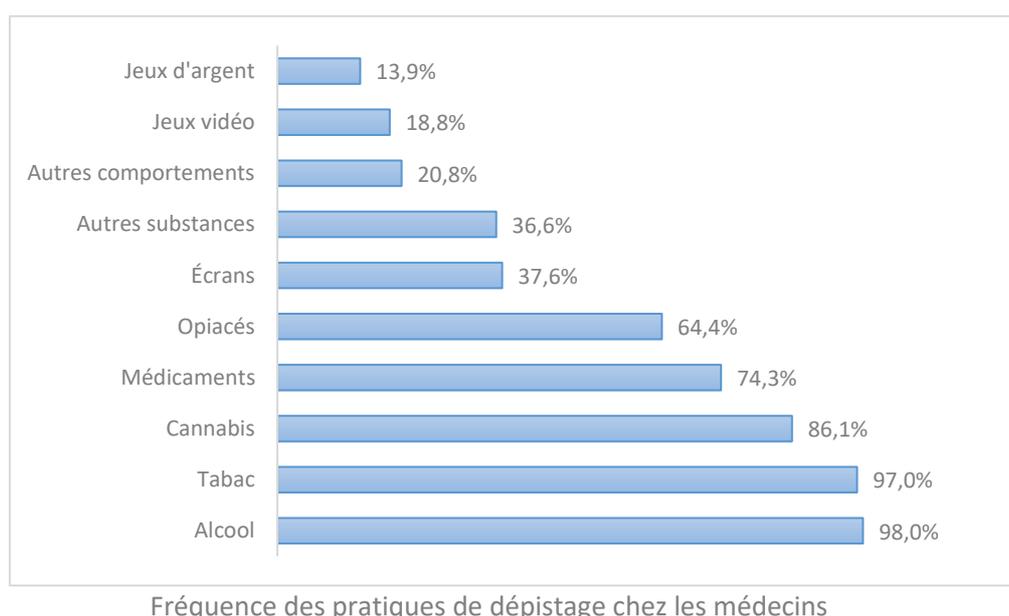
Chez les médecins ayant répondu à l'enquête de satisfaction, on repère **un taux de satisfaction très élevé vis-à-vis des MSMA** :

- 81 % souhaitent continuer d'exercer en MSMA dans les conditions actuelles
- 18 % souhaitent continuer sous réserve d'aménagement
- 1 seul médecin a déclaré ne pas vouloir continuer
- 96 % des médecins estiment que la prise en charge en MSMA apporte une plus-value par rapport à leur exercice habituel

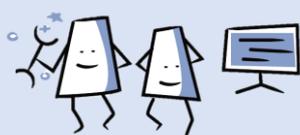
Parmi les **motifs de satisfaction** les plus mentionnés par les médecins, on retrouve **la possibilité de travailler en équipe pluridisciplinaire**, et **la réduction du sentiment d'impuissance devant des situations lourdes** :



Les médecins dépistent principalement des addictions à l'alcool, au tabac et au cannabis :



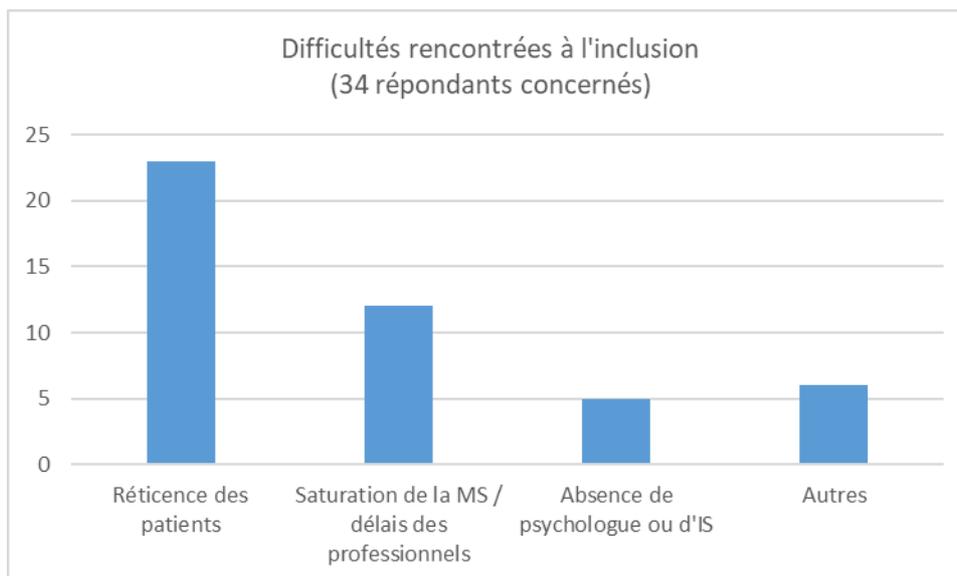
Fréquence des pratiques de dépistage chez les médecins



Concernant les conditions d'exercice en MSMA :

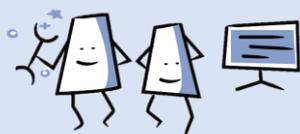
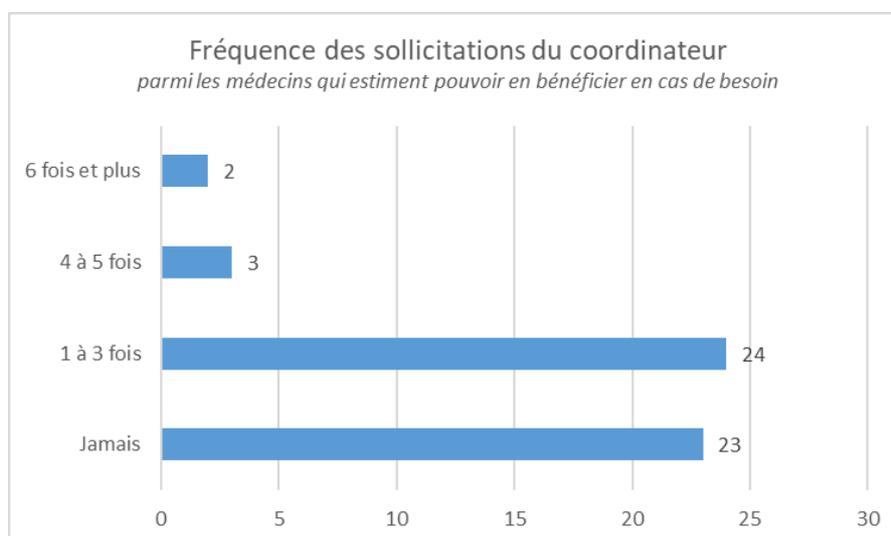
La majorité des médecins (n=66) estime avoir inclus tous les patients qui pouvaient bénéficier d'un suivi en MSMA dans leur patientèle. 33,7 % d'entre eux ont pu rencontrer des difficultés, principalement :

- Une réticence des patients vis-à-vis d'un suivi addictologique, social et/ou psychologique
- La saturation de la MS ou les délais d'attente auprès du psychologue ou de l'intervenant social



Un peu plus d'un répondant sur deux estime qu'il peut bénéficier des conseils d'un coordinateur médical en cas de besoin (56 %).

- 40,6 % des répondants déclare n'avoir pas la possibilité de recourir à un coordinateur s'ils ressentent le besoin d'être conseillés au sujet de certaines addictions, de certaines situations ou de certains patients.
- Parmi ceux qui peuvent en bénéficier, ils sollicitent peu les conseils du coordinateur : 23 ne l'ont jamais sollicité, 24 l'ont sollicité entre 1 et 3 fois.



Enquête de satisfaction auprès des professionnels

60 répondants sur les 131 professionnels impliqués dans Equip’addict au moment de la collecte des données, soit un taux de réponse de 45,8%.

- 20 % d’hommes, 80 % de femmes
- Moyenne d’âge de 40,55 ans
- 50% de psychologues, 50% d’intervenants sociaux (60% d’éducateurs spécialisés, 33% d’assistants sociaux et 7% autres)

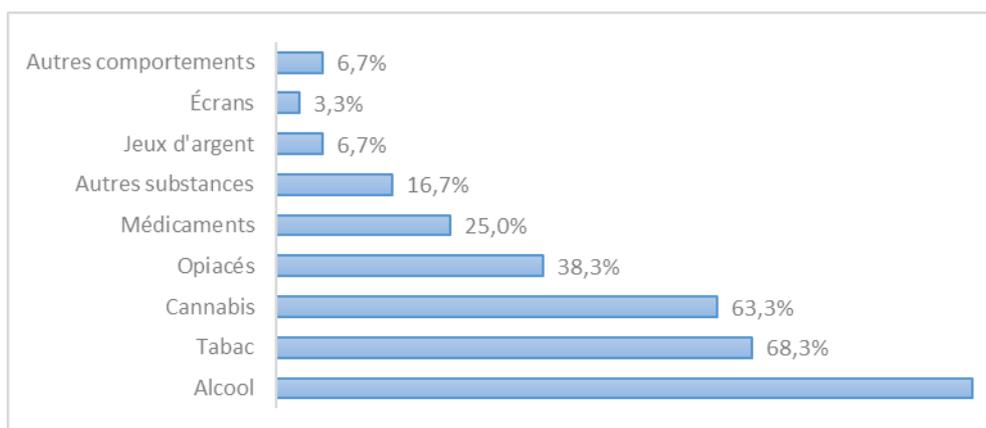
Les répondants interviennent en moyenne au sein de 2 microstructures (2,8 microstructures pour les assistants sociaux, 1,6 pour les éducateurs spécialisés et 2 pour les psychologues).

96,6% des intervenants sociaux sont salariés d’un établissement médico-social, les psychologues comptent 33% de professionnels libéraux.

50 % des professionnels travaillent une demi-journée ou moins au sein des microstructures. Seulement 3% des professionnels travaillent à temps plein.

41 ,5% des répondants n’ont reçu aucune formation sur le fonctionnement des microstrucutres.

L’ensemble des répondants prennent en charge des patients ayant des conduites addictives liées à l’alcool. Ils sont respectivement 68,3 et 63,3% à accompagner des patients ayant des addictions liées au Tabac et au Cannabis.



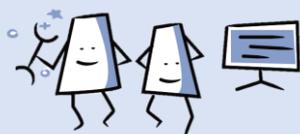
Conduites addictives des patients pris en charge par les professionnels

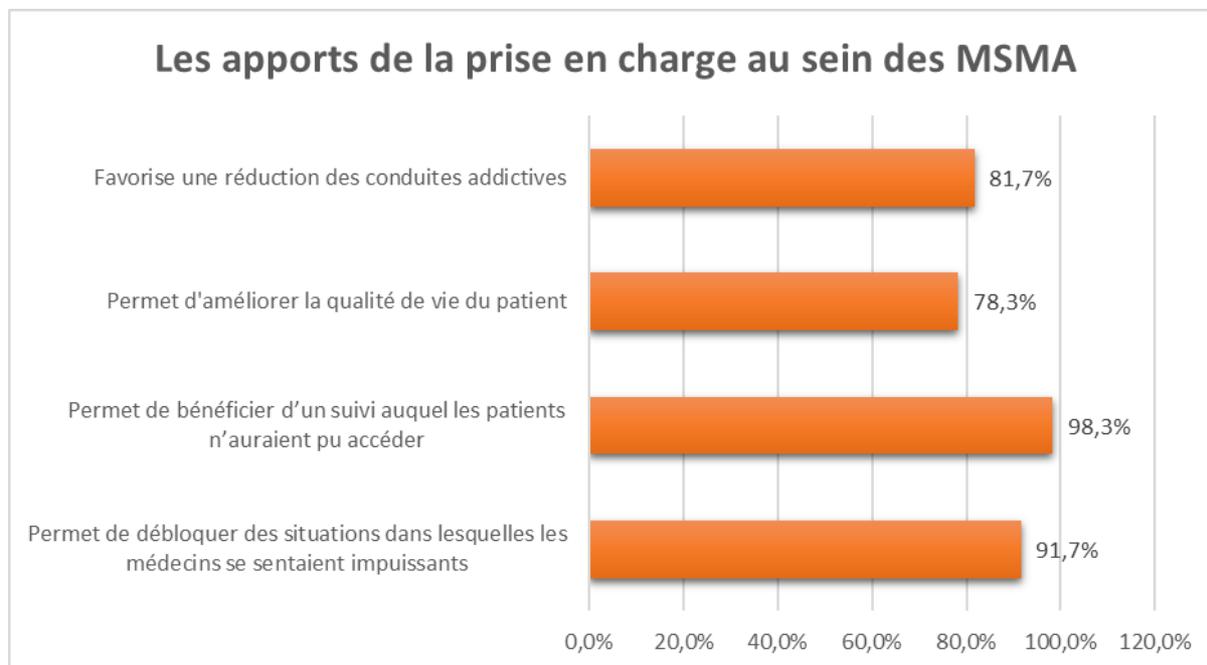
Parmi **les principaux motifs de sortie du patient :**

- 73,3% des professionnels évoquent comme raison l’évolution favorable de la personne
- 28,3% l’orientation vers une structure spécialisée en addictologie ou en psychiatrie

Ils sont en revanche :

- 65% à rendre compte de patients perdus de vue
- 50% une volonté du patient de mettre fin à la prise en charge

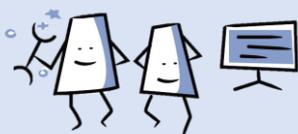


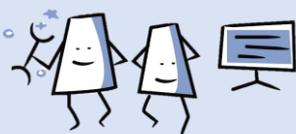
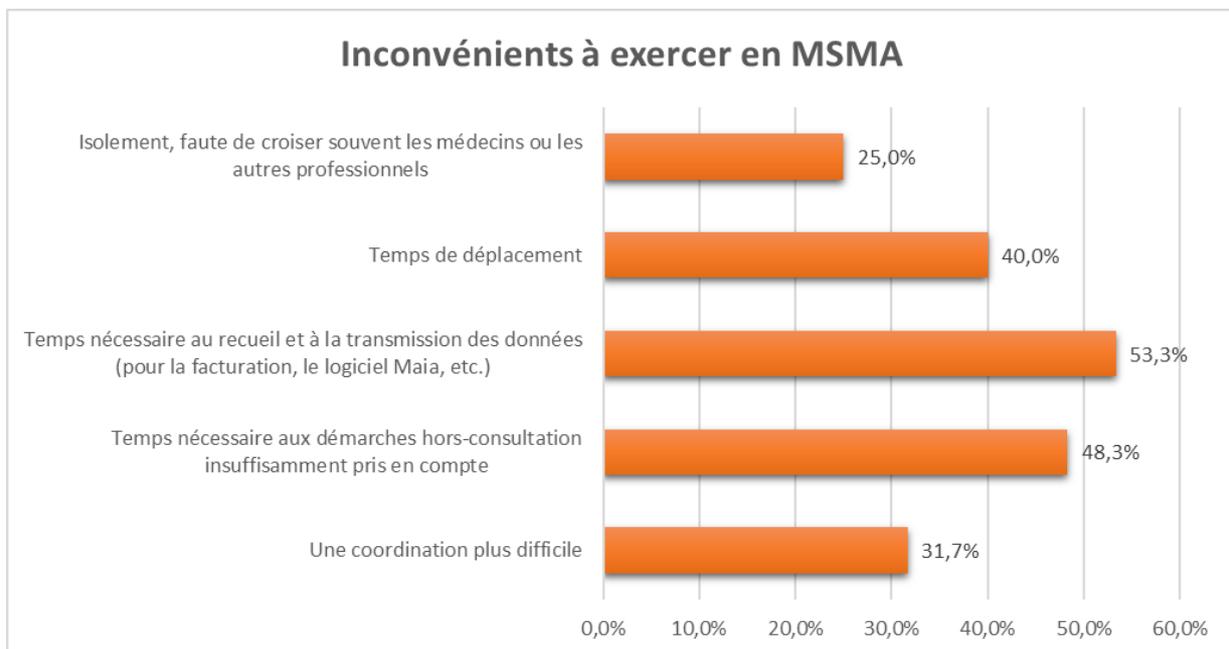
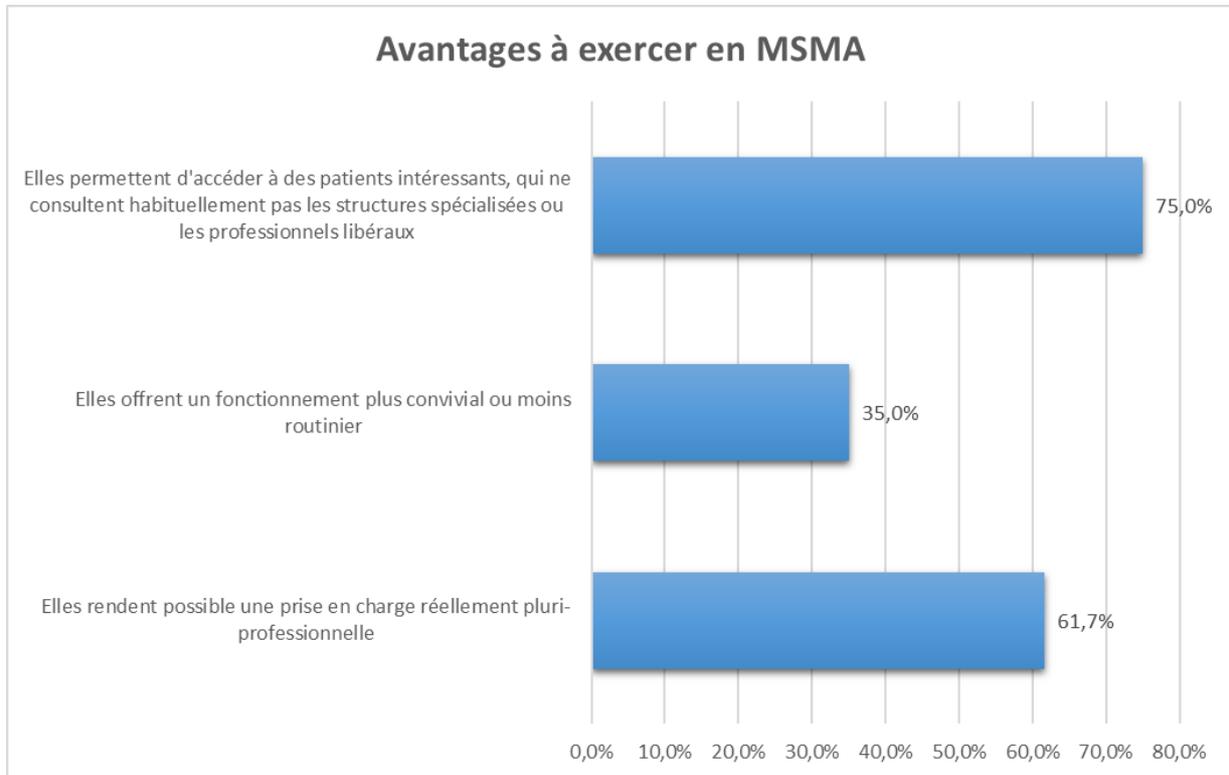


Parmi **les principales difficultés rencontrées au sein des microstructures** :

- 31,7% des professionnels estiment que les RCP ne sont pas assez fréquentes
- 21,7% ont du mal à joindre les médecins
- 20% rendent compte de services saturés
- 18,3% éprouvent des difficultés à gérer les rendez-vous et à accueillir les patients dans un espace adapté

Ils sont 38,3 % à faire part que la ou les microstructures fonctionnent de manière satisfaisante.





Enquête de satisfaction auprès des patients

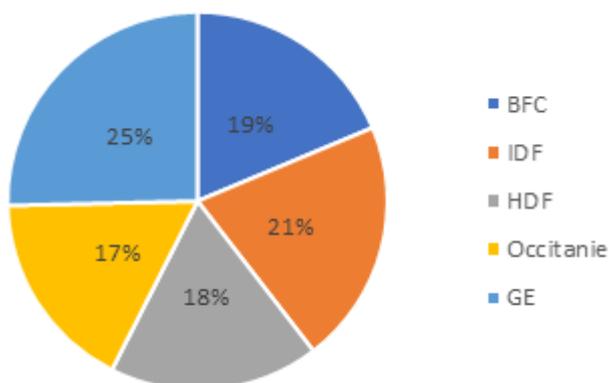
Entre juin 2022 et mai 2023, **134 questionnaires** ont été remplis par des patients puis transmis à la CNRMS via les coordinations régionales.

Parmi les patients répondants :

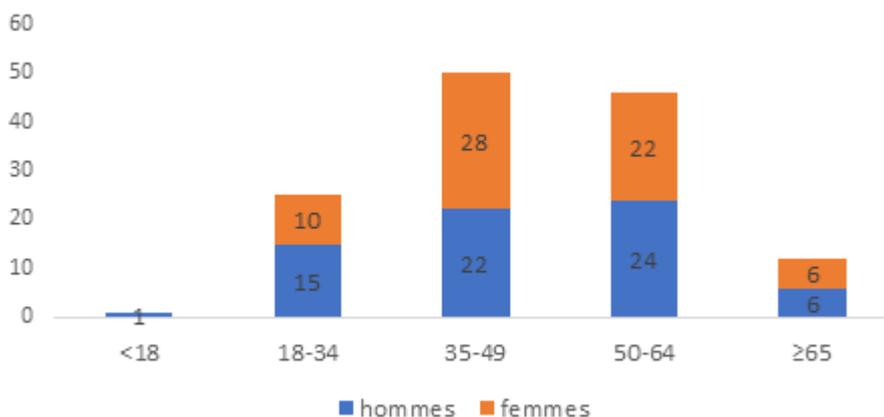
- 68 hommes (51%)
- 66 femmes (49%)

Les patients sont suivis en moyenne depuis 18 mois lors de la réponse aux questionnaires.

Région de prise en charge des patients :



Répartition de l'âge selon le sexe :



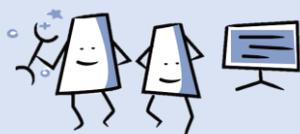
- Répartition du sexe homogène par classe d'âge

Avant d'entrer dans la microstructure :

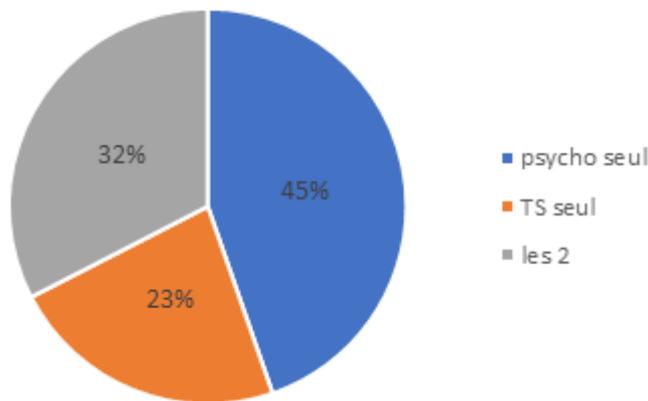
- 61% n'avaient jamais vu un psychologue
- 78% n'avaient jamais vu un TS
- 72% n'avaient jamais vu un addictologue
- 66% n'avaient jamais vu un psychiatre

Dans la microstructure, les patients rencontrent :

- Le psychologue pour 76% d'entre eux
- Le travailleur social pour 54% d'entre eux



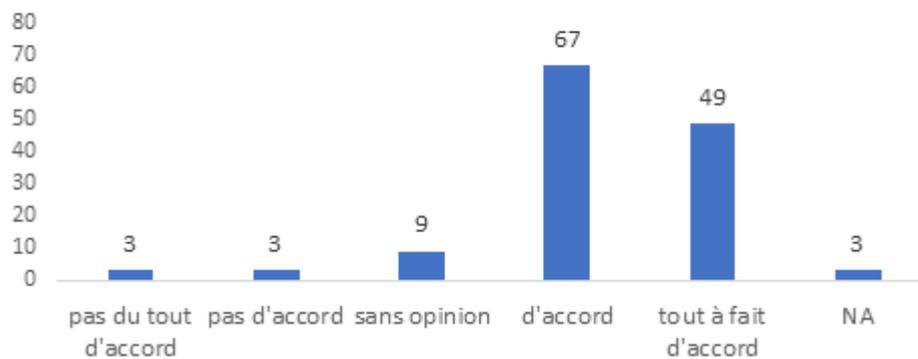
Détail des professionnels vus :



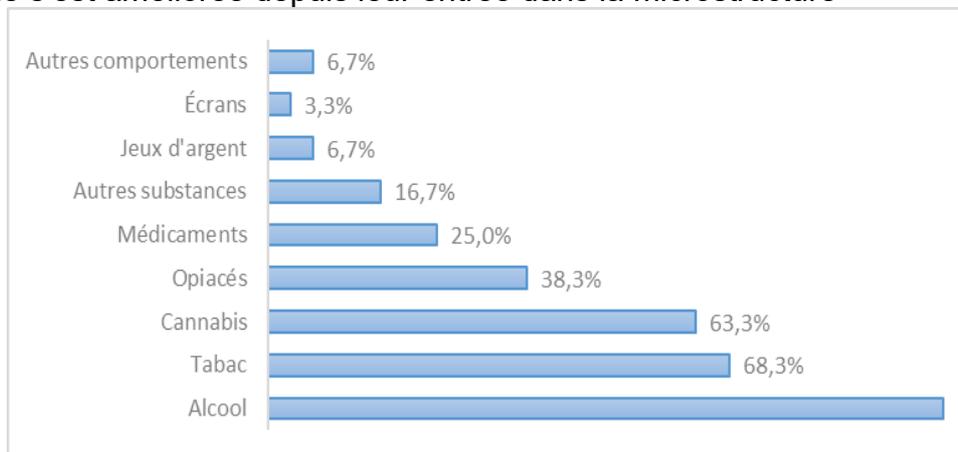
- 45% des patients voient le psychologue uniquement
- 23% des patients voient le TS uniquement
- 32% des patients voient et le psychologue et le TS en microstructure

Evolution de l'état de la personne suivie en microstructure :

Amélioration de la qualité de vie

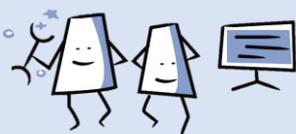


- 87% des patients sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que leur qualité de vie s'est améliorée depuis leur entrée dans la microstructure



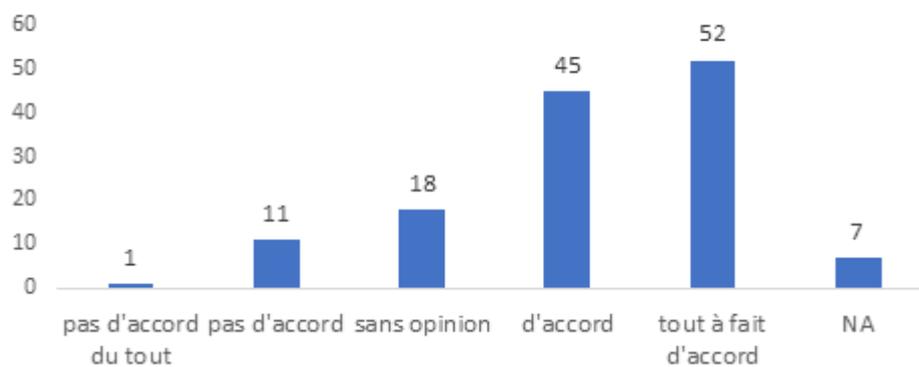
Concernant, l'amélioration de la qualité de vie :

- 49% déclarent avoir une amélioration avec leur entourage
- 65% déclarent avoir une amélioration de leur bien-être psychique
- 30% déclarent avoir une amélioration de leur situation sociale



- 40% déclarent avoir une amélioration de leur situation somatique
- 25% déclarent avoir une amélioration de leur situation professionnelle

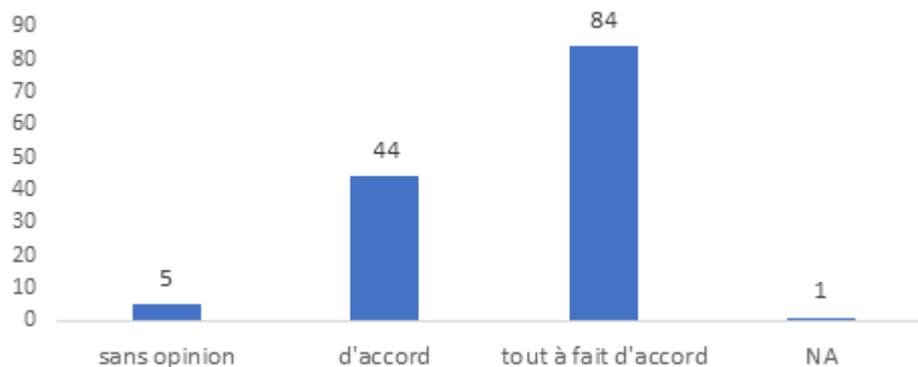
Meilleure gestion des consommations



- 72% des patients sont d'accord ou tout à fait d'accord avec l'idée qu'ils ont une meilleure gestion de leurs consommations depuis l'entrée dans la microstructure

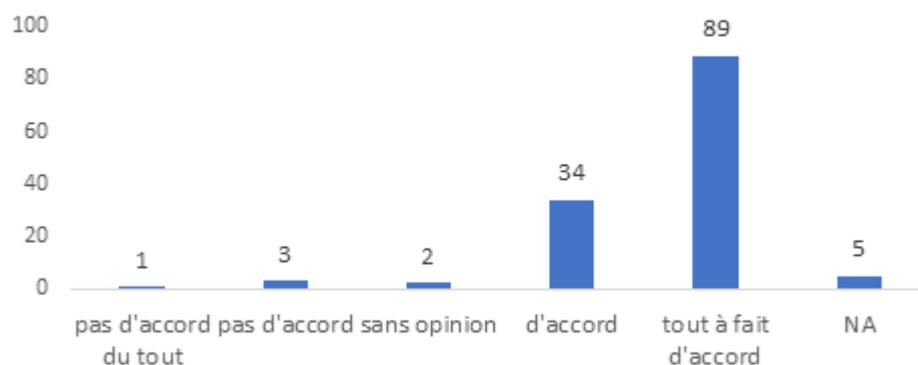
Avis global sur la microstructure :

Lieu adapté au suivi



- 96% des patients trouvent que le lieu (cabinet du médecin généraliste) est adapté à leurs suivis

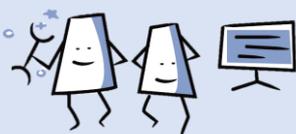
Recommanderai la microstructure



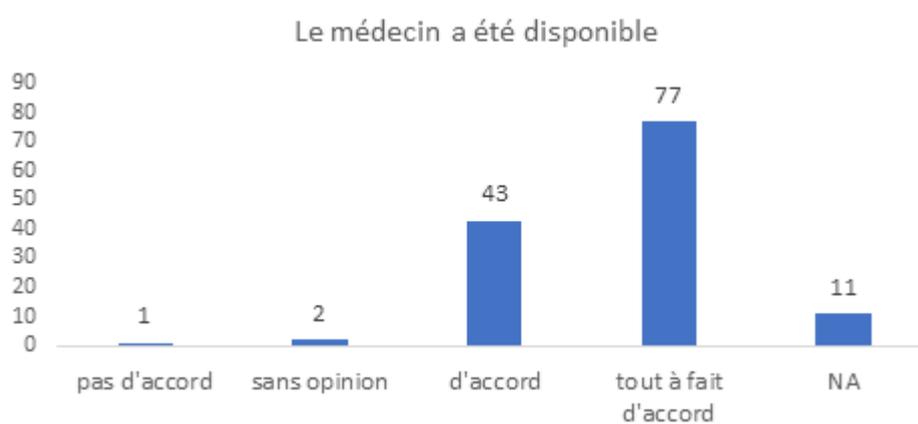
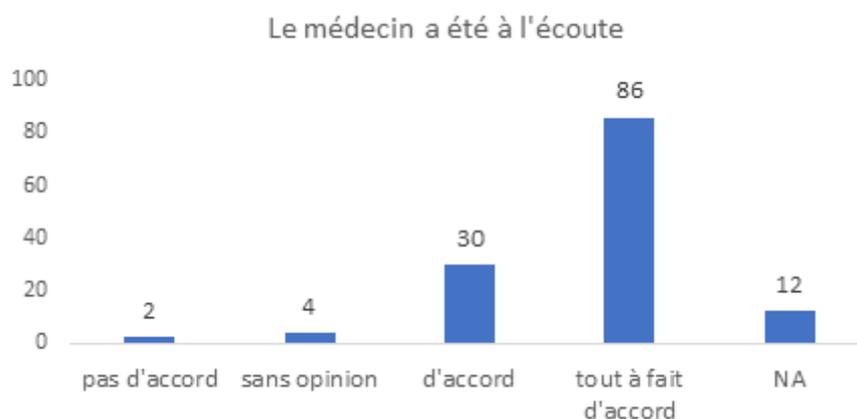
- 92% recommanderaient la microstructure à des personnes dans la même situation qu'eux

Note globale attribuée quant à la qualité du suivi en microstructure :

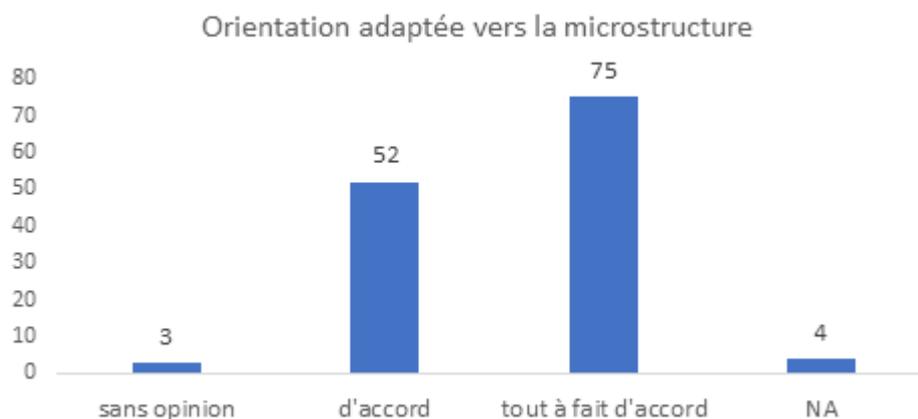
8,9/10



Intervention du médecin généraliste



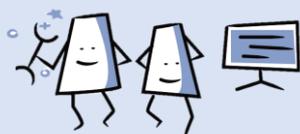
Note moyenne attribuée au médecin pour ses explications : 8,9/10



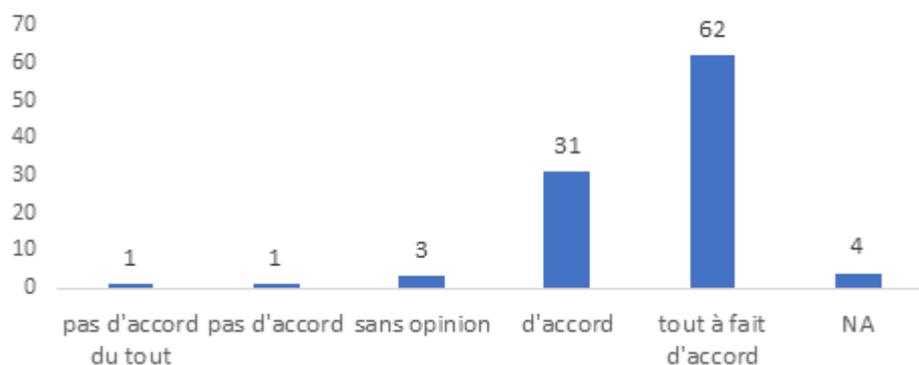
- 95% des patients répondants ont trouvé que leur orientation vers la microstructure était adaptée à leurs besoins

Intervention du psychologue

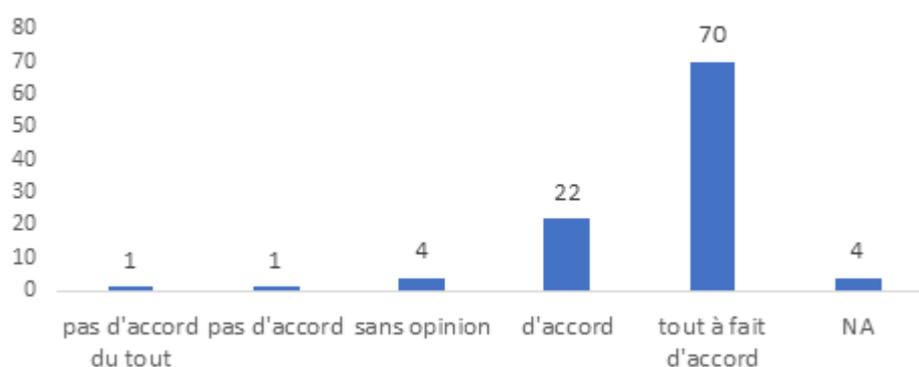
- Parmi les patients qui rencontrent le psychologue en microstructure (n=102) :



Le psychologue a été disponible



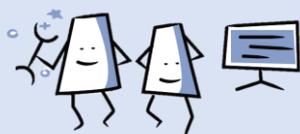
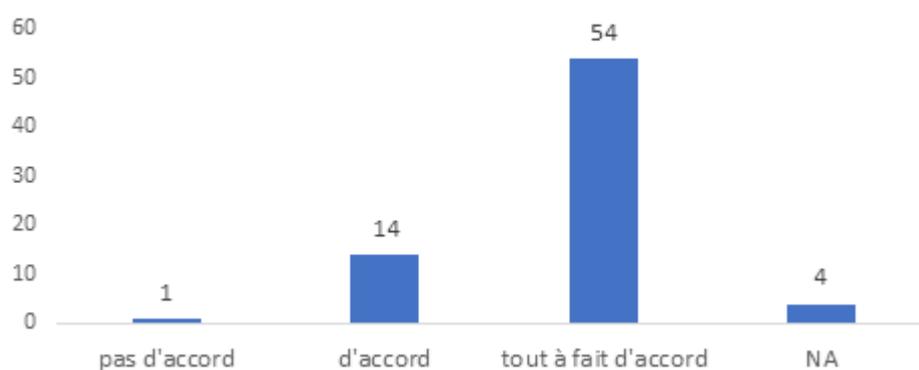
Le psychologue a été compréhensible

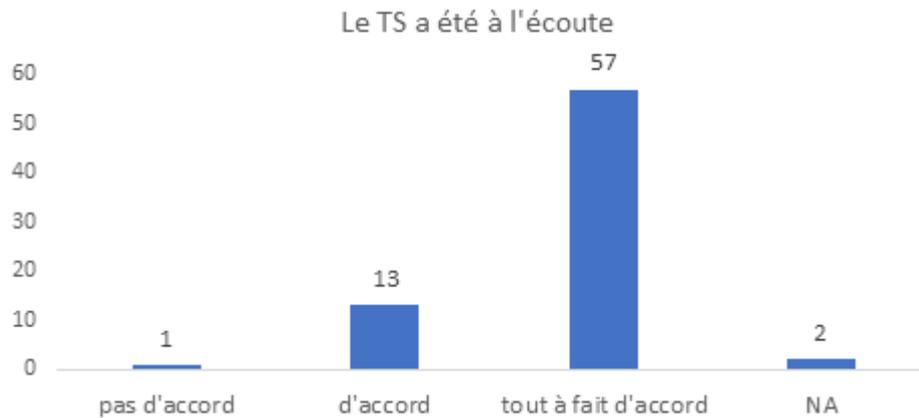


Intervention du travailleur social

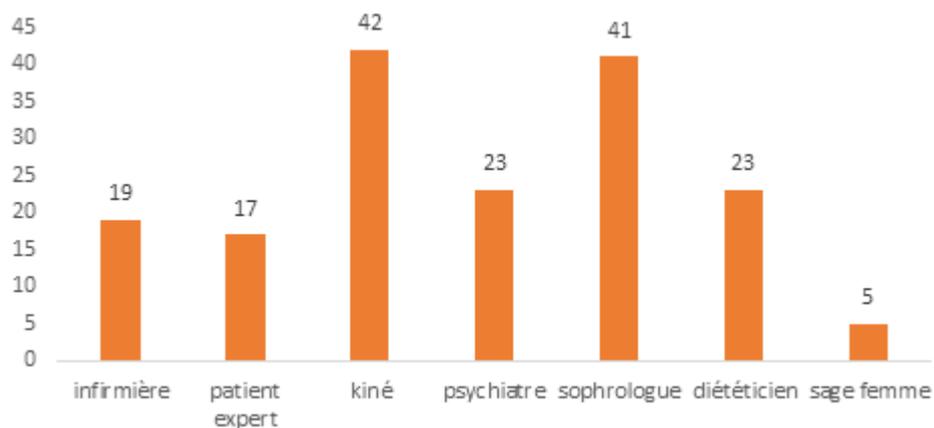
- Parmi les patients qui voient le travailleur social (n=73) :

Le travailleur social a été disponible

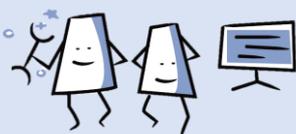




Souhait de rencontre d'autres professionnels de santé en microstructure :



- 42 patients ont déclaré vouloir rencontrer un kinésithérapeute en microstructure ;
- 41 patients ont déclaré vouloir rencontrer un sophrologue en microstructure ;
- 23 patients ont déclaré vouloir rencontrer un psychiatre et 23 patients ont déclaré vouloir rencontrer un diététicien en microstructure ;
- 19 patients ont déclaré vouloir rencontrer une infirmière en microstructure ;
- 17 patients ont déclaré vouloir rencontrer un patient expert en microstructure ;
- 5 patients ont déclaré vouloir rencontrer une sage-femme en microstructure ;
- 49 patients ont déclaré ne pas avoir besoin de rencontrer d'autres professionnels en microstructure



Commentaires des patients :

« Je me suis arrêtée de fumer, l'addictologue était à mon écoute et cela m'a fait beaucoup de bien et je ne fume plus. Une très grande avance pour moi, je les remercie »

« Structure très active et à l'écoute »

« Je n'ai aucune amélioration à donner car les 2 personnes que j'ai rencontrées sont très bien, grâce à leur suivi je peux me reconstruire et mon moral va beaucoup mieux »

« Cette structure m'a énormément aidé dans ma vie »

« Merci pour l'accompagnement. Equipe formidable »

« Excellente initiative que cette microstructure et qualité des professionnels présents »

