

EQUIP'ADDICT

Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions

REGIONS : BFC / GRAND-EST / HDF / IDF / OCCITANIE

I. Objet et finalité du projet d'expérimentation / Enjeu de l'expérimentation

1. Contexte et enjeu

a. Les addictions : un enjeu de santé publique

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le ministère des solidarités et de la santé, l'addiction se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. En ce sens, la notion de conduite addictive comprend à la fois les addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites, médicaments) mais également les addictions comportementales, sans substances psychoactives (jeux, par exemple). La notion de drogue renvoie à l'ensemble des substances ou produits psychoactifs dont la consommation perturbe le système nerveux central en modifiant les états de conscience. L'addiction se définit comme un « processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir ou soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa pertinence en dépit des conséquences négatives. » Les conduites addictives font intervenir trois types de facteurs qui interagissent : la personne, son environnement et le produit consommé (ou l'objet de la conduite addictive). Ainsi, toute intervention visant à modifier ces conduites doit se déployer dans ces trois domaines.

Les addictions posent, en France, comme à l'échelle européenne et dans le reste du monde, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples, sanitaires, médicaux et sociaux. La consommation de substances psychoactives est responsable en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents et par maladies, dont près de 40 000 par cancers. Les conduites addictives interviennent ainsi dans environ 30 % des décès avant 65 ans (également appelée mortalité prématurée).

La prévention et la prise en charge des addictions représentent une priorité de santé publique, du Plan Priorité Prévention, et sont l'objet du Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022.

En 2015, le tabac (73 000 décès) et la consommation nocive d'alcool (41 000 décès) sont les deux premières causes de mortalité évitables. Enfin, 11 % des décès masculins et 4 % des décès féminins des 15 ans et plus sont attribuables à l'alcool, avec un âge moyen au décès égal à 63 ans. Le tabac est responsable de 49 000 nouveaux cas de cancers en 2017, dont 32 000 sont des hommes : broncho-pulmonaires, maladies respiratoires, maladies cardio-vasculaires, poumons.

1,4 millions de personnes souffrent de pathologies liées à l'alcool et les hospitalisations s'élevaient, en 2013, au nombre de 246 000. La consommation nocive d'alcool peut être à l'origine de nombreux cancers : voies aéro-digestives ; œsophage ; foie ; colorectal ; sein et maladies : appareil digestif ; maladies cardio-vasculaires (conjointement au tabac) ; système nerveux ; traumatismes (accidents de la route) ... Les indicateurs de morbidité présentés dans le rapport de l'OFDT font état de 28 000 nouveaux cas de cancer en 2015 attribuables à l'alcool, soit 8% de l'ensemble des nouveaux cas de la même année. Les auteurs du rapport estiment la prévalence des cancers attribuables à l'alcool entre 150 000 à 190 000 personnes en ALD. En termes d'hospitalisation, les maladies alcooliques du foie représentaient 37 300 hospitalisations (en diagnostic principal) en 2016 et 87 000 entre 2008 et 2013 pour une démence liée à l'alcool.

D'une part, les usagers de drogues sont souvent confrontés à des difficultés d'accès aux services de soins (crainte de stigmatisation, délais, refus de prise en charge...) et d'autre part, bien des professionnels de santé se sentent démunis pour les prendre en charge entraînant ainsi des ruptures fréquentes des parcours des personnes confrontées à des addictions. Ainsi, le déploiement des microstructures médicales addictions trouve tout son intérêt dans le parcours de soins des usagers.

La population féminine est exposée à des freins pour accéder aux services d'addictologie : forte précarité sociale, sanitaire et familiale ; crainte importante du stigmata. Les situations d'addiction lors des grossesses sont particulièrement délicates. De manière indirecte, le syndrome d'alcoolisation foétale (SAF) provoquant des retards de croissance, des anomalies psychomotrices et des malformations de la face et du crâne en particulier touchait 0,48 ‰ naissances vivantes entre 2006 et 2013 (soit environ 3 200 nouveaux nés).

Par ailleurs, les consommateurs de stupéfiants ont un taux de mortalité sept fois supérieur à âge égal.

Autrement dit, les addictions aux substances psychoactives sont responsables chaque année en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents et maladies. Elles sont également à l'origine de handicaps, de nombreux problèmes familiaux et professionnels, d'actes de violence et de précarité qui génèrent une souffrance et un coût social majeur.

b. Le système de prise en charge de l'addiction

L'offre de santé en addictologie est constituée de trois pôles complémentaires : la médecine de premier recours ; le secteur hospitalier structuré sous forme de filière addictologie et le secteur médico-social.

Le dispositif de prise en charge de l'addictologie des consommateurs engagés dans une démarche de soins peut être présenté de la manière suivante :

Médecine de premier recours

Situé au plus près de la population, connaissant souvent la famille et l'environnement des patients, le médecin généraliste constitue fréquemment le premier recours pour les personnes en difficulté avec une conduite addictive. Selon le rapport de l'OFDT, en 2009, 70 % des médecins généralistes ont vu au moins un patient au cours d'une semaine donnée pour un sevrage tabagique (soit environ 90 000 patients) et 50 % pour un sevrage à l'alcool (soit environ 50 000 patients). Ce même rapport stipule que les médecins généralistes sont prescripteurs de Traitement de Substitution aux Opioïdes (TSO) pour 141 000 patients en 2017.

La médecine de premier de recours est constituée des cabinets de médecine générale, des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles ainsi que des Centres de Santé, tels qu'évoqué dans le Plan de Mobilisation

contre les Addictions 2018-2022. La médecine de premier recours constitue un maillon essentiel, elle représente l'une des trois dimensions, avec l'hôpital et le dispositif médicosocial, de l'offre de soins en addictologie. La médecine de premier recours sera nommée dans ce document « équipe de soins primaire » comprenant ainsi tous les modes d'exercice possible d'un médecin généraliste.

Selon le Plan de mobilisation contre les addictions 2018/2022 de la MILDECA « *Le secteur spécialisé en addictologie est rarement le premier point de contact avec le système de santé pour une personne ayant une conduite addictive ; en outre, au regard du niveau de prévalence des conduites addictives et de l'impact de celles-ci sur l'état de santé général, il ne serait pas pertinent de restreindre au seul secteur spécialisé la prise en compte de cette problématique. Dès lors, la priorité au cours des prochaines années sera de faire des professionnels de premier recours – en premier lieu, les médecins généralistes – les acteurs pivot du repérage et la porte d'entrée des parcours de santé. La mise à disposition de ressources et référentiels doit également leur permettre de prendre en charge et d'accompagner directement davantage de patients (hors situations complexes) sans référer au secteur spécialisé (p 5). »*

S'agissant des patients présentant une dépendance aux opiacés, une étude montre que 80% d'entre eux sont suivis par 5% des médecins généralistes et que l'âge moyen de ces derniers est particulièrement élevé, faisant craindre, à moyen terme un important problème des prises en charge. Ce constat est aggravé par une diffusion en hausse de l'héroïne dans certaines régions et le risque de survenue d'une véritable crise liée aux opioïdes de synthèse, contre lesquels le suivi de ces patients, associé à la qualité de la prescription de substitution aux opiacés, reste essentiel (p. 53).

Les Maisons de Santé Pluri professionnelles, les centres de santé constituent d'autres dispositifs de premier recours dont la mobilisation est requise dans le cadre d'une offre de soins et de prise en charge des addictions de proximité. Certains de ces dispositifs accueillent d'ores et déjà des microstructures en leur sein.

Secteur médico-social

D'après la circulaire du 16 mai 2007¹, « *le secteur médico-social en addictologie a pour spécificité d'assurer une offre de proximité pour permettre un accès simple et proche du patient, la précocité et la continuité des interventions, la diversité des prises en charge et de l'accompagnement psycho-social, et l'aide à l'insertion.* » Les pratiques professionnelles du secteur répondent à la diversité des besoins de la population par une offre ambulatoire et résidentielle qui se déploie au plus près de la vie familiale et sociale de la personne.

La circulaire du 28 février 2008 crée les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie² (CSAPA), aujourd'hui au nombre de 380 au niveau national, afin de décloisonner la prise en charge qui était jusque-là organisée autour de l'alcool d'un côté et des drogues illicites de l'autre. Depuis le 1^{er} janvier 2006, le dispositif médico-social en addictologie comprend également les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues (CAARUD), au nombre de 150 au niveau national à ce jour. Selon l'article R. 3121-33-1 du code de la santé publique, les CAARUD sont des établissements médico-sociaux qui ont pour missions : l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ; le soutien aux usagers dans l'accès aux soins ; le soutien aux usagers dans l'accès aux droits ; le développement d'actions de

¹ Circulaire N°DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 17 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

² Circulaire DGS/MC2 n°2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues et la participation au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers. En ce sens, l'objectif de ces derniers est de prévenir ou de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres substances psychoactives et, ainsi, à améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs qui ne sont pas engagés dans une démarche de soins.

Les CSAPA sont des structures médico-sociales permettant aux usagers un service de proximité et une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire : médicale, psychologique, sociale et éducative. La mission d'accueil consiste à recevoir toute personne, qu'il s'agisse de la personne en situation d'addiction ou d'un membre de son entourage. Le CSAPA est aussi un lieu d'écoute, d'information, d'orientation, et un lieu de prise en charge médicale, psychologique et sociale. Il peut assurer la prescription voire la délivrance de traitement en lien avec l'addiction, dont les TSO.

Secteur hospitalier

La circulaire³ du 26 septembre 2008, relative à la filière hospitalière de soins en addictologie, permet une structuration territoriale du dispositif sanitaire, organisé en filières hospitalières addictologiques. La filière répond à l'objectif de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale graduée, de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé. Sur son territoire d'implantation, une filière propose des dispositifs de prise en charge couvrant l'intégralité des parcours possibles, selon la sévérité de l'addiction et les éventuelles comorbidités associées somatiques, psychologiques ou psychiatriques.

La prise en charge en hospitalisation est particulièrement indiquée pour :

- ✓ Les intoxications aiguës sévères, overdoses
- ✓ Sevrage justifiant une hospitalisation
- ✓ Soins complexes
- ✓ Pathologies somatiques associées (cardiaque par exemple)
- ✓ Echecs antérieurs de traitement entrepris dans des cadres moins intensifs résidentiels ou ambulatoires
- ✓ Comorbidité psychiatrique grave, troubles cognitifs associés

La filière hospitalière est constituée de trois niveaux :

- **Niveau 1 - Proximité** (166⁴ établissements au niveau national) : structures de proximité composées d'unités de sevrage simples, de consultations hospitalières en addictologie et d'Equipes hospitalières de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA). Les ELSA sont des équipes pluridisciplinaires (318⁵ équipes au niveau national) qui ont pour mission de former, d'assister et de conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques de l'établissement de santé. Elles interviennent auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui des équipes soignantes. Par ailleurs, elles développent des liens avec les différents acteurs en intra et extra hospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi.

³ Circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie

⁴ Données issues du rapport OFDT (2012)

⁵ Données issues du rapport OFDT (DGOS 2017, PIRAMIG)

- **Niveau 2 – Soins résidentiels complexes et SSR-A** (112⁶ établissements au niveau national) : structures offrant les mêmes services que celles de niveau 1, auxquelles s’ajoutent l’offre de soins résidentiels complexes (unités de sevrage et de soins complexes et hôpitaux de jour) et les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSR-A).
Le SSR-A a pour objet de prévenir et de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives et doit promouvoir leur réadaptation. La prise en charge vise à consolider l’abstinence, prévenir la rechute et les risques liés à la consommation.
- **Niveau 3 - Formation et coordination** (6⁷ établissements au niveau national) : structures assurant les missions des structures de niveau 2 et des missions d’enseignement et de formation, de recherche et de coordination régionale. Coordonné aux soins de ville, au secteur sanitaire et aux acteurs des réseaux de santé en addictologie, le dispositif spécialisé des CSAPA constitue une des pièces maîtresses de la politique publique de santé en addictologie dans ces trois composantes : la prévention, les soins et l’accompagnement (médical, social et psychologique).

Etat des lieux

D’après la circulaire du 16 mai 2007, la mise en place d’un dispositif en addictologie devait permettre l’accès aux soins pour tous y compris pour des groupes de population spécifiques : les jeunes, les femmes enceintes, les personnes en situation de précarité, les personnes sous-main de justice. Incitant aussi à une proximité dans le cadre des territoires de santé et de bassin de vie.

La place du médecin généraliste est donc réelle dans le système de prise en charge des addictions. Pour autant, ils sont nombreux à être en difficulté devant cette patientèle pour différentes raisons : manque de formation ; temporalité des consultations ; situations complexes faisant appel à des compétences en dehors du champ de compétences d’un médecin généraliste.

La création des microstructures addictions est née d’une volonté d’améliorer les capacités de prise en charge des personnes sujettes à des conduites addictives dans le champ des soins primaires et les pratiques médicales par une démarche thérapeutique associant au suivi médical une prise en charge psychosociale systématique. Les microstructures sont nées du souci de répondre à deux types de difficultés : celles rencontrées par les patients souffrant d’addiction ; celles rencontrées par les médecins généralistes dans leur activité quotidienne pour la prise en charge de cette population. Elles sont dénommées ici « MicroStructure Médicale Addiction » (MSMA) par souci de montrer la structuration pluriprofessionnelle de la prise en charge en addictologie autour du médecin généraliste.

De par son expérience dans le domaine de l’addiction, le CSAPA met à disposition de la MSMA les compétences psychologiques et sociales dans une structure médicale d’exercice coordonné (maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé...) ou d’un cabinet médical. L’association des compétences médicales de premier recours et des professionnels du CSAPA comprenant le travailleur social et le psychologue permet à l’usager de bénéficier d’une offre de prise en charge de l’addiction pluriprofessionnelle de qualité. Il est possible, selon la configuration territoriale, que la MSMA fasse appel aux compétences d’un psychologue libéral, qui parfois fait déjà partie de l’équipe de soins

⁶ Données issues du rapport OFDT (données DGOS, 2012 « enquête sur le dispositif de prise en charge en addictologie)

⁷ Données issues du rapport OFDT (données DGOS, 2012 « enquête sur le dispositif de prise en charge en addictologie)

primaires, sous réserve qu'il soit formé aux addictions. Dans le cas du travailleur social, ce dernier est forcément salarié d'une structure. En ce sens, l'appui du CSAPA de proximité est le plus cohérent. Si l'offre de proximité le nécessite, le travailleur social et/ou le psychologue peut/peuvent être salarié(s) d'un CAARUD.

La microstructure médicale addiction est une organisation souple, en appui au médecin traitant, permettant une prise en charge pluriprofessionnelle pour les patients présentant des parcours complexes liés aux addictions.

Organisation recherchée

Entre 2007 et 2016, plusieurs études ont permis de dégager un consensus partagé, quant à la pertinence, à l'efficacité et à l'efficience du dispositif des réseaux de microstructures médicales addictions. Il s'agit de faciliter l'orientation et la prise en charge de proximité des usagers portant une ou plusieurs conduites addictives et présentant une situation complexe ; de promouvoir l'articulation entre secteurs (ambulatoire et médico-sociale) pour favoriser une prise en charge adaptée, graduée et transdisciplinaire des personnes.

A ce jour, des MSMA se sont développées dans plusieurs régions de France : Bourgogne-Franche-Comté ; Grand-Est ; Hauts de France ; PACA ; Ile-de-France ; Auvergne-Rhône-Alpes ; Occitanie. Le Plan de mobilisation contre les addictions 2018/2022 de la MILDECA stipule que « *Les microstructures semblent favoriser la pratique du repérage des consommations des substances psychoactives : 42 microstructures organisées en réseaux, sont actuellement déployées sur le territoire. Il s'agit d'une équipe pluriprofessionnelle, constituée d'un médecin, d'un psychologue et d'un travailleur social, intervenant au cabinet du médecin généraliste. Les professionnels de la microstructure travaillent également en partenariat avec l'hôpital et le secteur médicosocial. Ce suivi médico-psycho-social de proximité peut être plus adapté aux situations souvent complexes de certains patients du cabinet confrontés à la précarité et dont les addictions sont associées à d'autres pathologies (troubles hépatiques, hépatites,)* (p.53).

Entre 2002 et 2014, à l'initiative du réseau national des microstructures, plusieurs études de validation internes ou externes de la pertinence ou de l'impact positif des microstructures ont été menées.

Toutefois, le financement de ces structures n'est pas pérenne ce qui pose la question de la soutenabilité de leur développement, de leur reproductibilité, alors même que les nouveaux projets régionaux de santé arrêtés en 2018 affichent clairement une volonté de certaines ARS de développer les microstructures médicales addictions pour répondre aux problématiques régionales.

Le récent rapport – publié en mai 2018 – « *L'évaluation action des microstructures et du processus de création de microstructures à Pierrefite-sur-Seine* » de François-Olivier Mordohay énonce des recommandations en termes de transposabilité des microstructures. Elles s'orientent dans trois principales directions :

- ✓ La poursuite de la réflexion sur le concept de microstructures et sa mise en œuvre ;
- ✓ L'inscription plus grande des microstructures dans les nouvelles politiques publiques de santé ;
- ✓ L'étayage des moyens et des ressources de fonctionnement autonome de la CNRMS et des réseaux dans la logique de démultiplication des microstructures et de leur valeur ajoutée.

La réaffirmation dans le plan de mobilisation contre les addictions 2018-2022 de la valeur ajoutée des microstructures médicales addictions, dont le développement devient un objectif prioritaire, renforce l'argument de la pertinence d'un travail concerté sur un cahier des charges et un modèle économique

communs : « Ce suivi médico-psychosocial de proximité peut être plus adapté aux situations souvent complexes de certains patients du cabinet confrontés à la précarité et dont les addictions sont associées à d'autres pathologies (troubles psychiatriques, hépatites...) ».

2. Description du projet et caractère innovant

Il est proposé d'expérimenter un nouveau mode de financement d'une équipe de soins primaire en exercice coordonné : les microstructures médicales addictions. Ces MSMA ont pour mission d'offrir des soins de proximité et de qualité aux personnes atteintes d'addiction, présentant une situation complexe et n'étant pas pris en charge dans le cadre d'un dispositif destiné aux personnes souffrant d'addiction préexistant en ville. Sur la base de l'expérimentation de ce nouveau modèle économique, l'augmentation du nombre de ces microstructures devrait permettre l'amélioration de l'accès aux soins d'addictologie à cette population.

Les **objectifs du projet d'expérimentation** sont les suivants :

Objectif stratégique :

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 pluriprofessionnelle centrée autour du médecin traitant. L'ensemble est construit sur un modèle de cahier des charges harmonisé, un modèle économique unique et des modalités de financement homogènes valorisant l'expérience des microstructures médicales addictions existantes.

Objectifs opérationnels :

- ✓ 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 ;
- ✓ 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 microstructures médicales addictions ;
- ✓ Conforter l'évaluation de la pertinence de ce type de prise en charge dans un contexte de changement d'échelle

3. L'organisation proposée

a. Description de la MSMA

La microstructure médicale addiction est constituée d'une équipe de soins primaires pluridisciplinaire comprenant *a minima* un psychologue et un travailleur social autour du médecin généraliste, dans son cabinet. Le lieu d'exercice de la MSMA peut être un cabinet individuel ou de groupe de médecine générale, une maison de santé, ou un centre de santé.

La MSMA repose, dans le territoire, sur une forte articulation entre une ou plusieurs équipes de soins primaires ou un médecin généraliste en exercice isolé et une structure médicosociale spécialisée dans la prise en charge des addictions notamment les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), voire les CAARUD le cas échéant.

Schéma. Organisation de la MSMA

Les MSMA sont organisées en réseau et travaillent notamment en partenariat avec l'hôpital et le secteur médico-social.

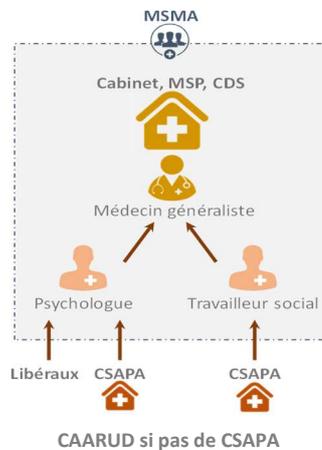
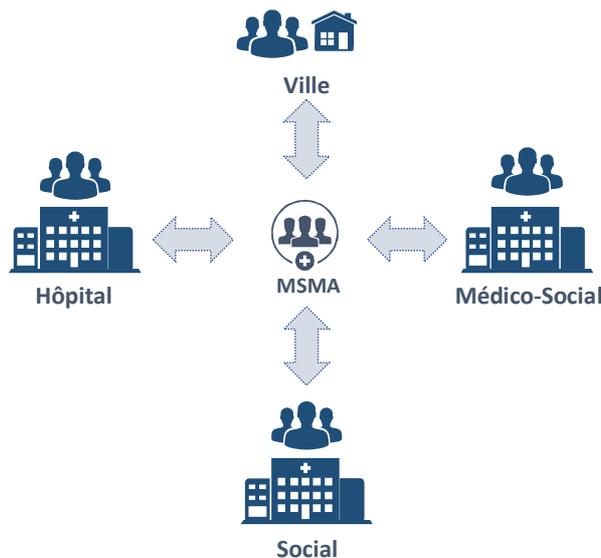


Schéma. Interactions de la MSMA



La MSMA permet des soins de proximité, non stigmatisants, ainsi qu'un accès et une continuité des soins pour les personnes présentant des troubles addictifs. Elle offre un soutien pluridisciplinaire avec une porte d'entrée médicale, au sein de la patientèle du médecin traitant. Ce dispositif agit en faveur de la réduction des inégalités territoriales de santé en permettant à la médecine de ville d'avoir les moyens adaptés pour ces soins. Il facilite l'accès aux soins grâce à la pratique de l'exercice coordonné en renforçant le maillage territorial. Il faut noter que l'intérêt des MSMA tient à la construction d'une coopération renforcée entre la médecine de ville et le secteur médico-social. S'il est judicieux et pragmatique de s'appuyer prioritairement sur les CSAPA pour une mise à disposition des deux professionnels (psychologue et travailleur social), il convient de s'adapter à l'organisation existante au sein de la structure de médecine générale car certains psychologues font déjà partir d'équipes de soins primaires et participent à différentes réunions de concertation de patients. Dans ces cas, l'équipe de la MSMA n'aurait pas forcément besoin de mise à disposition de psychologue par une structure

spécialisée en addictologie. Ceci bien entendu sous la condition que le psychologue soit formé en addictologie.

Les MSMA développent donc un partenariat avec : les services hospitaliers (suivi partagés des situations complexes, consultations experts, transferts de compétences de l'hôpital vers la ville) des établissements de santé (MCO, SSR), les services d'addictologie, de gastroentérologie, de virologie, d'infectiologie, de dermatologie, de maternité, les services hospitaliers spécialisés en psychiatrie; les établissements médico-sociaux en addictologie ; les réseaux addiction lorsqu'ils existent et les dispositifs d'appui à la coordination (PTA).

c. La composition de l'équipe pluridisciplinaire de la microstructure médicale addiction

Au sein de la structure d'exercice coordonné, porteuse de la MSMA, le **médecin traitant** assure le suivi médical des personnes appartenant à sa patientèle présentant des conduites addictives, décide de l'inclusion des patients dans la MSMA avec le psychologue et/ou le travailleur social. La collégialité est particulièrement importante dans l'élaboration du parcours de soin de chaque patient : un psychologue et un travailleur social viennent ainsi en appui au médecin généraliste, dont le cabinet est le cœur de l'inclusion. L'inclusion est, bien entendu, soumise au consentement et donc à l'adhésion du patient ou de son représentant légal s'il est mineur.

Le médecin :

- ✓ Intervient dans l'évaluation de la dépendance du patient ;
- ✓ Réalise l'examen clinique ;
- ✓ Réalise le diagnostic et le dépistage des facteurs de risque ;
- ✓ Réalise la prise en charge médicale du patient ;
- ✓ Dépiste les complications et comorbidités liées à l'addiction ;
- ✓ Oriente le patient pour des examens complémentaires le cas échéant ;
- ✓ Accompagne et soigne son patient tout au long de la démarche de soins entreprise par ce dernier.

Il participe également aux réunions de synthèse, et à la tenue du dossier du patient. La coordination des soins et du parcours patient relève bien du médecin traitant et de l'équipe de soins primaires de proximité, à ne pas confondre avec la coordination médicale du dispositif régional exposée plus loin.

Dans le cadre du suivi du médecin généraliste, les activités suivantes sont réalisables :

- ✓ Le dépistage VIH, VHB, VHC est proposé au patient tous les ans et tous les 6 mois pour les usagers de drogues par voie injectable notamment par examen sanguin ou par proposition de TROD avec un protocole défini précisant les modalités d'entretien et les suites données. Il s'agit ici d'une intervention du médecin généraliste, du travailleur social et du psychologue habilités. En cas de sérologie positive, l'organisation prévoit la mobilisation immédiate du médecin généraliste pour l'annonce auprès du patient et l'explication du traitement et de la prise en charge.
- ✓ Le Fibroscan tous les ans pour les patients ayant une fibrose alcoolique ou porteurs du VHC et tous les 6 mois pour les usagers de drogues par voie injectable. Le médecin généraliste peut assurer cette prise en charge après formation auprès du service en hépatologie hospitalier, en cas de fibroscan mobile ou auprès du CSAPA disposant d'un fibroscan.

Dépistage et Fibroscan sont des actes de droit commun pour lesquels le présent projet ne sollicite aucun financement particulier. Certains médecins pourront être amenés à les pratiquer ou à orienter leur patient vers une structure adaptée.

Le travailleur social, salarié de structures sociales ou médicosociales (principalement des CSAPA et mis à disposition des MSMA) prend en charge et accompagne les situations sociales des patients orientés dont la mise à jour des droits, la prise en charge des urgences sociales, un accompagnement personnalisé, une aide à la réinsertion sociale ou encore un soutien aux familles.

Le travailleur social intervient à la demande du médecin généraliste au sein du cabinet de ce dernier. Il gère l'ouverture et l'actualisation des droits aux soins, le maintien dans le logement, la recherche ou le maintien dans l'emploi, c'est-à-dire dans l'ensemble des actions relevant de la ré-affiliation sociale en générale. La facilitation de l'accès aux droits et aux soins constitue l'essentiel de son action.

Il peut aider le médecin généraliste à délivrer des conseils en matière de pratiques de réduction des risques.

Il informe, oriente vers un service spécialisé et travaille en coordination avec les autres acteurs sociaux. Il participe aux réunions de synthèse.

Le **psychologue** prend en charge et accompagne la personne orientée ainsi que ses proches. Il a une fonction thérapeutique dans le suivi au long cours de la personne présentant une ou des addictions, et de son évolution, ainsi qu'éventuellement l'entourage du patient. Il participe aux réunions de synthèse.

Le psychologue, libéral ou salarié (principalement des CSAPA et mis à disposition de la MSMA) intervient au sein du cabinet du médecin généraliste. Les permanences, effectuées par le psychologue et le travailleur social au sein des équipes de soins primaires, sont adaptées au nombre de patients inclus et aux besoins. Pour assurer le suivi des patients, le psychologue et le travailleur social sont présents régulièrement à des plages horaires hebdomadaires fixes.

Le temps passé est estimé à 3h par semaine en moyenne, au titre d'une permanence de soins pour les psychologues et travailleurs sociaux, qui sont majoritairement salariés de structures médico-sociales (CSAPA, CAARUD,...), de réseaux ville hôpital, de réseaux de santé ou de psychologues libéraux pouvant exercer au sein de certaines maisons de santé pluriprofessionnelles.

Il est envisagé de possibles interventions d'**autres professionnels** dans la prise en charge :

- ✓ Le **pharmacien d'officine** pour le traitement par substitution aux opiacés, le suivi du traitement, la veille sur le non-chevauchement des traitements.
- ✓ La prise en charge et un avis psychiatrique peut être sollicité à un médecin psychiatre libéral ou de secteur.
- ✓ Les autres spécialistes : il peut s'agir d'un gynécologue-obstétricien, d'un hépato gastroentérologue, d'un tabacologue, d'un infectiologue, d'une sage-femme
- ✓ Le diététicien pour le suivi diététique

Pour une prise en charge pertinente et de qualité, la MSMA est amenée à travailler avec un ou plusieurs **centres hospitaliers** et notamment les services en hépatologie.

d. Le parcours du patient

Repérage du patient

Tout patient qui présente une ou plusieurs addictions complexes objectivées peut se voir proposer un suivi par la microstructure médicale addiction. L'adhésion du patient et /ou du représentant légal, le cas échéant, est nécessaire pour la mise en place d'une prise en charge. En cas d'inadéquation à une prise en charge en ville, le patient est orienté vers un autre dispositif plus adapté à son état de santé.

Le patient concerné peut être repéré de deux manières différentes :

- soit il est déjà suivi par le médecin de la MSMA, dans le cadre de son activité de médecine générale. Dans ce cas, c'est ce médecin qui lui propose une prise en charge au sein de sa microstructure
- soit il est repéré par un autre acteur du système de santé (CSAPA, maison de santé, unité d'addictologie, autre médecin généraliste...) qui l'adresse à la MSMA.

Début du parcours : évaluation, diagnostic, RCP et PPS

La prise en charge du patient par la microstructure médicale addiction passe nécessairement par le médecin généraliste de la MSMA. Ce dernier, tout en vérifiant l'éligibilité du patient, effectue en parallèle un bilan de ses comorbidités ainsi qu'une première évaluation de ses besoins en termes de suivi psychologique ou d'aide sociale.

L'inclusion du patient est décidée collégalement par le médecin traitant, le psychologue et le travailleur social. Elle peut être renouvelée annuellement à sa date anniversaire. L'inclusion du patient déclenche la prise en charge forfaitaire.

Le patient est ensuite suivi selon ses besoins par le psychologue et/ou le travailleur social de la MSMA. La rencontre et le suivi avec ces derniers se déroule au cabinet de l'équipe de soins primaire.

La situation du patient est ensuite analysée lors d'une première réunion de synthèse dénommée ici RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, rassemblant les différents acteurs participant à la prise en charge du patient). C'est au cours de cette RCP qu'est validé le PPS (Plan Personnalisé de Santé) élaboré avec le patient.

Prise en charge au long cours du patient

Après cette première RCP, la MSMA est ainsi capable d'effectuer un suivi adapté aux besoins identifiés du patient. Le suivi peut relever à la fois du champ d'action du médecin, du psychologue et/ou du travailleur social.

Le parcours du patient au sein de la MSMA passe donc par des entretiens réguliers avec les différents professionnels de la MSMA. La périodicité de ces entretiens est définie dans le PPS en fonction des besoins identifiés.

Cette prise en charge sera ponctuée d'autres RCP *a minima* une fois par trimestre au cours desquelles il sera décidé collégalement de la reconduction, de l'adaptation ou de l'arrêt de la prise en charge par la MSMA. Le patient pourra participer à ces RCP s'il le souhaite.

Articulation avec les autres acteurs de soins

Tout au long de ce parcours, d'autres professionnels ou structures (CSAPA, CAARUD, services d'urgences, services d'hospitalisation classique, pharmaciens pour la délivrance de traitements, psychiatres, hépatologues, autres médecins spécialistes et les sages-femmes...) peuvent être impliqués dans la prise en charge – addictologique ou non - de ce patient. La microstructure médicale addiction

est ainsi chargée de centraliser les informations pertinentes et de coordonner les différents soins prodigués au patient dans le cadre de cette prise en charge addictologique. Dans le cas où le médecin de la MSMA n'est pas le même que le médecin traitant du patient, la MSMA est aussi chargée de le maintenir au fait du déroulement de la prise en charge.

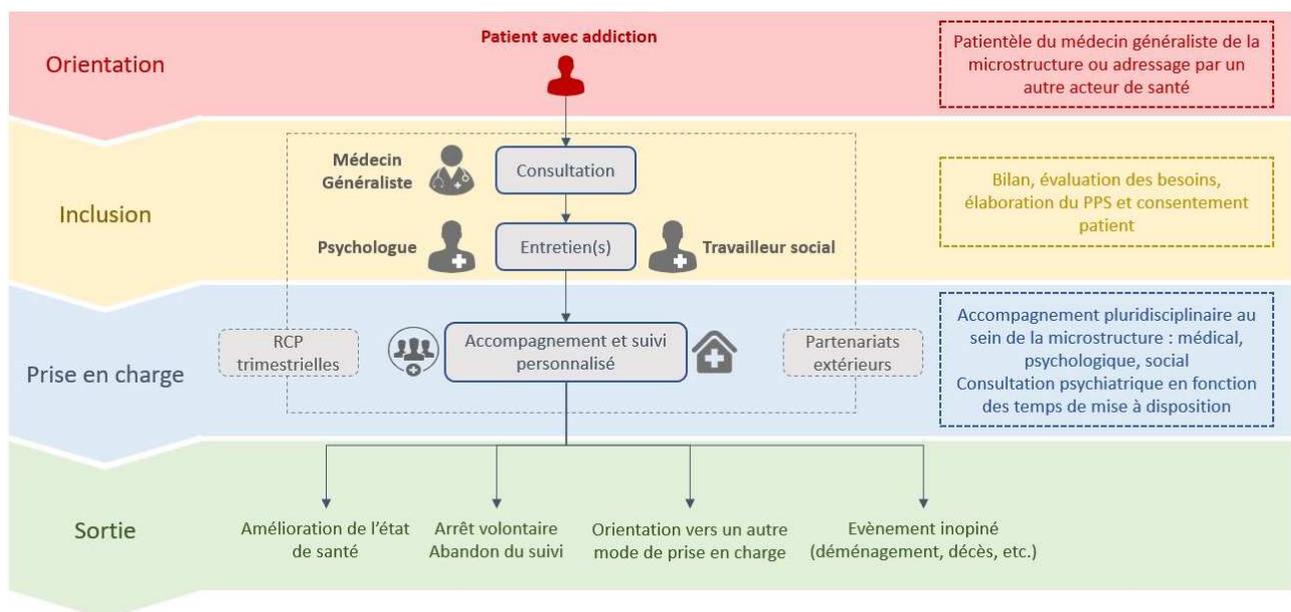
Fin de suivi du patient

Le suivi peut prendre fin pour plusieurs raisons :

- ✓ Par volonté du patient ;
- ✓ Par l'objectivation en RCP d'une amélioration de l'état de santé du patient justifiant une fin de suivi ;
- ✓ Par l'objectivation en RCP d'un état de santé du patient justifiant une orientation vers un autre mode de prise en charge ;
- ✓ Événements inopinés (déménagement, décès...).

Tout arrêt du suivi sera motivé et tracé afin que ces éléments soient évalués.

Schéma. Parcours individualisé du patient – Médecine de ville



Les critères d'exclusion sont :

- ✓ La non-compliance au traitement à la prise en charge incluant le suivi psychologique et/ou social ;
- ✓ La non-adéquation à une prise en charge en ville. Dans ce cas, le patient est réorienté vers le dispositif adapté à son état de santé.

e. La nécessaire coordination territoriale

Afin de bénéficier d'un maximum de visibilité pour atteindre le maximum de patients concernés, d'harmoniser les pratiques professionnelles et d'avoir un mode de fonctionnement commun à toutes ces microstructures médicales addictions, une coordination en plusieurs niveaux est nécessaire. Elle peut être régionale ou territoriale selon les régions expérimentatrices.

La coordination vise d'une part à assurer un fonctionnement homogène des MSMA et à harmoniser les pratiques et d'autre part permet au médecin généraliste de bénéficier d'un avis expert dans le domaine de l'addictologie.

Chaque fois, une coordination médicale et administrative est mise en place. Elles forment le binôme minimal qui assure le fonctionnement de chaque dispositif régional. Elle veille à son bon fonctionnement (bonne tenue des permanences dans le dispositif, recueil des données administratives et sanitaires, organisation des formations.) Cette coordination a pour tâche également le développement des partenariats territoriaux devant faciliter le parcours de soin et de santé de chaque patient suivi en microstructure médicale addiction.

La coordination médicale

La coordination médicale est effectuée par des médecins coordinateurs et a trois missions :

- ✓ La facilitation des parcours de soins et la recherche d'expertise ;
- ✓ L'harmonisation des pratiques par la formation des professionnels impliqués ;
- ✓ La centralisation des données.

La facilitation des parcours de soins et la recherche d'expertise

Cette coordination s'effectue à la fois au niveau individuel et aux niveaux local et régional.

Au niveau individuel, le médecin de la MSMA ainsi que son équipe guident le patient tout du long de son parcours, que le parcours ait lieu au sein de la MSMA ou avec d'autres offreurs de soins (psychiatre, hépatologue...). Une telle mission exige que l'équipe soit au courant des différentes offres de soins disponibles à proximité ainsi que des besoins du patient.

L'organisation du dispositif entre les différentes MSMA et les différents partenaires permet à chaque médecin de MSMA d'avoir des correspondants disponibles afin de disposer d'un avis médical spécialisé en cas de situation difficile.

Au niveau territorial (local et/ou régional), la coordination a pour tâche de développer des partenariats pertinents :

- ✓ Les services hospitaliers ;
- ✓ Les associations gestionnaires d'établissements médicosociaux en addictologie (CSAPA, CAARUD...);
- ✓ Les différentes MSP ;
- ✓ Les pharmaciens d'officine ;
- ✓ L'ensemble des dispositifs sociaux d'hébergement, d'insertion, de formation ;
- ✓ Les structures administratives (CPAM, CAF, Pôle Emploi, ASE...);
- ✓ Les associations caritatives ;
- ✓ Les CPTS ou PTA.

A terme, les microstructures médicales addictions doivent s'intégrer dans l'organisation territoriale de la CPTS, dont une des missions socle est d'organiser le parcours pluriprofessionnel autour du patient. Elle peut être une ressource pour le territoire sur sollicitation de la part de la PTA ou des réseaux experts par exemple.

L'harmonisation des pratiques par la formation des professionnels impliqués

La formation initiale ainsi que continue est indispensable afin de s'assurer de la qualité et de la cohérence des soins prodigués dans les MSMA.

Des formations présentielles sont organisées et assurées, le plus souvent au niveau régional mais aussi local ou national. L'organisation des formations est dépendante de l'existant dans les régions expérimentatrices (cf. précisions régionales).

En termes de formation continue, la coordination médicale assure une bonne communication entre les membres du dispositif (rédaction de lettres d'information sur l'évolution de la demande des patients, les choix des thèmes de formation...). Elle facilite le partenariat entre le dispositif et les partenaires médicaux en hospitalier ou en libéral.

La centralisation des données

La coordination médicale a aussi pour mission de récolter les données de prise en charge à des fins de recherche ou de veille sanitaire. Elle les centralise ensuite du niveau local jusqu'au niveau national. Ce recueil de données se fait par le biais de fiches sanitaires⁸.

Fiche de poste coordonnateur médical

Le coordonnateur médical du dispositif de microstructure médicale addiction aura pour mission :

1. Organiser la réponse aux besoins de formation en addictologie des professionnels des MS
2. Expert en addictologie, ressource pour les MG engagés dans une MS
3. Animer et coordonner les réunions synthèses et journées d'échanges sur les pratiques des MS
4. Organiser la réponse aux besoins de recherche clinique et veiller au recueil des données sanitaires
5. Assurer l'interface avec la CNRMS
6. Participer à l'évaluation de l'expérimentation en lien avec le comité de pilotage du dispositif
7. Développer un lien partenarial avec les professionnels libéraux du secteur médico-social, de la psychiatrie, les réseaux de santé, les PTA, le secteur hospitalier

Le temps affecté à cette mission se situe entre 0,3 et 0,5 ETP selon l'implication du coordonnateur médicale dans le suivi de l'expérimentation et de l'évaluation. *A minima*, le forfait comprend 0,3 ETP.

La coordination administrative

La coordination administrative a pour mission principale la gestion des ressources humaines ainsi que la planification des interventions des travailleurs sociaux et des psychologues, la gestion de la facturation, le versement des forfaits et leur ventilation. Elle rédige le rapport d'activité annuel du dispositif en région.

Elle est en lien régulier avec la (les) coordination(s) médicale(s) et la coordination nationale en vue notamment de faciliter le recueil de données.

Il est à noter que la CNRMS (Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures) s'occupe de la coordination nationale. Cette dernière coordonne l'action des différentes coordinations régionales. Elle est garante de la mise en œuvre effective du concept et du modèle de fonctionnement qui en découle. Son rôle d'appui, de soutien à cette pratique étayée de la médecine des addictions en Ville (mise à disposition d'outils spécifiques, partage d'expériences, développement d'études et de

⁸ Cf. Dictionnaire des données du système d'information de la CNRMS

recherches) est financé par une contribution annuelle de chaque Région participant à l'expérimentation.

Dans le cadre de l'expérimentation, la CNRMS assure le suivi et l'harmonisation du recueil des données et met à disposition des évaluateurs la base de données constituées. L'implication de cinq régions nécessite une démarche centralisée au niveau de la CNRMS pour assurer la cohérence de l'évaluation de l'expérimentation.

Fiche de poste coordonnateur administratif

Le coordonnateur administratif du dispositif aura pour mission :

1. La gestion des ressources humaines
2. La planification des interventions
3. La gestion de la facturation
4. Le versement des forfaits
5. La coordination de la rédaction et la rédaction du rapport d'activité du dispositif
6. Assurer l'interface avec la coordination médicale
7. Participer à l'évaluation

Le temps affecté à cette mission se situe entre 0,5 ETP à 1 ETP selon l'implication du coordonnateur administratif dans chefferie de projet. *A minima*, le forfait comprend 0,5 ETP.

f. Expérimentation

L'expérimentation dans les régions Bourgogne-Franche-Comté, Grand-Est, Hauts-de-France, Ile-de-France et Occitanie doit permettre d'évaluer un modèle économique et organisationnel répliquable. La constitution de dispositifs régionaux des microstructures médicales addictions présente l'avantage de garantir une approche équitable et homogène d'un territoire à un autre.

Le présent cahier des charges comprend une base socle et des organisations régionales en annexe permettant ainsi de proposer un dispositif homogène en respectant les particularités locales.

En termes de gouvernance, il est proposé d'installer deux niveaux de pilotage :

- ✓ Un COPIL inter-régional se réunissant une fois par an. Il aura pour mission de s'assurer du déploiement de l'expérimentation au niveau national mais aussi de suivre les étapes de l'évaluation.
- ✓ Un COPIL dans chaque région sera composé des acteurs locaux impliqués dans l'expérimentation et des partenaires.

II. En adéquation avec les objectifs fixés ci-dessus, quels sont les impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation ?

a. En termes d'amélioration du service rendu pour les usagers ?

- Facilitation de l'accès aux soins des patients présentant une ou plusieurs addictions
- Meilleure adéquation entre les besoins propres à chaque individu et le parcours thérapeutique
- Réduction des délais de prise en charge
- Appui aux difficultés sociales et psychologiques

- Accès à un dépistage et à un suivi des pathologies associées
 - Meilleure compliance au traitement
 - Inclusion de l'entourage pouvant devenir un soutien et un acteur de la démarche thérapeutique
 - Accès simplifié à une équipe pluriprofessionnelle à proximité du lieu de vie
 - Diminution du coût en lien avec les prises en charges psychologique et sociale
- b. En termes d'organisation et de pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services ?
- Diminution des « perdus de vue »
 - Cohérence de la prise en charge
 - Décision collégiale pour le PPS et appui aux médecins traitants pour la prise en charge
 - Décloisonnement des acteurs du parcours thérapeutique
 - Repérage des complications de la conduite addictive
 - Repérage du manque de compliance
 - Meilleure cohérence entre les différents niveaux de recours
- c. En termes d'efficience pour les dépenses de santé ?

Le récent rapport de l'OFDT expose un certain nombre de données de consommations de soins en addictologie : globalement, le coût social des drogues en France en 2010 est estimé à : 122 milliards d'euros pour le tabac (risque de surestimation au regard des évolutions de ces dernières années) ; 118 milliards d'euros pour l'alcool et 9 milliards pour les drogues illicites. Ces coûts se recoupent et ne peuvent être additionnés.

III. Durée de l'expérimentation envisagée

1. Quelle est la durée envisagée du projet d'expérimentation proposé ?

L'expérience des microstructures existantes permet d'appréhender une durée de prise en charge de 3 à 5 ans, l'expérimentation est donc envisagée pour une durée de **3 ans** à compter des premières inclusions patients. En envisageant trois années de prise en charge, la mise en place des MSMA nécessite de prendre en compte un temps de formation et d'appropriation par les professionnels.

Une éventuelle ouverture à d'autres régions allongerait la durée de l'expérimentation. En ce sens, il n'est pas envisagé d'ouvrir l'expérimentation à d'autres régions à ce jour.

Planning prévisionnel

Evènement	Echéance
Passage en CTIS : cahiers des charges régionaux	avant octobre 2019
Premières inclusions - Microstructures déjà existantes, compte-tenu des délais courts -	01/01/2020
Intégration de nouvelles microstructures pour les quatre régions identifiées	01/01/2021

IV. Champ d'application territorial proposé :

Eléments de diagnostic

1. Contexte et constats ayant conduit à la proposition de projet d'expérimentation.

« L'évaluation action des microstructures et du processus de création de microstructures à Pierrefite-sur-Seine » de François-Olivier Mordohay publié en mai 2018 souligne les atouts mais aussi les freins du développement des microstructures.

Tout d'abord, les **atouts des microstructures** sont les suivants :

- ✓ Elles se situent au plus près des patients qu'elles accueillent et *a fortiori* quand elles se trouvent en milieu rural, dans des zones éloignées des principaux centres hospitaliers et des autres services spécialisés des plus grandes agglomérations ;
- ✓ Leur développement s'inscrit clairement dans une optique concrète de réduction des inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins, renforcée par l'implication des médecins dans ces prises en charge et une prévention de proximité ;
- ✓ L'offre des microstructures, en cabinet médical, s'avère beaucoup moins problématique et stigmatisante, voire discriminatoire pour les patients qui ne se rendent pas nécessairement dans des services « dédiés » et/ou hospitalier. La remarque vaut particulièrement en ce qui concerne les interventions du psychologue et du travailleur social ;
- ✓ Plus largement encore, les microstructures rencontrent incontestablement une patientèle et un public qui choisit cette offre (on peut, par exemple, envisager une comparaison entre le pourcentage de femmes suivies annuellement en CSAPA et en CAARUD et celui du dispositif de MSMA dans chaque Région participant à l'expérimentation) ;
- ✓ Dès leur apparition, elles se sont, conjointement à la problématique de l'accès des patients aux traitements, constituées en réponse à l'isolement professionnel des médecins de ville, puis des autres intervenants qui y sont associés ;
- ✓ La configuration pluriprofessionnelle à géométrie variable des microstructures est génératrice d'un partenariat à la fois fluide et plus dense au plan territorial, mais aussi de décloisonnement avec les services d'action sociale, avec l'hôpital et les autres acteurs de santé libéraux ;
- ✓ La création des réseaux locaux, puis de la CNRMS, ainsi que sa capacité de recherche et d'évaluation ont aussi contribué et continuent de participer à la recherche des progrès dans la pratique médicale.

Cependant, il existe des **freins** réels :

- ✓ La dispersion territoriale des projets qui entraîne des coûts élevés en temps pour la réalisation de l'ensemble des modalités techniques, administratives, financières, partenariales puisque ces démarches ne peuvent pas mobiliser d'effets d'échelle.
- ✓ La dépendance vis-à-vis des concours publics. *A fortiori*, une partie des financements qui ont été attribués, l'ont été à titre expérimentale ou d'innovation ce qui ne facilite pas leur pérennité.
- ✓ Le développement des microstructures s'est fondé pendant des années sur des professionnels engagés et militants pour des nouvelles pratiques de santé, notamment en médecine de ville. Or, ces engagements individuels, qui ont représenté un vecteur majeur de l'application du concept de microstructures, pourraient d'ores et déjà, si les transitions et les relais ne sont pas bien assurés, devenir un frein pour la transposabilité des microstructures.

Ce même rapport précise que les moyens actuels de la CNRMS apparaissent aujourd’hui structurellement insuffisants pour envisager efficacement une démultiplication et pour répondre aux attentes et aux besoins spontanés exprimés par des acteurs dispersés sur le territoire national. La CNRMS, hors ses ressources propres (engagement personnel des dirigeants, montant des adhésions, subventions spécifiques...), a été en quelque sorte adossée, dans son financement, au réseau alsacien et à l’ARS à laquelle il est rattaché, avec des risques de confusion et spécifiquement celui, effectif, qu’elle ne soit pas réellement soutenue en tant que telle. En ce sens, pour dépasser cette situation, il est recommandé que la CNRMS puisse, dans une optique prévisionnelle et évaluée, être soutenue dans trois directions :

- ✓ Le développement de la fonction ressource et de conseil ;
- ✓ La poursuite de la réalisation des recherches et des études relatives aux résultats et aux impacts des microstructures ;
- ✓ L’organisation interne de la CNRMS et des relations avec les réseaux.

d. Quels sont les atouts du territoire sur lequel sera mise en œuvre l’expérimentation ?

Voir précisions régionales

e. Quelles sont les spécificités éventuelles du territoire ?

Voir précisions régionales

f. Quels sont les dysfonctionnements ou ruptures de parcours éventuels observés ?

Voir précisions régionales

Champ d’application territorial

	OUI/NON	Préciser le champ d’application territorial Et observations éventuelles
Local		
Régional		
Interrégional	OUI	BFC ; Occitanie ; IDF ; HDF et Grand-Est
National		

Voir précisions régionales

V. Présentation du porteur du projet d’expérimentation et des partenaires de l’expérimentation (ou groupe d’acteurs)

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Nature du partenariat ou de la participation au projet d’expérimentation (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser,...)

			Préciser les coopérations existantes
Porteur :	ARS	BFC Grand-Est HDF IDF Occitanie	
Partenaire(s) du projet d'expérimentation :	FEMASCO Fédération addiction ANPAA		<i>Participation à l'expérimentation par le portage des coordinations et par une coopération opérationnelle resserrée.</i>

VI. Catégories d'expérimentations

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

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

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°) ⁹ :	Cocher
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé,	NC

⁹ Ne concernent pas les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS

notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle	
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières	NC
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.	NC

VII. Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation

I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites du financement actuel	<i>Reste à charge des prises en charge psychologiques et sociales en ville et risque d'abandon ou de refus des soins prescrits</i>
<u>Dérogations de financement</u> envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°) : <ul style="list-style-type: none"> • <i>Facturation,</i> • <i>Tarifification,</i> • <i>Remboursement,</i> • <i>Paiement direct des honoraires par le malade</i> • <i>Participation de l'assuré</i> 	<i>Remboursement :</i> <i>L.162-1-7</i> <i>L.162-2</i> <i>L.160-8</i>
II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites des règles d'organisation actuelles	<i>L. 4113-5</i>
<u>Dérogations organisationnelles</u> envisagées (article L162-31-1-II-2°): <ul style="list-style-type: none"> • <i>Partage d'honoraires entre professionnels de santé</i> • <i>Prestations d'hébergement non médicalisé</i> • <i>Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements</i> • <i>Dispensation à domicile des dialysats</i> 	<i>Définition d'un forfait pluridisciplinaire : partage d'honoraires entre cabinet médical en exercice regroupé et structure employeur du psychologue et du travailleur social. Prise en compte des temps de concertation (RCP) + autres intervenants de type pharmacien, spécialistes...</i>

VIII. Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement :

- Volumétrie de patients et critères d'inclusion et/ou d'exclusion,

Au regard de l'expérience, la volumétrie est estimée à 42 patients par microstructure médicale addiction. Le projet de montée en charge cible à terme environ 7 000 patients annuels représentant près de 124 microstructures médicales addictions sur l'ensemble des régions concernées.

Les porteurs de projet proposent une montée en charge avec deux temps d'inclusion de nouvelles microstructures médicales addictions, à savoir le 1^{er} janvier 2020 et le 1^{er} janvier 2021.

- Estimation financière du modèle

Voir précisions régionales

- Soutenabilité financière du projet d'expérimentation (bénéfices identifiés/ coûts évités/ économies potentielles....)

Le coût global des addictions est estimé à 249 milliards d'euros (cf. partie II). Les régions impliquées dans l'expérimentation représentent 41 % de la population de France métropolitaine. Le projet agit potentiellement sur un coût actuel de l'addiction pour la société de 102 milliards d'euros, soit un montant à investir pour l'expérimentation à hauteur d'environ 2 % du coût actuel pour l'assurance maladie.

IX. Modalités de financement de l'expérimentation

1. Construction du forfait annuel par patient en microstructure médicale addiction

L'objectif de la mise en place d'un forfait par patient en MSMA est double, d'une part prendre en compte la montée en charge de la file active d'une MSMA, d'autre part assurer de façon pérenne le suivi des patients pris en charge.

Pour la construction de ce forfait, il a été retenu les hypothèses suivantes :

- 5 consultations d'un psychologue d'une heure chacune et de 6 consultations d'un travailleur social d'une heure chacune ;
- des coûts horaire moyens de 45€ pour un psychologue et de 31€ pour le travailleur social ;
- des frais de déplacement annuels par patient de 5€ : ce montant peut être modulé par les acteurs de terrain dans la limite du montant global du forfait ;
- 4 réunions de concertation pluri-professionnelle (RCP) d'une heure trente chacune en moyenne par an par patient, rassemblant l'équipe de prise en charge principale de la MSMA, sur la base des coûts horaire annuels suivants : 75€ pour le médecin généraliste du patient (souvent son médecin traitant), 45€ pour le psychologue et 31€ pour le travailleur social ;
- un temps de coordination médicale évalué sur la base de 0,3 ETP d'un médecin généraliste à 75 000€ chargé, pour le suivi de 42 patients sur 10 MSMA en moyenne ;
- un temps de coordination administrative évalué sur la base de 0,5 ETP administratif de 31 500€ chargé.

Ainsi, le forfait annuel d'un patient suivi en MSMA s'élève à **529€** (cf. tableau ci-dessous).

Tableau. Construction du forfait annuel par patient d'une microstructure médicale addiction

	Nb d'actes par patient par an	Coût horaire	Hypothèses	Forfait annuel par patient
Consultation psychologue	5	45 €	Nb d'actes = médiane	225 €
Consultation travailleur social	6	31 €	Nb d'actes = médiane	186 €
Déplacements annuels	-	-	-	5 €
RCP médecin généraliste	4	75 €	Durée moyenne d'une RCP : 1h30 sur la base de 42 patients par MS en moyenne	11 €
RCP psychologue	4	45 €		6 €
RCP travailleur social	4	31 €		4 €
Coordination administrative	-	-	Mi-temps administratif à 31 500€ chargé, prenant en charge en moyenne 42 patients sur 10 MS	38 €
Coordination médicale	-	-	0,3 ETP d'un MG à 75 000€ chargé, prenant en charge en moyenne 42 patients sur 10 MS	54 €
				529 €

Sur cette base, le besoin de financement pour le fonds pour l'innovation du système de santé est estimé pour la durée de l'expérimentation à environ **8,55 M€** pour les 5 régions concernées. Les besoins du financement par région sont détaillés dans les annexes régionales.

Les modalités de facturation seront définies dans la convention de financement conclue entre le porteur et la caisse nationale d'assurance maladie.

X. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées

Au regard des objectifs définis, l'évaluation pourra porter sur plusieurs dimensions. D'abord, l'évaluation du service rendu et de la pertinence de la prise en charge. L'historique des MSMA et les évaluations publiées depuis leur mise en place permet d'argumenter en faveur de la pertinence d'une telle prise en charge. Expérimenter un modèle économique unique nécessite de confirmer ou d'affirmer cette pertinence. Réinterroger le service rendu dans le cadre de l'expérimentation est essentiel dans un objectif de généralisation. Ensuite, développer la coordination de la prise en charge doit avoir un double impact. En premier lieu, la réduction des risques pour le patient en l'amenant à mieux appréhender ses problèmes d'addiction et leurs conséquences et en second lieu, l'accès à une prise en charge au plus près de son lieu de résidence et au plus tôt des besoins. Le second impact concerne l'approche coordonnée et pluriprofessionnelle amenant à un décroisement entre les secteurs du système de santé et favorisant ainsi une prise en charge de proximité. Enfin, l'organisation de dispositifs régionaux autour de coordinations médicale et administrative doit représenter une sécurisation et un soutien à la pratique des médecins généralistes. L'impact sur les pratiques professionnelles est un point tout aussi essentiel de l'évaluation.

Dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, la liste des indicateurs du tableau ci-dessous n'est pas exhaustive et pourra être complétée par les variables recueillies durant l'expérimentation et centralisée au niveau de la CNRMS. Ainsi, les interventions du psychologue et du travailleur social pourront être évaluées. L'évaluation devra également permettre d'identifier, le cas échéant, une variabilité du nombre de consultations de psychologue et/ ou travailleur social par patient liée à des

profils cliniques différenciés ou des situations. Cette analyse sera de nature à permettre d'affiner le modèle économique et la détermination des forfaits par patient.

Social	Relationnel	Santé	Réduction des risques
Ouverture des droits	Fréquence relationnelle familiale	% de patients / psychologue	Arrêt du tabac
Accès à un travail / une scolarité	Autorité parentale	% de patients inclus	Intensité de la consommation
Accès à un logement	Troubles	% primo-accédants	Réduction des consommations
Gestion financière (ouverture de compte)	Activités	Nbre de RCP /patient / an	Arrêt de la consommation
Problèmes judiciaires	Problématiques familiales	Fréquence de RCP	
		% TSO	
		Consommation problématique / Consommation	
		Nbre de traitements lancées	
		Précocité de la prise en charge	
		% Traitements VHC/VHB	
		Nbre de dépistages	
		Consultation après reprise de consommation	

XI. Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées

- Le projet nécessite-t-il de recueillir des données spécifiques auprès des patients qui peuvent être des données d'enquête ou des données de santé nécessaires à leur prise en charge. Comment sont-elles recueillies et stockées ?

Les données recueillies lors de l'expérimentation le seront par les médecins et transmises à la coordination nationale. Le système d'information de la CNRMS hébergera ces données et seront mises à la disposition de l'évaluateur. Un consentement sera systématiquement demandé aux patients.

- Les données ont-elles vocation à être partagées avec d'autres professionnels ou structures que celui qui a recueilli la donnée, selon quelles modalités ?

La transmission des données se fera de médecin à médecin par le biais de la coordination médicale pour être finalement intégrée au SI de la CNRMS.

- Les modalités de recueil du consentement du patient à la collecte, au stockage, au partage et à l'utilisation des données ainsi recueillies doivent être, le cas échéant, précisées.

Le consentement du patient sera systématiquement demandé et l'utilisation des données aura pour unique vocation l'évaluation.

XII. Liens d'intérêts

Il n'y a pas de lien d'intérêt à déclarer

XIII. Le cas échéant, fournir les éléments bibliographiques et/ou exemples d'expériences étrangères

Cf. notes de bas de page