

## Article 51

---

### Rapport d'étape

*EQUIP'ADDICT*

*(31/03/2021)*

# Préambule

## Le cadre réglementaire

Le décret no 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé (article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale) prévoit que le Comité Technique de l'Innovation en Santé (CTIS) et le Conseil Stratégique de l'Innovation en Santé (CSIS) sont informés de l'état d'avancement des expérimentations en cours. Ils sont destinataires des rapports d'étapes élaborés par les porteurs de projet, au même titre que des rapports d'évaluation.

Le CTIS et le CSIS rendent un avis sur l'opportunité et sur les modalités d'une généralisation des expérimentations.

## Les objectifs du rapport d'étape

Le rapport d'étape, rédigé de manière concise par le(s) porteur(s) du projet, est destiné en première instance au CTIS et au CSIS.

Pour le porteur, ce rapport est également une opportunité de présenter une photographie annuelle de la progression de son projet et de partager ses réalisations, ses difficultés, son appréciation de l'année écoulée et les actions à venir.

Le rapport d'étape n'est pas une auto-évaluation du porteur, mais un récit par le porteur de la mise en œuvre de son expérimentation.

Ce rapport est complémentaire au rapport d'évaluation produit par un évaluateur externe.

Le rapport d'étape doit être transmis à la rapporteure générale de l'article 51 et à l'ARS pour les projets régionaux, tous les ans à la date anniversaire de l'autorisation de l'expérimentation, jusqu'à son terme.

## La trame du rapport d'étape

Pour accompagner le porteur dans la rédaction de son rapport d'étape, une trame comportant les grands chapitres, assortis de recommandations de bonne pratique et illustrés avec quelques exemples de présentation est proposé.

Chaque projet étant unique et le rapport d'étape étant de l'entière responsabilité des porteurs, la trame est adaptable en fonction du projet.

La trame du rapport d'étape a été présentée et éprouvée par les porteurs ayant participé aux ateliers de la semaine des porteurs du 23 au 26 novembre 2020.

Elle est mise à disposition et diffusée à tous les porteurs de projets autorisés.

## Sommaire

<b><u>Préambule .....</u></b>	<b><u>1</u></b>
Le cadre réglementaire .....	2
Les objectifs du rapport d'étape .....	2
La trame du rapport d'étape .....	2
<b><u>Fiche identité projet .....</u></b>	<b><u>4</u></b>
<b><u>Rappel du calendrier de déploiement du projet .....</u></b>	<b><u>6</u></b>
<b><u>Déroulement du projet.....</u></b>	<b><u>8</u></b>
Contexte régional .....	8
Rappel du réalisé en année N-1.....	8
Perspectives en 2021 et chiffres clefs .....	11
Faits marquants .....	15
Freins et leviers identifiés.....	17
Gouvernance et pilotage du projet .....	19
<b><u>Conclusion et Perspectives .....</u></b>	<b><u>21</u></b>
Conclusions.....	21
Perspectives pour l'année à venir .....	21
<b><u>Annexes .....</u></b>	<b><u>23</u></b>

# Fiche identité projet

<b>Titre de l'expérimentation</b>	<b>EQUIP'ADDICT – Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions</b>	
<b>Porteur(s)</b>	ARS Occitanie	
<b>Partenaire(s)</b>	CNRMS, Association Addiction France, 2 PAO, CSAPA, CAARUD	
<b>Personne contact</b>	Laurence GOMEZ – <a href="mailto:laurence.gomez@ars.sante.fr">laurence.gomez@ars.sante.fr</a> – 04 67 07 22 20	
<b>Portée du projet</b>	Inter-Régionale (BFC – Grand Est –HDF – IDF – Occitanie)	
<b>Territoire(s) concerné(s)</b>	Région Occitanie	
<b>Public cible</b>	Usagers présentant une ou plusieurs addictions	
<b>Professionnels de santé et structures impliqués</b>	<p><b>1/Professionnels impliqués dans le parcours de soins :</b> MSP, médecins, centres de santé, psychologue, travailleur social.</p> <p><b>2/Etablissements impliqués dans la prise en charge :</b> les établissements médico-sociaux en addictologie ; les réseaux addiction lorsqu'ils existent et les dispositifs d'appui à la coordination (PTA), 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.</p>	
<b>Objet de l'expérimentation</b>	Sur la base de l'expérience des microstructures médicales addictions existantes, l'expérimentation a pour objet d'améliorer le maillage territorial des prises en charge et de l'accès à des soins de proximité pour les patients présentant une situation complexe avec une ou plusieurs conduites addictives et de tester un nouveau modèle de financement unique pour rémunérer une équipe de soins primaires en exercice coordonné.	
<b>Coût total estimé de l'expérimentation<sup>1</sup></b>	FISS (prestations dérogatoires)	1 675 343€
	FIR ou FISS (Amorçage et Ingénierie)	245 110€
	Total	1 920 453€
<b>Date de publication de l'arrêté</b>	1 <sup>er</sup> arrêté n° 2019-3150 du 22 octobre 2019 2 <sup>ème</sup> arrêté modificatif n° 2020-1988 du 22 juin 2020 3 <sup>ème</sup> arrêté modificatif actualisant la liste des structures participant au projet n°2021-0518 du 9 février 2021	
<b>Date de première inclusion (préciser si réalisée ou prévue)</b>	1 <sup>er</sup> juillet 2020 (réalisée)	
<b>Durée totale de l'expérimentation<sup>2</sup></b>	3 ans à compter des 1 <sup>ères</sup> inclusions	
<b>Evaluateur</b>	Service d'évaluation économie en santé pôle santé publique Hospices civils de Lyon	

<sup>1</sup> Tel que prévu dans le cahier des charges publié

<sup>2</sup> Telle que prévue dans l'arrêté d'autorisation

# Rappel du calendrier de déploiement du projet

L'expérimentation est envisagée pour une durée de 3 ans à compter des premières inclusions de patients dans chacune des 5 régions engagées. La mise en place des microstructures médicales addictions nécessite de prendre en compte un temps de formation et d'appropriation par les professionnels d'où le délai des trois années de montée en charge.

Calendrier prévisionnel :

Evènement	Echéance
Passage en CTIS : cahiers des charges régionaux	avant octobre 2019
Intégration de la première vague de microstructures expérimentatrices incluant des microstructures déjà existantes	01/01/2020
Intégration de nouvelles microstructures	01/01/2021

Il est à noter pour la région Occitanie, en amont de l'expérimentation au titre du dispositif 51, le démarrage dès novembre 2017 de 4 microstructures financées via le FIR et qui ont poursuivi leurs activités en 2019. En préalable à l'élaboration du cahier des charges de l'expérimentation article 51, une évaluation 2017-2018 de l'expérimentation financée par l'ARS Occitanie, dans le cadre de crédits non reconductibles, a été réalisée et a confirmé la participation dans le cadre de l'expérimentation EQUIP'ADDICT.

## Mise en œuvre du projet sur 2019 et 2020 :

- 1<sup>ère</sup> étape : intégration de la première vague des microstructures en lien avec le diagnostic territorial et le maillage entre les différents acteurs pour la mise en œuvre effective du projet.
- 2<sup>ème</sup> étape : animation et montée en charge du projet avec 4 objectifs :
  - o Efficience du dispositif des microstructures,
  - o Harmonisation des pratiques,
  - o Rencontre et échanges de pratiques,
  - o Valorisation des spécificités territoriales.

Ces étapes ont été portées par le réseau 2PAO et l'Association Addiction France (ex ANPAA Occitanie) avec l'animation de 3 comités techniques réunissant entre 5 et 8 professionnels des microstructures, l'organisation de commissions thématiques sur le modèle économique, les outils, la communication, la création d'une commission annuelle portant sur l'harmonisation médico-psycho-sociale et la mise en place d'un calendrier de communication par thématique tous les 2 mois (tabac, addiction aux écrans, médicaments, cannabis...).

**L'entrée effective dans l'expérimentation article 51 a débuté au 1<sup>er</sup> juillet 2020** avec 17 microstructures engagées sur 10 départements de la région Occitanie.

Chaque microstructure reçoit des crédits d'amorçage via le FIR de 2000€ et un forfait annuel par patient de 529€ tel que défini dans le cahier des charges de l'expérimentation publié par arrêté du 22 octobre 2019.

	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 €
				<b>529 €</b>

Dans le cadre de sa mission d'animation régionale, 2 PAO a effectué, en lien avec les délégations départementales de l'ARS Occitanie, un travail de repérage dans les territoires des candidats à l'expérimentation. En outre, 2 PAO a mené les actions suivantes depuis l'intégration des microstructures dans l'expérimentation Article 51 :

- La constitution d'un **site internet** dédié au Microstructure : [MSMA Occitanie](#),
- La création d'une **Newsletter** à destination des microstructures,
- L'organisation d'un **comité consultatif** qui s'est réuni pour la 1<sup>ère</sup> fois le 29 septembre 2020 et dont les objectifs principaux sont de :
  - Permettre la rencontre et les échanges entre les différentes microstructures,
  - Valoriser les actions selon les spécificités territoriales,
  - Harmoniser les pratiques,
  - Faire évoluer le dispositif des microstructures pour qu'il soit à la fois efficace et efficient dans le cadre de la prise en charge des addictions en médecine générale,
- La mise en place d'**outils**, type Trame d'entretien – Tableau de saisie – Questionnaire sur les pratiques...

### **Perspectives pour 2021 :**

L'année 2021 doit permettre la montée en charge de 13 microstructures supplémentaires devant intégrer l'expérimentation. Trois sessions de formation permettant l'accompagnement des nouvelles microstructures, en lien avec la coordination nationale (CNRMS) sont prévues entre mai et septembre 2021.

En parallèle, dans le cadre d'une concertation entre les ARS et l'équipe nationale 51, il est envisagé l'ajustement du modèle économique, afin de mieux prendre en compte le temps de la 1<sup>ère</sup> consultation longue réalisée par le médecin à l'inclusion du patient, les temps de déplacement des professionnels salariés (psychologue, travailleur social) du CSAPA/CAARUD vers les microstructures pour les consultations de patients ainsi que les temps de recueil des données MAIA.

# Déroulement du projet

## Rappel du contexte régional et du réalisé en 2019 - 2020

### Contexte régional

La région Occitanie, particulièrement étendue, est pour l'INSEE « l'une des régions présentant les plus forts contrastes entre ses territoires », que ce soit en termes de caractéristiques physiques des 13 départements qui la composent, de caractéristiques socio-économiques des populations ou au regard de son tissu économique.

Même si la région dispose d'une offre de soins supérieure aux moyennes nationales, elle est inégalement répartie sur le territoire entraînant d'importants écarts en termes d'accessibilité géographique aux soins et à l'offre de prise en charge.

Concernant les conduites addictives, l'Occitanie présente en moyenne des indicateurs plus défavorables que la moyenne française et figure parmi les 4 régions françaises les plus concernées par les problématiques de conduites addictives.

Le développement des microstructures médicales addictions (MSMA) en Occitanie constitue ainsi un des projets structurants du **Projet Régional de Santé**, afin de fournir un appui aux professionnels des soins primaires dans l'orientation et la prise en charge de proximité des usagers en situation complexe.

Il était prévu de développer, a minima, une microstructure médicale addiction (MSMA) par département, à échéance, du Projet Régional de Santé, en tenant compte des opportunités territoriales.

**4 microstructures ont été constituées et financées par le FIR dès novembre 2017** et ont intégré l'expérimentation en 2019 (Laguiole, Réalmont, Besseges et Lunel) ainsi qu'une nouvelle microstructure dans l'Ariège (Tarascon) qui a démarré en novembre 2019.

La **Feuille de route Régionale Addictions (FRA) Occitanie 2020-2022**, co-construite par le Préfet de région Occitanie et le Directeur général de l'ARS Occitanie avec l'appui de Santé Publique France, détermine une stratégie articulée autour de 7 axes de travail prioritaires dont un axe « *poursuivre le développement de la prise en charge des personnes en situation d'addiction, notamment en ambulatoire* » dans lequel s'inscrit le dispositif des microstructures médicales addictions.

### L'activité des microstructures en 2019 (rapport du réseau Occitanie – Addiction France) antérieure à l'expérimentation Equip'Addict

**114** patients ont été accompagnés en 2019 au niveau des **5** microstructures en place. **44** patients étaient déjà accompagnés avant 2019 et **70** nouveaux patients ont intégrés le dispositif microstructure. Soit un taux de renouvellement de la patientèle de 61%.

Au total **290** consultations et entretiens ont été réalisés par les professionnels associés à la microstructure : psychologue et travailleur social. 165 consultations pour les psychologues et 125 entretiens pour les travailleurs sociaux.

Depuis novembre 2017, ce sont **200** patients qui ont été accompagnés et ont bénéficié de **750** consultations psychologiques et entretiens sociaux.

➤ Profil démographique et pratiques addictives des patients suivis :

**47%** des personnes accompagnées consultent par rapport à leur consommation d'alcool, **23%** par rapport à leur consommation de tabac, **11%** dans le cadre des addictions sans produit, **9%** par rapport à leur consommation de cannabis et **7%** par rapport à des consommations d'opiacés.

**49%** des personnes accompagnées sont des femmes. Les personnes âgées entre 18 et 30 ans et de + de 70 ans sont majoritairement des femmes (**55%** pour les 18 – 30 ans et **98%** pour les + de 70 ans).

La catégorie d'âge la plus représentée se situe entre 51 et 70 ans. Elle représente **43%** des personnes accompagnées. **2%** des patients ont – de 18 ans, **12%** entre 18 et 30 ans, **37%** entre 31 et 50 ans et **6%** ont plus de 70 ans.

➤ Profil social et situation familiale des patients suivis :

**36%** des personnes accompagnées bénéficient de ressources provenant d'un emploi, **20%** de la retraite. **12%** bénéficient de minima sociaux, **6%** perçoivent des ressources de pôle emploi et **5%** bénéficient d'une pension d'invalidité.

**8%** des personnes accompagnées n'ont pas de ressources qui leurs sont propres et **3%** d'entre - elles ne bénéficient d'aucune ressource.

**80%** des personnes accompagnées bénéficient d'un logement, **13%** ne bénéficient pas d'un hébergement personnel et **2%** sont sans domicile fixe

**48%** des personnes accompagnées vivent en couple ou en famille, **25%** vivent seuls, **12%** avec leurs parents et **10%** sont en situation de monoparentalité.

➤ Accompagnement social :

**30%** de l'accompagnement social proposé est en lien avec des problématiques administratives (carte d'identité, permis de conduire, domiciliation...), **27%** avec des problématiques de santé (recherche d'une mutuelle, carte vitale, reconnaissance travailleur handicapé, allocation adulte handicapé, obtention CMUC, soins dentaires.), **25%** des entretiens visent à soutenir et à proposer un accompagnement motivationnel de la personne, **8%** relève d'un accompagnement à l'emploi (aide au CV, lien avec pôle emploi...).

➤ Accompagnement psychologique :

**51%** des motifs de consultations à l'entrée sont liés à la famille, **19%** à un sentiment d'isolement et **1%** aux **relations sociales**.

**34%** des problématiques identifiées lors des entretiens sont associées à un sentiment de tristesse, **24%** à des angoisses, **24%** à des problématiques liées au travail, **15%** à des problématiques sociales, **12%** à des troubles alimentaires.

## La montée en charge du dispositif des microstructures en 2020

En 2020, **17 MSMA sont opérationnelles** en sachant que 4 initialement prévues n'ont finalement pas mis en œuvre l'expérimentation.

En amont du démarrage de la microstructure, une **formation** a été organisée à destination des professionnels (médecin généraliste, assistant social, travailleur social). Cette formation portée par l'Association Addiction France se compose de 3 modules. Le 1<sup>er</sup> module a été construit et co-animé avec la Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures (CNRMS), afin d'explicitier l'organisation de la microstructure, le recueil des données et permettre le développement des compétences en addictologie des professionnels.

Après 2 sessions du 1er module en début d'année civile, le confinement est venu bousculer cet échéancier et les modalités de travail initialement prévues. L'ensemble de la formation a été alors proposé à distance avec un nouveau calendrier.

Au total entre le 1<sup>er</sup> janvier 2020 et le 30 juin 2020, 3 sessions de formation se sont déroulées dont 2 en présentiel les 16/01/2020 et 29/01/2020 et 1 en distanciel le 18/06/2020. 40 stagiaires ont bénéficié du module 1 co - animé par la C.N. R.M.S.

Les professionnels de santé des maisons de santé pluridisciplinaires de Montech, Pézenas, St Jean du Gard, Laguiole, Ste Geneviève sur Argence et Tarascon y ont participé ainsi que les professionnels du C.A.A.R.U.D. Epices 82 et des C.S.A.P.A. Logos, A.I.D.e.A. 11, Arpade, A.N.P.A.A. 30 et A.N.P.A.A. 12, C.S.A.P.A. hospitalier Montauban.

Par ailleurs, la **plateforme nationale de facturation** a été paramétrée, en lien avec l'Assurance Maladie, permettant ainsi aux microstructures de procéder à la facturation des forfaits relatifs aux prestations dérogatoires. La montée en charge des CSAPA/CAARUD sur la plateforme de facturation s'est opérée, au dernier trimestre 2020 avec l'organisation de sessions de formation pour les comptes « administrateurs locaux » et « facturiers ». Cette appropriation de la plateforme se poursuivra en 2021 pour les 13 nouvelles microstructures.

**La gouvernance régionale** a été mise en place avec le comité de pilotage régional, chargé de la gouvernance stratégique, qui s'est réuni le 7 juillet 2020 et le 24 novembre 2020. Lors de ce second comité, ont été examinées les propositions de nouvelles microstructures au 1<sup>er</sup> janvier 2021 conduisant à la validation de 12 nouvelles MSMA à intégrer en 2021.

L'évaluation a été confiée par l'équipe nationale 51 à un évaluateur externe qui est chargé de la mise au point du **protocole d'évaluation** commun aux 5 régions engagées dans le projet Equip'Addict. Trois dimensions seront évaluées : faisabilité – efficacité – transférabilité.

- ✓ **Efficacité** : Quel est le service rendu par le dispositif (organisation et financement) ?
  - Quel accès aux soins est observé à terme ?
  - Maillage territorial et files active à terme ?
  - MSMA : Délais pour bénéficier du dispositif ?
  - Patient : accessibilité financière, géographique, sociale ?
  - Accès aux pratiques de dépistage VIH-VHB-VHC et fibrose hépatique ?
  - Pour quelle qualité des soins ?
  
- ✓ **Efficacité** : Quels coûts pour quels résultats ?
  - Quelle couverture des coûts de production de ces suivis par les MSMA par les forfaits versés ?
  - Quelles prestations sont réalisées par les MSMA ?

- ✓ Transférabilité : 4 classes de facteurs de transférabilité seront évaluées, en lien avec : la population, l'intervention, l'environnement dans lequel se développe le dispositif, les modalités de transfert de ce dispositif.

### **Perspectives en 2021**

Pour 2021, la région Occitanie a identifié 30 microstructures participant à l'expérimentation (arrêté n°2021-0518 publié le 13 février 2021).

<b>Liste des 30 microstructures participant à l'expérimentation en 2021 pour la région Occitanie</b>
--

- Territoire de la MSP de Tarascon dans l'Ariège (09) en lien avec l'AIPD 09
- Territoire de la MSP des deux vallées à Massat dans l'Ariège (09) en lien avec l'AIPD 09
- Territoire du pôle de santé du seronais à Sérou dans l'Ariège (09) en lien avec l'AIPD 09
- Territoire de la MSP de Leuc dans l'Aude (11) en lien avec le CSAPA de l'AIDEA 11 géré par l'USSAP
- Territoire de la MSP de Saint Laurent de la Cabrerisse dans l'Aude (11) en lien avec le CSAPA de l'AIDEA11 géré par l'USSAP
- Territoire de la MSP d'Espéras Couiza dans l'Aude (11) en lien avec le CSAPA AIDEA 11
- Territoire de la MSP de Laguiole dans l'Aveyron (12) en lien avec le CSAPA ANPAA 12
- Territoire de la MSP de Ste Geneviève sur Argence dans l'Aveyron (12) en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 12
- Territoire de la MSP de Besseges dans le Gard (30) en lien avec le CSAPA ANPAA 30
- Territoire de la MSP de St Jean du Gard dans le Gard (30) en lien avec le CSAPA Logos de l'APSA 30 à Alès
- Territoire de la MSP Simone Veil - La Grand Combes dans le Gard (30) en lien avec le CSAPA Logos de l'APSA 30 à Alès
- Territoire de la MSP de Pins Justaret en Haute Garonne (31) en lien avec le CSAPA ARPADE
- Territoire de la MSP de Nailloux en Haute-Garonne (31) en lien avec le CSAPA ARPADE
- Territoire de la MSP de Rieux-Volvestre en Haute-Garonne (31) en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 31
- Territoire de la MSP de Montréjeau en Haute-Garonne (31) en lien avec le CSAPA ANPAA 31
- Territoire de la MSP de Nogaro dans le Gers (32), en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 32
- Territoire de la MSP de Seissan dans le Gers (32), en lien avec le CAARUD REGAR
- Territoire de la MSP de Mauvezin dans le Gers (32), en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 32
- Territoire de la MSP de Pézenas-Tourbes dans l'Hérault (34) en lien avec le CSAPA Episode
- Territoire de la Maison Médicale de Lunel (Cabinet de groupe) dans l'Hérault (34) en lien avec le CSAPA ANPAA34
- Territoire de la MSP du Lodévois dans l'Hérault (34) en lien avec le CSAPA ANPAA34
- Territoire de la MSP de pays de Grammat dans le Lot (46) en lien avec le CSAPA ANPAA46
- Territoire du cabinet médical de Saint Laurent de Neste dans les Hautes-Pyrénées (65) en lien avec le CSAPA CASA 65
- Territoire de la MSP d'Ayzac Ost dans les Hautes-Pyrénées (65) en lien avec le CSAPA CASA 65
- Territoire de la MSP d'Agly-Fenouillède dans les Pyrénées-Orientales (66) en lien avec le CARRUD Ascode

- Territoire du cabinet médical de Cantepau d'Albi dans le Tarn (81) en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 81
- Territoire de la MSP de Réalmont dans le Tarn (81) en lien avec le CSAPA ANPAA 81
- Territoire de la MSP de Montech dans le Tarn et Garonne (82) en lien avec le CARRUD Epice 82
- Territoire de la MSP La Française dans le Tarn et Garonne (82) en lien avec le CSAPA de l'ANPAA 82
- Territoire de la MSP de Valence d'Agen dans le Tarn-et-Garonne (82) en lien avec le CSAPA ANPAA 82

**Données au 31 mars 2021** (sur la base des 17 microstructures engagées dès 2020 dans l'expérimentation – données 2020/1<sup>er</sup> trimestre 2021)

\*A noter qu'au 31 mars 2021, 20 microstructures sont d'ores et déjà engagées dans l'expérimentation sur les 30 prévues pour la région Occitanie (66,6%).

➤ **Nombre de professionnels (PP) engagés sur les 17 microstructures au 31 mars 2021 :**

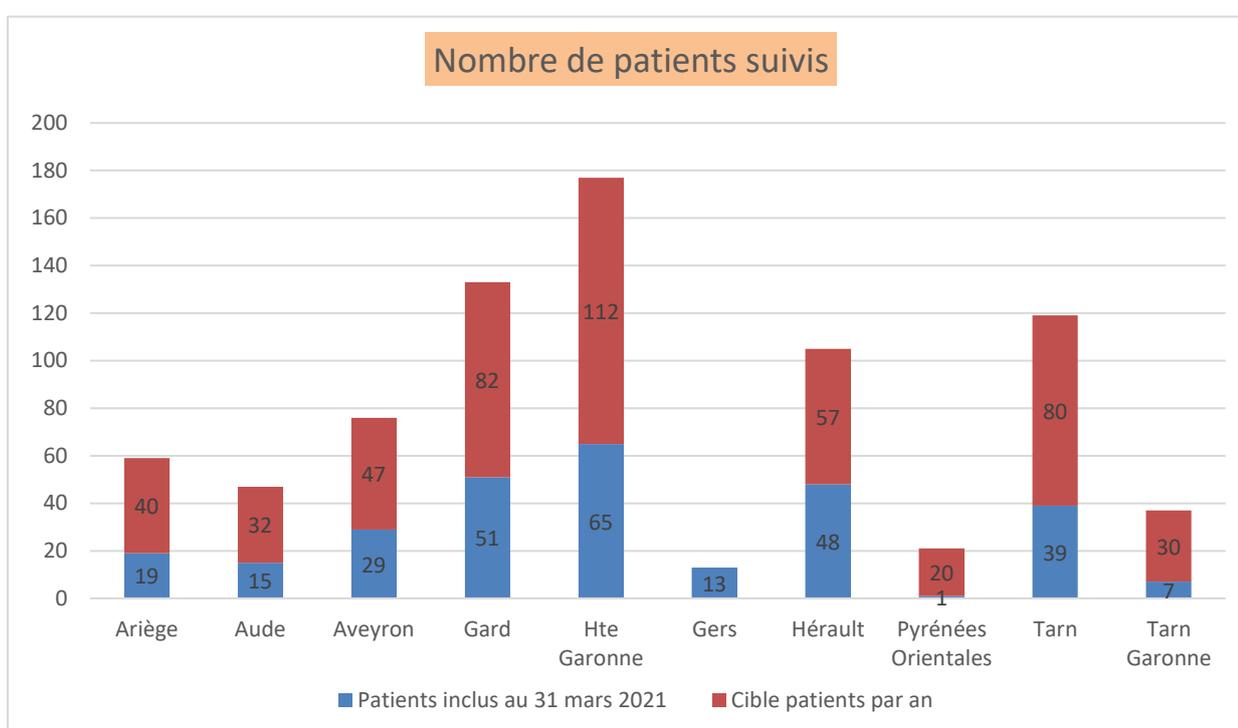
Médecins	Psychologues libéraux	Psychologues salariés	Travailleurs sociaux	TOTAL
59	4	13	18	94

Déclinaison par microstructure :

Département	MSMA	Médecins	Psychologue libéral	Psychologue salarié	Travailleur social	TOTAL Effectif
09	MSP TARASCON	4	1		1	6
11	St Laurent de CABRERISSE	1		1	1	3
	MSP LEUC	4		1	2	7
12	MSP Aubrac LAGUIOLE	2		1	1	4
	Maison de santé ARGENCE	2		1	1	4
30	MSP BESSEGES	7		1	1	9
	MSP St Jean du Gard	4		1	1	6
31	MSP NAILLOUX	7		1	1	9
	MSP PINS JUSTARET	5	1		1	7
	MSP Rieux VOLVESTRE	3		1	1	5
32	MSP NOGARO	1		1	1	3
34	Maison médicale de LUNEL	1		1	1	3
	MSP PEZENAS Tourbes	7		1	1	9

Département	MSMA	Médecins	Psychologue libéral	Psychologue salarié	Travailleur social	TOTAL Effectif
66	MSP FENOUILLEDE	1	1		1	3
81	MSP REALMONT	4		1	1	6
	MSP CANTEPAU	5		1	1	7
82	MSP MONTECH	1	1		1	3
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>59</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>94</b>

➤ **File active des patients au 31 mars 2021 par département et prévisionnel par an :**



Au 31 mars 2021, **287 patients** sont suivis par les 17 microstructures engagées dès 2020 dans l'expérimentation, soit 8 depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2020, 7 depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2020 et 2 à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2020 ; ce qui correspond à moins d'une année de fonctionnement dans le cadre de l'expérimentation article 51. La projection annuelle est estimée à 483 patients, soit une médiane de **30 patients par microstructure**.

La montée en charge sur l'année 2021 avec l'intégration de 13 nouvelles microstructures pourra être appréciée avec des données « année pleine » sur la file active des patients ainsi que sur leur profil au 1<sup>er</sup> trimestre 2022. Par ailleurs, la montée en charge sur 2021 doit permettre de couvrir 2 départements supplémentaires de la région (Lot et Hautes Pyrénées) et de renforcer notamment les départements de l'Ariège, du Gers et du Tarn et Garonne avec pour chacun 2 microstructures supplémentaires.

➤ **Médiane des consultations et recueil des données par professionnel :**

	Nombre de consultations estimées/an/patient	Nombre de consultations réalisées depuis le démarrage →31/03/2021	Durée de recueil des données par patient (en mn) + temps de saisie MAIA
Psychologue	7	35	45
Travailleur social	6	23	55

	Durée d'une consultation longue – inclusion du patient (en mn)	Durée de saisie des données par patient (en mn) MAIA
Médecin	40	20

➤ **Réunions de concertation pluri professionnelles (RCP) :**

	Nombre de RCP estimé/an/patient	Durée médiane d'une RCP/patient (en mn)	Nombre de patients examinés au cours d'une RCP
Réunion pluri professionnelle actualisant le PPS et la stratégie thérapeutique avec ou sans la présence du patient	4	20	5

➤ **Déplacements des professionnels salariés des structures CSAPA/CAARUD**

	Temps moyen (mn) d'un trajet A/R	Kilométrage médian AR/mois	Moyenne de patients vus par trajet
Déplacements de la structure (CSAPA - CAARUD) au lieu d'exercice des professionnels (MSP, cabinet médical...)	72	88	3

➤ **Coordination médicale et administrative déclinée au niveau territorial**

	<b>Coordination médicale</b> Avis spécialisé et aide à l'orientation du patient, veille aux bonnes pratiques et réalisation de visites adaptées, à la demande des professionnels	<b>Coordination administrative</b> Formalisation des documents contractuels, planification des interventions des psy et TS, aide à l'organisation et la programmation des RCP, gestion de la facturation et suivi comptable et financier
<b>Temps mensuel de coordination en ETP</b>	0,1	0,3

Les temps de coordination déterminés dans le forfait annuel par patient (0,3 pour la coordination médicale et à 0,5 pour la coordination administrative) sont fondés sur la prise en charge en moyenne de 42 patients sur 10 MSMA. Les temps inférieurs observés au 31 mars 2021 s'expliquent par la montée en charge du dispositif avec une file active en moyenne de 17 patients par microstructure.

Le recueil des données actualisées au 31 mars 2021 présentées ci-dessus permettra d'alimenter les échanges avec les autres régions et le niveau national pour amender le forfait annuel par patient en cours d'expérimentation, avec l'accord du Comité Technique de l'Innovation en Santé (CTIS).

### **Faits marquants**

Un intérêt certain et un engagement des acteurs dans l'expérimentation : professionnels du premier recours et structures médicosociales (CSAPA, CARRUD).

#### **Une montée en charge et un accompagnement du dispositif qui s'enrichit et se complexifie :**

- ✓ **Une mise en place effective de 17 microstructures** en 2020 et **20 au 31 mars 2021**, avec une montée en charge de leur activité, malgré la crise sanitaire,
- ✓ **Une analyse prospective réalisée dans les territoires** en 2020 permettant le respect de l'objectif de 30 microstructures en 2021

**Des structurations organisationnelles qui diffèrent selon le type de microstructure et le degré d'exercice coordonné** à savoir Maison de santé pluri professionnelles (MSP) ou Cabinet Médical : avec ou sans secrétariat, avec ou sans agenda partagé, difficultés de locaux avec des coûts résiduels pour certaines MSP et prêt à titre gracieux pour d'autres...

**Une connaissance de la pratique en addictologie qui diffère selon les professionnels de santé** : logique de travail en partenariat avec les structures en addictologie, logique d'appétences du médecin pour l'addictologie ou logique de besoin du territoire, méconnaissance de l'addictologie ou du fonctionnement des structures...

**Une montée en charge de la coordination administrative du réseau** pour permettre une harmonisation des pratiques, une capitalisation des expériences, une appréciation des difficultés et leviers éventuels...

**Une mobilisation des partenaires avec les comités consultatifs et les groupes de travail :**

- Permet de partager une information commune,
- Améliore la cohérence et la coordination des différents acteurs (Fédération Addictions ou Association Addictions France),
- Développe la transversalité intersectorielle,
- Permet aux parties prenantes de se connaître et se comprendre mutuellement (Hospices civils de Lyon, CNRMS, ARS).

**L'organisation de rencontres régulières :**

- Collectives : rencontres trimestrielles en plénière avec mise en place de groupes de travail thématiques,
- Individuelles : rencontre planifiée de chaque microstructure (ralentie par les conditions sanitaires actuelles),
- Institutionnelles : rencontre mensuelle avec l'ARS permettant d'affiner la compréhension des attendus ; et avec la CNRMS pour une meilleure appropriation des outils d'évaluation.

**Un contexte sanitaire contraint et un impact variable sur le fonctionnement des MSMA :**

suspension de Mars à Juin 2020 pour certaines MSMA des permanences dédiées, mise en place de téléconsultations, baisse ou augmentation des orientations sur les dispositifs :

- ✓ **Augmentation des orientations sur la fin de l'année 2020 et le 1<sup>er</sup> trimestre 2021** avec notamment une progression des situations de précarité,
- ✓ **Diminution des orientations** par un "engorgement" de l'activité des médecins généralistes plaçant la MSMA au second plan, difficultés de lien entre les professionnels intervenant au sein de la MSMA (médecins moins présents lors des permanences du fait de la mobilisation sur la vaccination, impact sur les RCP, professionnels en télétravail...).

## Les freins et leviers identifiés

FREINS	LEVIERS
<p><b>Une expérimentation “à deux vitesses”</b> entre les microstructures qui rentrent dans le dispositif en 2021 et celles qui ont intégré le dispositif les années précédentes.</p> <p>La mise en place du forfait patient qui induit un temps d’adaptation et de compréhension plus important pour les MSMA engagées avant 2020 avec un financement via une dotation FIR.</p>	<p>Intérêt fort pour la démarche de tous les acteurs.</p> <p>Un temps d’accompagnement individuel, de suivi et d’animation des microstructures renforcé par le réseau 2PAO et l’Association Addictions France.</p> <p>La poursuite des échanges en comité consultatif.</p>
<p><b>Des formations reportées</b> par manque d’inscrits, dans le contexte de la crise sanitaire, avec une programmation des formations tardive, et la difficulté des professionnels du premier recours à dégager du temps.</p>	<p>Une programmation des sessions de formation plus anticipée.</p> <p>Rendre plus attractive la formation par la mise en place d’actions de sensibilisation à l’addiction (pratico pratique) en plus de la formation prévue.</p>
<p><b>Logiciel MAIA :</b></p> <p>Difficulté à obtenir de la part des professionnels, et notamment des médecins généralistes, la complétude des données, la saisie des items dans le logiciel étant longue.</p> <p>Difficultés techniques lors des premiers mois d’utilisation de la nouvelle version du logiciel ayant occasionné un rattrapage de l’activité de 2020 en janvier 2021.</p> <p>Réticence de médecins à saisir les bulletins d’inclusions et les fiches sanitaires.</p>	<p>La pédagogie sur le logiciel MAIA via les échanges avec la CNRMS et les comités consultatifs.</p> <p>Un accompagnement à la prise en main du logiciel par 2PAO, l’Association Addictions France et la CNRMS.</p> <p>Une évolution nécessaire du modèle financier permettant la valorisation des temps de saisie des données dans le logiciel MAIA, en particulier par le médecin à l’inclusion du patient.</p> <p>Permettre l’accès à des données fines sur la typologie de la patientèle afin de faciliter le travail d’évaluation, de rédaction des rapports d’activité et de suivi de la file active des patients.</p>
<p><b>Accès et confidentialité des données :</b> réticence de certains patients à communiquer leur numéro d’assuré social par crainte d’un manque de confidentialité. Même réticence de la part de certains médecins du fait de la sensibilité des informations.</p> <p>Pas d’accès du porteur au logiciel MAIA et aux données de la plateforme de facturation 51 ce qui conduit à une absence de visibilité via les SI sur l’activité développée par chaque MSMA.</p>	<p>Disposer d’une information écrite de la CNAM sur le circuit de facturation et la gestion des données qui permette de rassurer les professionnels et usagers sur la confidentialité des données.</p> <p>Utiliser un N° NIR anonyme.</p>

<p><b>Problématiques organisationnelles :</b> Pas de possibilités de prise de RDV sur la microstructure par le secrétariat de la MSP (suppose de rappeler les patients, déperdition).</p> <p>Pas d'agenda partagé, ni de dossier partagé.</p> <p>La montée en charge des MSMA est très variable, au regard de la patientèle des professionnels et de leur capacité d'engagement dans le dispositif.</p>	<p>Anticiper en amont de la démarche les problématiques organisationnelles.</p> <p>Appréhender la possibilité de mise en place d'outils pour l'échange de pratiques et la facilitation des organisations, tel que l'outil SPICO (Système de Partage d'Informations et de Coordination en Occitanie).</p> <p>Selon les logiciels utilisés, possibilité d'inclure dans les agendas partagés les professionnels extérieurs.</p> <p>La MAIA peut constituer un dossier partagé – Veiller à ce que les RCP se tiennent régulièrement pour le partage d'informations.</p>
<p><b>Problématique RH :</b> au vu des temps très partiels et du financement au forfait, difficultés pour certaines MSMA à trouver la ressource en psychologues et assistants sociaux, notamment lors de départ de professionnels.</p> <p>Le temps de trajet des professionnels salariés du CSAPA/CAARUD plus ou moins long qui réduit les plages de consultations.</p>	<p>Le développement des MSMA devrait permettre à terme de salarier du personnel dédié.</p> <p>Evolution du forfait annuel par patient permettant de prendre en compte les temps de déplacement des professionnels salariés. Possibilité de mutualisation des temps de trajet.</p>
<p><b>Difficulté de compréhension du dispositif</b> par l'ensemble des acteurs dans le cadre de l'expérimentation article 51.</p> <p>Confusion avec le fonctionnement des consultations avancées.</p>	<p>Formation qui permet un socle commun</p> <p>Comité consultatif 2PAO qui doit permettre une harmonisation des pratiques et faciliter la compréhension du dispositif.</p> <p>Comité technique Association Addiction France qui permet de capitaliser les expériences et de repérer les freins et les difficultés.</p> <p>Comité de direction de la Fédération Addiction qui permet de capitaliser et d'améliorer la participation à l'expérimentation.</p>

## **Gouvernance et pilotage du projet**

La gouvernance mise en place en région Occitanie s'appuie sur :

**1/ Une gouvernance stratégique** par un comité de pilotage régional des microstructures addictions qui se réunit 2 fois par an.

Ce comité est piloté par l'Agence Régionale de Santé avec une participation des délégations départementales et associe l'Association Addiction France en Occitanie, les représentants régionaux de la fédération addictions, les réseaux addictions régionaux tel que 2PAO, les représentants des microstructures impliquées ainsi que la coordination nationale des microstructures addictions.

Sa mission est d'assurer à la fois un accompagnement dans la mise en œuvre des microstructures sur la région et un déploiement par le repérage des structures pouvant intégrer l'expérimentation.

Le comité de pilotage régional s'est réuni le 7 juillet 2020 et le 24 novembre 2020.

**2/ Un pilotage opérationnel** assumé par l'Agence Régionale de Santé.

Dans le cadre de ce pilotage, l'organisation de réunions de suivi mensuelles avec les CSAPA/CAARUD a été mise en place afin de suivre et d'accompagner au plan opérationnel la montée en charge des microstructures addictions : adhésion des professionnels de santé (médecins, psychologues libéraux), difficultés éventuelles liées à la plateforme de facturation, file active des patients inclus par microstructure...

**3/ Une mission d'animation régionale** confiée au réseau régional 2PAO qui intervient à plusieurs niveaux :

- Réalise une étude prospective pour proposer les MSMA qui pourraient intégrer l'expérimentation au regard des caractéristiques des territoires, de la motivation et de la capacité des acteurs à se mobiliser sur ce projet. L'étude est soumise à l'avis de chaque délégation départementale de l'ARS concernée, avant arbitrage par le pilote régional l'ARS,
- Assure un appui à la mise en place, à la montée en charge, au fonctionnement des MSMA et au développement de leurs partenariats avec les structures médico-sociales et hospitalières du territoire,
- Réalise un suivi régulier et rend compte à chaque délégation départementale de l'ARS et au pilote régional de l'ARS de la mise en place des MSMA. Elle identifie les risques, alerte à bon escient, en cas de difficultés et propose des solutions,
- Participe à la programmation des sessions de formation des professionnels des MSMA organisées par l'Association Addiction France en Occitanie, avec la CNRMS qui participe au 1<sup>er</sup> module,
- Elabore une synthèse biannuelle auprès du COPIL régional,
- S'assure avec l'ARS, de la cohérence du dispositif régional en lien avec les acteurs régionaux (fédération addictions, Association Addiction France ...) et nationaux (CNRMS) et les orientations nationales en matière de lutte contre les addictions (Directions du Ministère, MILDECA).

**4/ L'organisation d'une coordination de proximité** organisée à l'échelle territoriale conjointement par le cabinet de médecine générale et la structure CSAPA/CAARUD :

- La coordination médicale fournit un avis spécialisé et aide à l'orientation du patient. Elle veille aux bonnes pratiques et réalise des visites adaptées, à la demande des professionnels.
- La coordination administrative prépare et formalise les documents contractuels, organise les interventions des psychologues et travailleurs sociaux mis à disposition dans les cabinets médicaux. Elle organise et programme les réunions de concertation pluri-professionnelles (RCP), réalise la facturation et le suivi comptable et financier, favorise la compréhension du dispositif, l'harmonisation des pratiques et l'implication des MSMA au sein du réseau de microstructures concernées par ce dernier.

# Conclusion et Perspectives

## Conclusions

Le contexte de crise sanitaire en 2020 a impacté la montée en charge du dispositif Equip'Addict conduisant à un décalage de 6 mois dans la mise en œuvre de l'expérimentation, effective au 1<sup>er</sup> juillet 2020. Le fonctionnement de certaines microstructures a été perturbé en termes de disponibilité et de coordination entre les professionnels.

Des sessions de formation ont été organisées en amont du démarrage sur le 1<sup>er</sup> semestre 2020 permettant d'expliquer aux professionnels l'organisation des microstructures et de renforcer les compétences en addictologie.

Le dispositif des MSMA a pu se déployer sur le 2<sup>ème</sup> semestre 2020, avec 287 patients d'ores et déjà suivis par les 17 microstructures engagées et la perspective d'une moyenne annuelle de 30 patients suivis par microstructure. Fin 2020, 12 nouvelles microstructures ont été identifiées en lien avec les délégations départementales de l'ARS et les réseaux addictions pour intégrer le dispositif en 2021.

La gouvernance du dispositif ainsi que l'accompagnement des microstructures se sont structurés en 2020 avec la mise en place d'un comité de pilotage, l'organisation de comités consultatifs et groupes de travail, des rencontres régulières avec la coordination nationale (CNRMS).

Des freins ont été identifiés par les professionnels dans le déploiement du dispositif en lien avec le recueil des données MAIA et la mise en place du forfait annuel par patient conduisant à une demande d'indemnisation du médecin à l'inclusion du patient (consultation longue et temps de saisie des données MAIA) et à la mise en exergue de la problématique des déplacements de professionnels dans les zones éloignées avec la contrainte des permanences.

## Perspectives pour l'année à venir

Pour 2021, la région Occitanie compte 30 microstructures devant participer à l'expérimentation article 51.

20 microstructures ont d'ores et déjà intégré le dispositif au 31 mars 2021.

**Les objectifs sur l'année 2021 sont de :**

- Poursuivre le déploiement des 30 microstructures à fin 2021 avec l'intégration de 2 nouveaux départements de la région (Lot et Hautes Pyrénées) et le renforcement sur d'autres départements tel que l'Ariège, le Gers et le Tarn et Garonne,
- Renforcer la coordination et l'animation régionale des microstructures pour anticiper les difficultés organisationnelles, aider à l'organisation et la programmation des RCP, assurer le suivi financier et la montée en charge du dispositif (file active de patients),

- Envisager, en concertation avec l'équipe nationale 51, l'intégration dans le dispositif de 3 microstructures supplémentaires (au-delà des 30) sur les Pyrénées Orientales (Perpignan centre), le Tarn (Carmausin) et la Lozère (département non encore couvert par le dispositif),
- Conforter les échanges entre le pilote régional ARS, le réseau 2PAO et l'Association Addiction France par la tenue d'une réunion mensuelle permettant de suivre le déploiement du dispositif et d'échanger sur les difficultés éventuelles (organisation, plateforme de facturation...),
- Faire évoluer le forfait annuel par patient, dans le cadre d'une démarche interrégionale validée par l'équipe nationale 51, afin de prendre en compte notamment la 1<sup>ère</sup> consultation du médecin généraliste à l'inclusion du patient, les temps de saisie des données MAIA ainsi que les temps de déplacements pour les professionnels salariés des CSAPA/CAARUD. Cette évolution permettrait de lever les réticences de certains professionnels et de renforcer le dispositif,
- Accompagner les microstructures et valoriser le recueil des données centralisées par la Coordination nationale (CNRMS) afin de constituer la base de données nécessaire à l'évaluation du dispositif.

# Annexes

- Présentation des étapes de création d'une MSMA



- La synthèse des données MSMA Occitanie au 31 mars 2021

MSMA OCCITANIE	Indicateur	Valeur	Médiane	Commentaires
<b>Microstructures addictions</b>	Nombre de MSMA entrées effectivement dans le dispositif au 31 mars 2021	21 (17 depuis 2020)		<b>Enquête réalisée auprès des 17 MSMA</b> en fonctionnement depuis 2020. 4 MSMA supplémentaires ont intégré l'expérimentation en mars 2021 + 2 en avril 2021
	Nombre de MSMA initialement envisagées mais non entrées dans le dispositif au 31 mars 2021	4		
<b>File active</b>	Nombre total de patients inclus dans le dispositif depuis le démarrage jusqu'au 31 mars 2021	287	16	Moyenne de 17 patients/MSMA Hétérogénéité en fonction des MSMA de 2 à 36 patients
	Cible prévisionnelle moyenne de patients/an/MSMA	483	30	Moyenne de 28 patients/MSMA
<b>Effectif (en personnes physiques)</b>	Nombre total de médecins sur l'ensemble des MSMA	59		
	Nombre total de psychologues libéraux	4		
	Nombre total de psychologues salariés	13		
	Nombre total de travailleurs sociaux	18		
<b>Psychologue</b>	Moyenne de consultations estimées/an/patient	7	7	Forfait actuel de 5 consultations/an/patient
	Moyenne des consultations réalisées depuis le démarrage jusqu'au 31 mars 2021	43	35	
	Moyenne de téléconsultations/nombre de consultations	3	1	
	Durée moyenne de recueil des données en minutes/patient + temps de saisie MAIA	41	45	

MSMA OCCITANIE	Indicateur	Valeur	Médiane	Commentaires
<b>Travailleur social</b>	Moyenne de consultations estimées/an/patient	7	6	Forfait actuel de 6 consultations/an/patient
	Moyenne des consultations réalisées depuis le démarrage jusqu'au 31 mars 2021	29	23	
	Moyenne de téléconsultations/nombre de consultations	4	1	
	Durée moyenne de recueil des données en minutes/patient + temps de saisie MAIA	48	55	
<b>Médecin généraliste</b>	Durée moyenne d'une consultation longue en minutes/patient	38	38	Estimation 60 mn par patient à l'inclusion
	Durée moyenne de saisie des données MAIA en minutes/patient	18	20	
<b>Déplacements PS salariés</b>	Temps moyen en minutes A/R par trajet	72	72	
	Kilométrage moyen du trajet A/R par mois	152	88	
	Moyenne de patients vus /trajet	3	3	
<b>RCP</b>	Moyenne de RCP/patient/an	4	4	Forfait actuel de 90 mn / RCP
	Durée moyenne d'une RCP/patient	37	20	
	Moyenne de patients vus/RCP	4	5	
<b>Coordination médicale</b> Avis spécialisé et aide à l'orientation du patient, veille aux bonnes pratiques et réalise des visites adaptées à la demande des professionnels	Temps mensuel de coordination en ETP	<b>0,10</b>		Concerne l'Association Addiction France - n'a pu se mettre en place au niveau du réseau. Temps de coordination locale avec médecin du CSAPA soit 24h par MSMA (9 MSMA)
<b>Coordination administrative</b> Formalisation des documents contractuels, planification des interventions des psy et TS, aide à l'organisation et la programmation des RCP, gestion de la facturation et suivi comptable et financier	Temps mensuel de coordination en ETP	<b>0,30</b>		Concerne les 9 MSMA relevant de l'Association Addiction France (la coordination du réseau + les temps des coordinations locales).