

**Avis du comité technique et du conseil stratégique de l'innovation en santé sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « Equip'addict » à partir des projets régionaux Bourgogne-Franche-Comté, Ile-de- France, Grand Est, Hauts de France, Occitanie**

**Décembre 2023**

Le comité technique et le conseil stratégique de l'innovation en santé ont été saisis pour avis sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « Equip'Addict » portée par cinq Agences Régionales de Santé (ARS) : Bourgogne Franche-Comté (BFC), Ile-de-France (IDF), Grand Est (GE), Hauts de France (HDF), Occitanie.

L'expérimentation a été autorisée par chaque Directeur général d'ARS concerné entre octobre 2019 et octobre 2020 et donné lieu à publication aux recueils des actes administratifs régionaux après avis favorables du comité technique de l'innovation (CTIS). Le premier patient a été inclus le 01/07/2020 en Occitanie. Au printemps 2023, 8 967 forfaits annuels patients avaient été financés dans les cinq régions depuis le début de l'expérimentation.

Après examen du rapport final d'évaluation, le comité technique a rendu son avis le 24 novembre 2023 et le conseil stratégique de l'innovation en santé le 18 décembre 2023.

### **Contexte**

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. Près de 24 % des personnes âgées de 18 à 75 ans consomment de l'alcool au-delà des seuils de consommation à moindre risque. A 17 ans, 39% des jeunes français ont consommé au moins une fois du cannabis (INRS 2022). Le coût social des addictions (usage nocif et dépendance) est majeur : on estime à 249 milliards d'euros ce coût global en France (OFDT, 2015). La corrélation entre addiction et contexte socio-économique est souvent démontrée. La crise sanitaire de 2020 a bouleversé le fonctionnement de notre société et dans ce contexte de distanciation sociale et de perte de repères fortement anxiogène, on a observé une hausse de la consommation des substances psychoactives au sein de certaines populations : personnes déjà prises en charge pour leurs pratiques addictives, personnes ayant perdu leur emploi ou en difficultés financières, personnes se sentant isolées, étudiants, ...

### **Objet de l'expérimentation**

Sur la base de l'expérience des microstructures médicales addictions (MSMA) existantes, l'expérimentation avait pour objet d'améliorer le maillage territorial des prises en charge et 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 économique unique pour rémunérer une équipe pluriprofessionnelle autour du médecin généraliste en ville.

### **Dérogations mobilisées**

L'expérimentation a nécessité de déroger aux règles de prise en charge ou de remboursement d'actes ou de prestations (article L.162-1-7 du CSS) et de paiement direct des honoraires (article L.162-2 du CSS). Le forfait pluridisciplinaire inclue des prestations non remboursées telles que les prestations de psychologue et de travailleur social (dérogation au 1°, 2° et 6° de l'article L160-8 du CSS) et un partage d'honoraires entre cabinet médical en exercice regroupé et structure employeuse du psychologue et du travailleur social (dérogation à l'article L. 4113-5 du CSP).

### Champ d'application territorial de l'expérimentation

Le cahier des charges socle était applicable dans 5 régions métropolitaines : Bourgogne Franche-Comté, Hauts de France, Grand-Est, Ile-de-France et Occitanie et 30 départements. Chacune des annexes aux arrêtés régionaux fixait le champ de l'expérimentation qui était de portée locale. L'objectif était de 149 microstructures médicales sur l'ensemble du territoire. Les MSMA ont été implantées dans des zones rurales où l'offre de soins addictologiques est faible, voire inexistante, et dans des zones urbaines, où les structures addictologiques ne peuvent pas répondre à la demande des patients.

### Durée (prévue et effective) de l'expérimentation

L'expérimentation a été envisagée initialement pour une durée de 2 ans à compter de la première inclusion de patient dans chaque région. Cette durée a été portée à 3 ans pour l'ensemble des régions lors de la première republication fin 2021. Elle a été prolongée en 2023 à 3 ans et 6 mois au maximum avec la republication de juin à octobre 2023 de 4 arrêtés régionaux sur 5 permettant un alignement des dates de fin d'expérimentation pour les 5 régions au 31 décembre 2023.

### Population cible, professionnels et structures impliquées :

L'objectif était préalablement établi en 2019 à 151 MSMA. Il a été porté à 149 MSMA (CDC socle de 2023). L'objectif en termes d'inclusion initial à 10 668 patients a été revu à 4 900 patients en 2023 pour tenir compte de la montée en charge effective. 4 500 patients étaient inclus fin mai 2023.

	Nombre MSMA Prévu 2019	Nombre MSMA Prévu 2023	Nombre MSMA réalisé 2023
<b>BFC</b>	11	11	11
<b>GE</b>	48	48	40
<b>HdF</b>	40	35	27
<b>IdF</b>	22	25	18
<b>Occ</b>	30	30	30
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>149</b>	<b>126</b>

Les patients ciblés présentent une ou plusieurs situations complexes objectivées avec une ou plusieurs conduites addictives. Les MSMA historiques ont pu inclure des patients pour des motifs de précarité parce qu'ils disposaient de cette liberté avant l'expérimentation.

Les patients sont pris en charge en ville par une équipe de microstructure composée d'un médecin généraliste, d'un travailleur social et d'un psychologue sous la coordination médicale d'un médecin ayant des compétences en addictologie. 470 professionnels sont impliqués dans les MSMA, Plus des deux tiers des psychologues (72,3 % d'entre eux) sont salariés d'un établissement médico-social – (ESMS).

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

*Effectifs de professionnels en MSMA (source Maia)*

Cette équipe collabore au sein d'une structure de soins primaire (SSP) qu'elle soit structure d'exercice coordonné (centre de santé ou maison de santé pluriprofessionnelle) ou cabinet libéral. La microstructure médicale addictions (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 Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques pour Usagers de Drogue (CAARUD le cas échéant).

### **Les structures de soins primaires (SSP) portant une MSMA**

	BFC	GE	HdF	IdF	Occ	Total
<b>Cabinets médicaux</b>	-	22	1	2	2	<b>27</b>
<b>Maisons de santé pluripro.</b>	11	17	25	8	27	<b>88</b>
<b>Centres de santé</b>	-	1	-	8	1	<b>10</b>
<b>CPTS</b>	-	-	1	-	-	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>40</b>	<b>27</b>	<b>18</b>	<b>30</b>	<b>126</b>

### **Modèle testé**

#### **Parcours de soins**

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.

Le médecin généraliste de la MSMA effectue en parallèle un bilan des comorbidités du patient ainsi qu'une première évaluation de ses besoins en termes de suivi psychologique ou d'aide sociale et propose éventuellement l'éligibilité du patient à la MSMA. L'inclusion du patient est décidée collégalement par le médecin traitant, le psychologue et le travailleur social. Le patient est ensuite suivi selon ses besoins par le psychologue et/ou le travailleur social de la MSMA au cabinet de l'équipe de soins primaire (ce qui nécessite le déplacement sur place du travailleur social et souvent celui du psychologue). La situation du patient est ensuite analysée collégalement lors d'une première réunion de synthèse dénommée ici RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire). C'est au cours de cette RCP qu'est validé le PPS (Plan Personnalisé de Santé) élaboré avec le patient. La MSMA est ainsi capable d'effectuer un suivi adapté aux besoins identifiés du patient qui passe par des entretiens réguliers avec les différents professionnels de la MSMA. 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 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 ;
- ✓ suite à des événements inopinés (déménagement, décès...).

#### **Modèle de financement**

Le financement du projet est défini dans le cahier des charges autour d'un forfait annuel par patient initialement de 575 € et revalorisé en 2021 à hauteur de 806 € versés intégralement à l'inclusion.

Le forfait annuel de prise en charge par patient est un forfait moyen calculé en fonction de prévisions d'interventions et des missions diverses (consultation longue du MG, consultations du psychologue ou du travailleur social, participation aux RCP des trois professionnels, traitement des dossiers, remplissage données SI, coordination administrative et médicale, déplacements des professionnels). Néanmoins, ces interventions ne sont pas prescriptives et peuvent être modulées en fonction des besoins spécifiques et des situations des patients.

## Budget

### Coût de l'expérimentation

REGION	Budget FIR (CAI) sur toute la durée de l'XP	Budget FISS (sur toute la durée de l'XP (après arrêtés modificatifs 2023))	Total budget global sur toute la durée de l'XP
OCC	350 179 €	1 727 979 €	2 078 158 €
BFC	198 830 €	436 206 €	635 036 €
HDF	277 830 €	703 896 €	981 726 €
GRE	193 760 €	2 928 753 €	3 122 513 €
IDF	135 860 €	1 354 984 €	1 490 844 €
<b>TOTAL</b>	<b>1 156 459 €</b>	<b>7 151 818 €</b>	<b>8 308 277 €</b>

REGION	Consommation FIR au 05/10/2023	Consommation FISS au 05/10/2023	Consommation totale XP au 05/10/2023
OCC	383 925	1 367 674 €	1 751 599
BFC	198 830	267 752 €	466 582
HDF	198 076	461 958 €	660 034
GRE	195 056	2 258 846 €	2 453 902
IDF	102 980	750 683 €	853 663
<b>TOTAL</b>	<b>1 078 867</b>	<b>5 106 913 €</b>	<b>6 185 780</b>

## Principaux enseignements de l'évaluation

### Rappel des questions évaluatives :

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

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

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

**Efficiéce** : Quels coûts, pour quels résultats ?

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

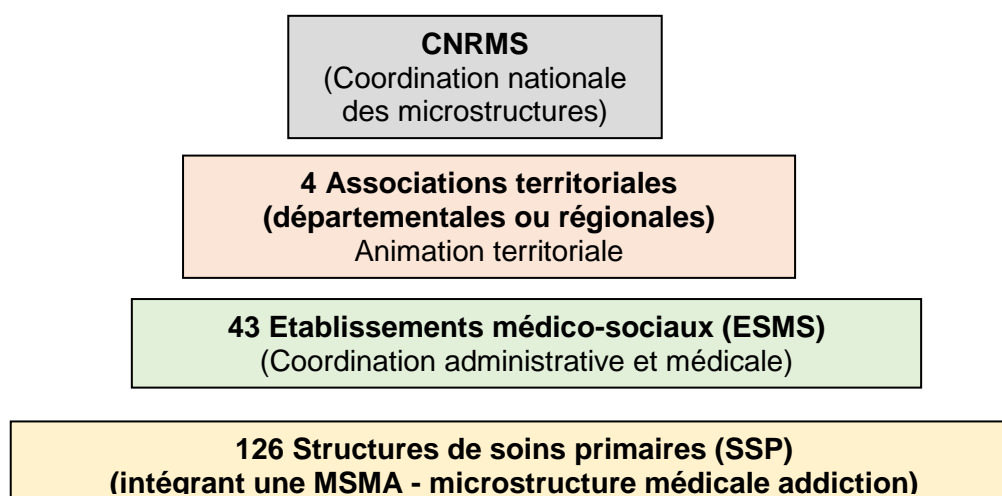
## Conclusion du rapport final d'évaluation

### ➤ *Faisabilité et impact sur les organisations*

Le nombre de MSMA en activité au printemps 2023 représente 84,6 % (87% attendues fin 2023) des MSMA prévues par le dernier cahier des charges. Parmi ces 126 MSMA, 49 existaient avant l'expérimentation, et 77 ont été créées dans le cadre de l'expérimentation Article 51. Au total, la BFC et l'Occitanie ont atteint leurs objectifs ; le GE s'en approche avec 83,4 % des objectifs atteints ; l'IdF et la région HdF ont connu un rythme de développement moins soutenu que prévu, avec respectivement 72% et 77,14 % des objectifs atteints au moment de l'étude. Parmi les explications, l'IdF et les HdF ne disposent pas d'un acteur territorial (comme 2PAO en Occitanie ou FEMASCO en BFC) pour assurer le déploiement et l'animation de réseaux en dehors de l'ARS, ce qui crédibilise l'importance de cette strate d'animation qu'elle soit départementale ou régionale.

Les MSMA ont inclus un total de 4 542 patients entre 2020 et le printemps 2023 et on peut estimer qu'elles auront inclus 4 936 patients à la fin de l'année 2023, soit 42,4 % des objectifs d'inclusion initiaux mais ce résultat correspond aux objectifs révisés lors de la dernière publication de 2023. Il peut être attribué à l'incomplétude des données MAIA, à l'ouverture tardive de certaines MSMA notamment suite à la pandémie, à une dynamique faible dans certains territoires notamment ruraux, où l'addiction semble insuffisamment dépistée par les médecins. Sur la période de recueil des données, 8 967 forfaits ont été facturés par les MSMA, ce qui correspond à environ 2 forfaits par patient en moyenne.

Le développement d'Equip'Addict repose sur une structuration verticale :



Le modèle économique, reposant sur une rémunération forfaitaire et revalorisée à la fin de l'année 2021, apparaît simple, lisible, facile à utiliser selon les professionnels. Son montant satisfait globalement les expérimentateurs car il correspond bien aux besoins pour lequel il a été établi. Il a cependant selon l'évaluateur, vocation à être raccourci à une prise en charge semestrielle et affiné pour permettre un suivi et un contrôle plus facile de l'adéquation des montants aux besoins des patients (cf. recommandations).

### ➤ *Efficacité*

Le déploiement des MSMA a permis l'amélioration du maillage territorial, de deux façons différentes en s'adaptant à l'environnement. La répartition des MSMA est équilibrée.

Les MSMA implantées en zone rurale autonome ou sous faible influence d'un pôle urbain représentent 46 % des effectifs. 14,1 % des MSMA sont situées dans des zones rurales sous forte influence d'un pôle urbain. À l'inverse, 39,9 % d'entre elles sont situées dans des territoires urbains.

Les MSMA permettent d'atteindre des publics qui fréquentent habituellement peu les structures addictologiques, en particulier les femmes. En effet, au printemps 2023, la plateforme Maia recensait 2 418 inclusions assurées par les MSMA, avec un *sex ratio* équilibré, contrairement à ce qu'on observe en CSAPA généralement (1 homme accueilli pour 3 femmes). Ces données constituent une estimation basse des patients suivis en MSMA et ne considèrent pas les renouvellements de suivi. Les données issues du SI Maia n'ont pas permis de caractériser leurs profils sur le plan socioéconomique, des conduites addictives prises en charge ou de la complexité.

En prenant pour référentiel la complexité des *parcours de soins* (plutôt que la complexité de la situation des patients), on peut considérer que les MSMA permettent de trouver des solutions, notamment en offrant un soin addictologique accessible et de qualité quel que soit le territoire et en permettant aux médecins généralistes une montée en compétences sur les questions addictologiques, notamment *via* la tenue des RCP.

On constate une forte adhésion des professionnels et des patients au format d'intervention, avec un niveau de satisfaction très élevé concernant la qualité de la prise en charge, démontrant la pertinence de l'expérimentation Equip'addict.

#### ➤ Efficience

Dans le cadre du dispositif Equip'addict, les circuits de facturation reposent sur le logiciel Maia. Un tel circuit est bien adapté pour préserver la confidentialité des données et l'anonymat des patients. Il souffre en revanche de la faible appétence de certains médecins pour la saisie initiale (non interopérabilité entre les différents SI). Ces derniers tendent à orienter leurs patients directement vers les autres professionnels et n'officialisent leur suivi en MSMA qu'avec retard ou devant l'insistance des coordonnateurs. Le passage par le SI Maia rend les données de facturation tributaires du temps consacré par les médecins à renseigner les fiches patients et des délais de saisie.

Les données disponibles dans Maia ne permettent pas de juger de l'adéquation des forfaits aux besoins des patients, car Maia ne permet pas de saisir les prestations réalisées. Lors de l'évaluation intermédiaire, les psychologues et intervenants sociaux ont considéré le modèle du forfait comme prescriptif alors qu'il s'agissait d'un calcul de forfait moyen et ils s'inquiétaient d'un nombre insuffisant de consultations psychologiques et sociales prévues par le forfait.

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

Les ESMS CSAPA-CAARUD (ou l'association coordinatrice FEMASCO en BFC) facturent le forfait. Celui-ci est découpé et versé par la caisse pivot :

- à l'ESMS pour la partie coordination et la rémunération des professionnels salariés de l'ESMS (psychologues et travailleurs sociaux)
- à certains professionnels libéraux (psychologues et médecins).
- aux centres de santé pour les interventions de leurs salariés (médecins et psychologues) dans le cadre de la MSMA.

Sur les 17 EMS ayant transmis des éléments financiers, 8 s'avèrent déficitaires (avec un solde moyen de - 6 800 €) et 9 excédentaires (avec un solde moyen de 44 600 €).

Mais il est difficile de considérer cette conclusion comme démontrée en raison de l'incohérence des chiffres fournis par les ESMS. Un certain nombre de coordinateurs administratifs et de directeurs de CSAPA ou de CAARUD estiment qu'un financement uniquement au forfait, lie le budget disponible à la file active et fragilise la phase d'amorçage et la montée en charge. Il entraîne un risque pour les ESMS, qui doivent consacrer des ressources déterminées, voire s'engager sur des recrutements, en contrepartie de ressources aléatoires, en ce qu'elles dépendent de l'investissement d'acteurs (les médecins des MSMA) sur lesquels ils n'ont aucune prise. Ils se plaignent aussi de l'insuffisance de prise en compte des frais de déplacement des psychologues et travailleurs sociaux vers le lieu d'intervention de la MSMA (7 € par patient et par an prévus par le forfait), en particulier lorsqu'ils sont situés en zone rurale avec des MSMA très éloignées.

➤ *Reproductibilité*

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

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

- Les objectifs de création de MSMA n'ont pas été entièrement atteints dans toutes les régions mais la moyenne nationale de 87% au 31/12/2023 est satisfaisante. Les objectifs ambitieux ne tiennent pas compte des délais de démarrage des MSMA, ainsi que d'éventuelles difficultés de gestion de ressources humaines (RH) pour les ESMS coordinateurs.
- La coordination médicale est souvent manquante ou incomplète faute de spécialistes candidats aux postes, entraînant un déport de la coordination administrative afin de suppléer.
- Le risque d'opacité du fonctionnement de certaines MSMA, causé par la diversité des motifs d'inclusion (addiction, précarité) et la superposition avec le dispositif Microstructures Post-Covid (MSPC), de nombreuses structures portant les deux dispositifs, appelle une réflexion sur le périmètre d'intervention des MS.
- Le système d'information apparaît limitant, comme en témoigne le caractère incomplet des données quantitatives recueillies, même après allègement des questionnaires dans Maia. Son ergonomie semble inadaptée aux pratiques des professionnels, en particulier des médecins.

**Avis et recommandations du CTIS et du CSIS sur la suite à donner sur le projet d'expérimentation :**

Malgré les difficultés rencontrées et notamment l'insuffisance de coordination médicale et la lourdeur du système d'information, malgré la variabilité volontaire des choix d'organisation territoriale en fonction par les ARS, il apparaît que le dispositif Equip Addict est très apprécié des professionnels et des patients. Il est simple, agile et permet d'atteindre une patientèle nouvelle, notamment les femmes, peu à l'aise dans les structures spécialisées d'addictologie et à laquelle il autorise un accès aux soins rassurants car non stigmatisants. Les MSMA proposent une prise en charge proche de celle offerte par les CSAPA, jugée pertinente en addictologie.

Elles facilitent le travail des médecins généralistes qui s'autorisent davantage de patients en situation d'addiction dans leur file active. L'orientation n'est plus la seule issue pour le médecin traitant qui reste au cœur du dispositif qui se déploie sur son lieu habituel de travail.

Au vu de ce constat il apparaît pertinent de pérenniser ce dispositif en créant les conditions de son déploiement dans le droit commun. Sept grands thèmes semblent constituer des éléments de réflexion dans cette perspective :

1. Clarifier le périmètre d'intervention des MSMA, notamment vis-à-vis de la thématique précarité comme motif d'inclusion et veiller à ce que soit clairement affichée la priorisation autour du motif d'inclusion addictions/précarité ;
2. Arbitrer sur les modalités, les acteurs et le périmètre de coordination (administrative et médicale) et d'animation territoriale du dispositif sur leur région. Ce périmètre doit être suffisamment vaste pour donner accès à suffisamment de ressources en médecins et surtout en travailleurs sociaux. Dans tous les cas, le choix de consacrer un acteur spécifiquement dédié à la coordination administrative et un acteur distinct chargé de l'animation à un niveau a minima régional semble le plus judicieux ;
3. Renforcer la coordination médicale, en repensant l'intégration du coordinateur dans le dispositif et en faisant éventuellement appel à d'autres partenaires spécialisés hors des ESMS ;
4. Déterminer la place et l'intérêt de la coordination nationale dans le dispositif ;
5. Fixer un certain nombre de prérequis pour les MSMA, en prenant particulièrement en compte les temps de coordination formalisés entre professionnels et la nécessité de locaux suffisants pour assurer la coordination informelle et limiter les risques d'isolement des psychologues et des intervenants sociaux vis-à-vis du reste de l'équipe soignante ;
6. Repenser le système d'information, en préférant au logiciel MAIA un module qui s'intègre aux pratiques et aux logiciels métiers des médecins généralistes. Pour cela, une réflexion juridique sera nécessaire pour harmoniser les pratiques autour du partage d'information ;
7. Affiner le modèle économique, en distinguant :
  - Un forfait d'inclusion dans la MSMA, couvrant une consultation longue par le médecin et une première consultation commune par les deux professionnels, qui n'aurait vocation à être renouvelée que lorsqu'un patient change de MSMA ;
  - Un forfait d'accompagnement semestriel renouvelable jusqu'à deux ans, en fonction des besoins des patients. Ce forfait inclurait la participation aux RCP, les temps de déplacements éventuels et l'utilisation des locaux ;
  - Une dotation de fonctionnement incluant le financement pour le travail de prospection et de consolidation ainsi que la coordination administrative et médicale.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique et le conseil stratégique de l'innovation en santé émettent un avis favorable au passage dans le droit commun de l'expérimentation « Equip'Addict » avec les recommandations précisées ci-dessus.

### **Pour le comité technique et le conseil stratégique de l'innovation en santé**

Natacha Lemaire  
Rapporteuse Générale



## **Annexe**

### **Position CCMSA**

L'adaptabilité du dispositif aux dynamiques territoriales, notamment dans les zones rurales, est intéressante. Elle devra être préservée lors du déploiement, notamment lors des réflexions sur les modalités de coordination territoriale, régionale et nationale.

**Avis favorable**

### **Position CNOM**

Les enjeux et la spécificité de la prise en charge de ces patients nécessitent enfin une stratégie coordonnée, partagée, scientifiquement forte et diffusée équitablement sur le territoire et l'ensemble des structures / professionnels qui y participent.

**Avis favorable**

### **Position du DG ARS Nouvelle-Aquitaine**

Le collège des DG ARS est favorable à l'entrée dans le droit commun du dispositif Equip' Addict. En effet, l'expérimentation a apporté une plus-value dans le recours aux soins et la prise en charge des populations qui n'y ont pas habituellement accès dans le domaine de la lutte contre l'addiction, (personnes non informées, personnes ayant du mal à reconnaître leur dépendance, femmes, ...).

Ce recours est particulièrement pertinent dans des zones dépourvues de structures spécialisées, comme les zones rurales. Le médecin généraliste reste l'interlocuteur privilégié et non stigmatisant. Les MSMA permettent de proposer un accompagnement global (médico-psycho-social) du patient avec une prise en charge pluriprofessionnelle permettant d'aller bien au-delà de la conduite addictive.

Points d'attention et adaptations souhaitées :

- Il apparaît nécessaire de maintenir une animation de réseau sur un périmètre a minima régional.
- L'organisation et la coordination qu'elles soient régionales, départementales ou territoriales doivent être étudiées afin de donner accès à suffisamment de ressources en médecins et surtout en travailleurs sociaux.
- Cette coordination administrative voire médicale peut être appuyée par les plateformes régionales e-parcours qui peuvent satisfaire les besoins de coordination des professionnels. La pertinence d'une coordination nationale est questionnée.
- Le forfait de prise en charge tel qu'expérimenté mérite d'être encore amélioré notamment pour une meilleure prise en compte des temps de déplacement des professionnels et le dédommagement de l'utilisation des locaux du médecin généraliste.
- Le système d'information utilisé dans le cadre de l'expérimentation n'était pas pertinent, non renseigné par les professionnels et chronophage. Il convient à ce titre d'abandonner cet outil au profit d'une solution intégrée (e-parcours ?).

**Avis favorable.**

### **Position France Assos Santé**

Le forfait et la création des MSMA, malgré l'absence d'indicateurs fins, peut permettre de réduire les addictions en France notamment dans les zones peu dotées en structures spécialisées. France Assos Santé donne un avis favorable à ce projet.

**Avis favorable**

**Position de la HAS**

Pas d'observations et de remarques sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation

**Position UNICANCER**

**Avis favorable**

**Position UNIOPSS**

L'Uniopss soutient le déploiement de l'expérimentation Equip'Addict, qui permet une amélioration réelle pour l'accès à la santé des personnes en situation de précarité et rencontrant des problématiques addictives et/ou psychiatriques, notamment des femmes.

Une interrogation cependant : même si toute personne qui en ressent le besoin devrait pouvoir être intégrée dans ce dispositif, si la file active se diversifie trop, nous pouvons craindre que les personnes accompagnées en microstructures ne soient pas en priorité celles concernées par des problématiques psychiatrie/précarité ou addictions/précarité (ces situations étant particulièrement complexes), pour qui le dispositif avait pourtant été initialement conçu. C'est notamment le cas dans un contexte où 87 % du territoire est sous-doté en offre de soins et où l'accès aux soins devient complexe pour chacun.e. Comment faire en sorte que les personnes rencontrant des problématiques addictives et/ou psychiatriques et des situations de précarité soient accompagnées en priorité par les microstructures ?

**Avis favorable**