



RAPPORT FINAL

Microstructures médicales post-
Covid : accompagnement
médical, social et
psychologique des patients
fragilisés par la Covid-19 et le
confinement

Réalisé par
Hospices Civils de Lyon

10/11/2023

Sous le pilotage de la Cellule d'évaluation

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON



Rédacteurs

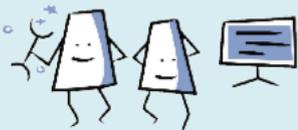
Maël Dieudonné, Jessica Chryssomalis, Melvin Salignat, Asma Fares, Jennifer Margier

Affiliations :

Pôle Santé Publique des Hospices Civils de Lyon :

- Service d'Evaluation Economique en Santé
- Service 3P – Promotion, Prévention et Santé populationnelle

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



Remerciements

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

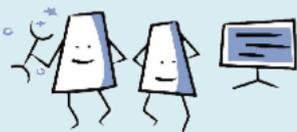
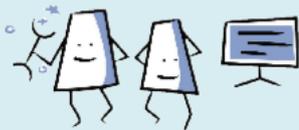
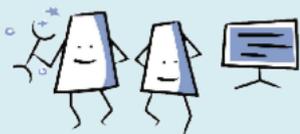


Table des matières

Remerciements	2
Sigles et abréviations	5
Points saillants du rapport	6
Synthèse du rapport	9
Présentation de l'expérimentation	16
Contexte	16
Fiche signalétique de l'expérimentation	17
Méthodologie d'évaluation	18
Note préliminaire.....	18
Données qualitatives mobilisées	19
Données quantitatives mobilisées.....	20
Résultats et discussion.....	21
I. Faisabilité	21
1. Coordination.....	22
2. Effectifs de MSPC	29
3. Effectifs de patients inclus	30
4. Fonctionnement des MSPC.....	34
II. Efficacité.....	41
1. Moyens humains	41
2. Profil des patients.....	45
3. Expérience des professionnels.....	48
4. Expérience des patients	50
III. Efficience	51
IV. Reproductibilité	52
1. Transférabilité	52
2. Points d'attention en vue du passage à l'échelle	55
Conclusion	69
Bibliographie	72
Annexes	74
1. Liste des MSPC en activité au 01/09/2023.....	74
2. Synthèses régionales.....	77
2.1. Bourgogne-Franche-Comté	77
2.2. Grand-Est	78
2.3. Île de France.....	82
2.4. Occitanie.....	85
2.5. Provence-Alpes-Côte d'Azur.....	87
3. Résultats des enquêtes d'expérience et satisfaction patient	91
4. Résultats communs à Equip'addict et MS Post-Covid.....	96

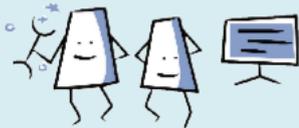


4.1.	Fonctionnement des MS : organisation des RCP et implication des médecins ...	96
4.2.	Expérience des patients.....	97
4.3.	Circuits de facturation	99



Sigles et abréviations

ARS	Agence régionale de santé
BFC	Bourgogne Franche-Comté
CdC	Cahier des charges de l'expérimentation
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CMGE	Coordination des réseaux de microstructures du Grand Est
CMP	Centre médico-psychologique
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNRMS	Coordination nationale des réseaux de microstructures
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSAPA	Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CTIS	Comité Technique de l'Innovation en Santé
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EMS	Établissements médico-sociaux addictologiques
ENP	Équipe nationale projet du dispositif Article 51
ETP	Équivalent temps plein
FACS	Fédération des Acteurs de la Coordination en Santé (Occitanie)
FemaSCo	Fédération des Maisons de Santé et de l'exercice Coordonné (BFC)
FIR	Fonds d'intervention régional
GE	Grand Est
HdF	Hauts-de-France
IdF	Île-de-France
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IS	Intervenant social
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
MG	Médecin généraliste
MS	Microstructure
MT	Médecin traitant
MSMA	Microstructure médicale addiction
MSPC	Microstructure médicale post-Covid / santé mentale
MSPC	Projet « Microstructures médicales post-Covid » porté par la CNRMS
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
NIR	Numéro d'inscription au répertoire
Occ	Occitanie
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RH	Ressources humaines
SSP	Structure de soins primaires (maison de santé, centre de santé, etc.)
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé (libéraux)



Points saillants du rapport

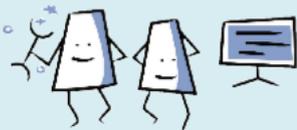
MSPC constitue un transfert du dispositif des microstructures médicales addiction dans le champ de la santé mentale. **Au terme de l'évaluation, on peut estimer que le dispositif a démontré son intérêt à être transféré et sa capacité à être implanté dans des régions différentes, sous réserve d'ajustements.** Cette synthèse reprend les principaux résultats de l'évaluation.

Malgré une implémentation plus lente que prévu, l'expérimentation a permis de développer des MSPC en nombre satisfaisant :

- L'objectif du nombre de MSPC à atteindre était de 58 dans le premier cahier des charges (CdC) publié en janvier 2021, puis a été diminué à 50 dans le second CdC publié en août 2022 après une année d'expérimentation. **Il est globalement atteint : en septembre 2023, 45 MSPC étaient en activité et 3 ouvertures sont prévues avant décembre 2023.** La région Grand Est (GE) a dépassé ses objectifs d'ouverture (33 ouvertures versus 25 prévues dans les deux CdC) et les Hauts de France (HdF) n'ont pas atteint leur objectif de 6 MSPC lancées (objectif diminué de moitié lors de la 2nde publication du CdC).
- Concernant les effectifs de patients, les **objectifs étaient probablement trop ambitieux** : l'estimation la plus haute des effectifs de patients inclus, issue des données d'activité de la Coordination nationale des réseaux de microstructures (CNRMS) fournies par le porteur, compte **781 patients inclus au 1^{er} décembre 2023 (au moins un forfait facturé). Sur ces 781 patients, 73 étaient sortis d'expérimentation. La file active était donc de 708 patients au 1^{er} décembre 2023, soit 49 % d'atteinte des objectifs ajustés de file active de 1451 patients suivis au terme des 3 ans d'expérimentation, objectifs ajustés lors de la révision du cahier des charges publié en 2022) à 2 mois de la fin d'expérimentation et des inclusions le 31 janvier 2024.**

Si le retard pris dans l'implémentation du dispositif peut expliquer que l'objectif de patients inclus n'ait pas été atteint, le déploiement du projet, quant à lui, n'a pas permis un développement harmonisé des MSPC :

- **Le développement a été très variable entre les régions, en raison des implications et directions différentes données par les ARS** : la Bourgogne-Franche-Comté (BFC) et l'Occitanie (Occ) ont choisi de séparer les expérimentations, le GE, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et l'Île-de-France (IdF) ont déployé MSPC sur le réseau de MS addictions existant ; enfin, l'Agence Régionale de Santé (ARS) des HdF a laissé la CNRMS déployer les MSPC avec la possibilité de solliciter la coordination d'Equip'addict portée par l'association Lemail spécialisée dans le soin et la réduction des risques en addictologie.
- En conséquence, **la coordination administrative prend des formes différentes d'une région à l'autre.** On trouve une coordination décentralisée, portée par les EMS dans le GE, ainsi qu'en IdF, dans les HdF et en PACA. En BFC, et en Occitanie, la gestion des forfaits est assurée par des fédérations, les EMS ayant la charge de la gestion des ressources humaines (RH).



- **La coordination médicale est très inégale.** Elle est inexistante en BFC, dans les HdF, en IdF et en Occitanie. Dans le GE, les coordinateurs médicaux sont ceux d'Equip'addict ; en PACA, le coordinateur médical intervient pour toutes les MS de la région.

Les écarts régionaux dans la coordination de projet ont donné lieu à des fonctionnements variables des MSPC :

- Les régions GE, PACA et Occitanie sont les seules où des psychiatres ont pu être recrutés.
- **Les orientations en MSPC sont globalement pertinentes.** Les intervenants sociaux sont cependant sous-employés dans l'ensemble, car leur domaine de compétences est encore insuffisamment identifié par les médecins généralistes, et parce que les besoins d'accompagnement social peuvent être sous-estimés.
- **L'organisation des réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) est variable** d'une MS à l'autre, malgré une demande forte des professionnels.
- Comme pour Equip'addict, **l'implication des médecins généralistes dans les MSPC** dépend de leur familiarité et de leur appétence pour le travail en équipe pluriprofessionnelle.

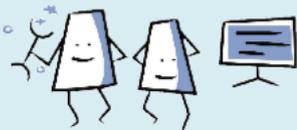
Deux freins principaux au déploiement des MSPC peuvent être identifiés :

- **La difficulté à recruter des psychiatres n'a pas été anticipée.** L'élaboration d'une stratégie de recrutement en amont du lancement du projet aurait facilité le développement des MSPC et leur fonctionnement.
- **Les partenariats en santé mentale sont personne-dépendants** et représentent une charge pour les professionnels intervenant en MS qui ne viennent pas du secteur psychiatrique.

Les MSPC ayant ouvert plus tardivement que prévu (11 MSPC ont ouvert en 2023 et 7 en 2022, soit 18 sur les 45 MSPC - 40%- en activité en septembre 2023), l'évaluation de l'efficacité du dispositif est limitée par un manque de recul. On peut évaluer le niveau de qualité des soins à partir des retours des professionnels sur leur activité :

- 21 psychologues et 22 intervenants sociaux exercent en MSPC, ainsi que 125 médecins généralistes. 3 psychiatres interviennent dans les MS de la région PACA et 4 en Alsace. Dans l'ensemble, les professionnels ayant répondu à l'enquête de satisfaction sont satisfaits de leur activité en MSPC.
- **La formation des professionnels intervenant en MSPC passe principalement par les RCP**, car les sessions de formation de la CNRMS sont insuffisantes pour l'assurer.

Tout comme les professionnels exerçant en MSPC, les patients sont satisfaits de la prise en charge en MS et rapportent une expérience des soins positive, estimant qu'elle permet un meilleur accès aux soins, et une amélioration de leur qualité de vie. **L'amélioration de l'accès aux soins reste cependant difficile à objectiver**, car les données quantitatives ne permettent pas de déterminer le profil socio-démographique des patients inclus en MSPC, à l'exception du genre :



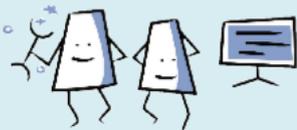
- **Les femmes représentent les trois quarts des patients en MSPC.** La sur-représentation de femmes incluses pour le motif de santé mentale en MS s'explique probablement par des différences genrées dans l'expression du mal-être, les hommes présentant plus souvent des conduites addictives, et les femmes plus souvent des troubles de l'humeur et des troubles anxieux.

La faiblesse des données quantitatives, très incomplètes, empêche de se prononcer sur l'efficacité et la soutenabilité économique du dispositif MSPC. Mais elle témoigne du fait que **le circuit de facturation est sous-optimal du fait des réticences des médecins à la saisie des inclusions dans Maia.**

Les difficultés rencontrées dans la mise en place du projet n'enlèvent rien à la pertinence du format d'intervention, à la fois soulignée par les acteurs de terrain et justifiée par une demande importante en santé mentale dans la population générale. Elles sont à interpréter comme le signe que **le passage à l'échelle nationale du dispositif nécessite encore des ajustements :**

- **La politique de développement des MS pourrait encore être clarifiée**, en élayant tout d'abord les objectifs prioritaires auxquels doit répondre la création des MSPC.
- **Le recrutement des psychiatres, des professionnels et des coordinateurs doit être anticipé en amont** de l'ouverture des structures compte tenu des fortes tensions que connaissent les secteurs de la psychiatrie et de l'action sociale.
- **La consolidation de la coordination médicale et administrative, indispensable à un fonctionnement pérenne et efficace des MSPC, doit s'appuyer sur des postes dédiés.** Leur financement forfaitaire semble insuffisant.
- **La formation des professionnels intervenant en MSPC demande à être renforcée.** Elle est essentielle afin de garantir le format d'intervention et la transmission des compétences nécessaires à la pratique en MSPC aux professionnels et aux médecins. En effet, elle constitue une des garanties que les patients souffrant de troubles mentaux reçoivent des soins appropriés. Elle constitue également un levier de plein engagement des professionnels dans cette pratique d'autre part, en contribuant positivement à l'adéquation entre leurs compétences en santé mentale et les besoins de leurs patients dans des situations dites complexes.

Pour répondre à ces besoins, **des partenariats en santé mentale doivent être développés, et davantage formalisés** afin de faciliter l'insertion des MSPC au sein des réseaux de la santé mentale.



Synthèse du rapport

Le présent document constitue le rapport d'évaluation finale de l'expérimentation « Microstructures médicales post-Covid 19 : Accompagnement médical, social et psychologique des patients fragilisés par la COVID 19 et le confinement dans le cadre des microstructures médicales » (MSPC), portée par la Coordination nationale des réseaux de microstructures (CNRMS). Elle s'inscrit dans le cadre du dispositif Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Cette évaluation finale a mobilisé des méthodes qualitatives (études de cas et entretiens semi-dirigés menés principalement avec les porteurs, les coordonnateurs du dispositif à différents niveaux, les professionnels des MSPC et les patients), et d'une analyse descriptive des données d'activité des MS issues de la plateforme Maia, et d'enquêtes par questionnaires auprès des coordinateurs, des professionnels intervenant en MS, des médecins généralistes, des psychiatres, et enfin des patients.

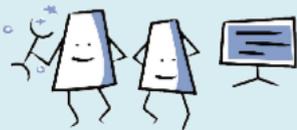
Au terme de l'évaluation, on peut estimer que le dispositif a démontré son intérêt à être transféré en médecine générale et dans des régions différentes sous réserve d'ajustements. Cette synthèse reprend les principaux résultats de l'évaluation, articulés autour des quatre questions évaluatives.

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

Au niveau national, le déploiement du projet a été porté par la CNRMS. Le parti pris était de s'appuyer sur les acteurs et les ressources des territoires, et d'adapter les stratégies de déploiement en fonction des problématiques locales. **Le résultat a été très variable entre les régions, en raison des implications et directions différentes données par les ARS de chaque région.**

- Le GE, l'IdF et la région PACA ont opté pour un déploiement conforme au CdC, en s'appuyant sur le réseau existant de MS addiction.
- L'ARS des HdF a proposé à la CNRMS de solliciter directement les acteurs impliqués dans Equip'addict. La CNRMS a pu ainsi compter sur l'association Lemail dans la Somme, mais les autres départements n'ont pas participé à MSPC.
- Les régions BFC et Occitanie ont préféré distinguer les deux expérimentations. En BFC, c'est la Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné en Bourgogne Franche-Comté (FemaSCo-BFC) qui s'est chargée de démarcher les MSP pour proposer l'ouverture de MS. En Occitanie, la constitution des MS a été confiée, plus tardivement, à la Fédération des Acteurs de la Coordination en Santé (FACS), l'ARS souhaitant tirer les enseignements d'Equip'addict avant de s'engager.

Le financement de la coordination administrative a été calculé en partant du principe que les MSPC seraient implantées dans des MS addiction existantes, et en estimant donc un temps de coordination mutualisé avec celui consacré aux MS d'Equip'addict. La séparation des deux expérimentations a pu engendrer un coût supplémentaire.



L'option des MS mixtes interroge quant à la capacité des EMS du secteur addictologique à prendre en charge la coordination de professionnels n'appartenant pas à leurs effectifs, notamment des psychiatres issus des services hospitaliers ou exerçant en libéral. Faire reposer sur eux la charge de recruter des professionnels non addictologues est une stratégie qui semble très incertaine, comme en témoigne à la fois le refus de certains de participer à l'expérimentation, et la difficulté qu'ils ont rencontrée dans le recrutement de professionnels pour intervenir en MSPC.

Dans l'ensemble, le recrutement des intervenants sociaux et des psychiatres a été compliqué dans les régions où les MS n'étaient pas déjà solidement implantées avant les expérimentations A51. Par ailleurs, là où les expérimentations sont distinctes, tous les psychologues recrutés exercent en libéral.

La coordination médicale territoriale est inexistante dans la plupart des régions, soit en raison d'un faible nombre de MSPC qui ne justifiait pas l'ouverture d'un poste dédié, soit à cause de difficultés de recrutement. Le coordinateur médical était mobilisé pour les MSPC et les MS addictions dans le Grand Est.

Concernant les effectifs de MSPC, l'objectif à atteindre était de 58 dans le premier CdC publié en janvier 2021, puis a été diminué à 50 dans le second CdC publié en août 2022 après une année d'expérimentation. L'objectif est globalement atteint, avec des disparités régionales. En effet, nous pouvons noter que la région GE a dépassé ses objectifs d'ouverture (33 ouvertures versus 25 prévus dans les deux CdC) et les HdF n'ont pas atteint leur objectif de 6 MSPC lancés (objectif diminué de moitié lors de la seconde publication du CdC).

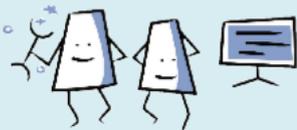
L'objectif de file active défini dans le CdC était d'arriver à constituer une file active de 1451 patients au terme de 3 années d'expérimentation.

Si l'objectif de MSPC en activité a été atteint, leur montée en charge a été plus lente que prévu, ce qui explique en grande partie que les objectifs d'inclusion aient été manqués. Les données transmises aux évaluateurs suggèrent que les objectifs fixés dans les CdC étaient probablement trop ambitieux : **l'estimation la plus haute des effectifs de patients inclus, issue des données d'activité de la CNRMS fournies par le porteur, compte 703 patients suivis au 1^{er} décembre 2023 (file active) à 2 mois de la fin d'expérimentation et d'inclusion, soit 49 % des objectifs fixés en 2022 (708/1451).**

A noter également la sortie de 73 patients supplémentaires du dispositif : au total 781 patients ont été inclus par les MSPC (au moins un forfait a été facturé) au 1^{er} décembre 2023.

On remarque en outre des disparités régionales concernant les rythmes d'inclusion, qui s'expliquent par des dynamiques de création des MSPC différentes :

- En BFC et en Occitanie, les rythmes d'inclusions se sont accélérés au début de l'année 2023 ; ceci s'explique probablement par la lenteur relative de la constitution des MSPC, conséquence du choix de séparer l'expérimentation MSPC de l'expérimentation Equip'addict.
- En région PACA et dans le GE, les rythmes ont été relativement stables, avec une remontée des inclusions en 2023 pour PACA, et une légère baisse dans le GE.



- En IdF, le ralentissement des inclusions est très prononcé sur l'ensemble de la période. Dans cette région, les inclusions ont évolué selon une courbe en cloche : les médecins ont identifié des patients à inclure pendant l'élaboration du projet, d'où une croissance rapide des inclusions, puis prennent peu de nouveaux patients.
- ❖ **Faisabilité : Facteurs internes et externes favorisant ou freinant le déploiement et la structuration en réseaux des MSPC**

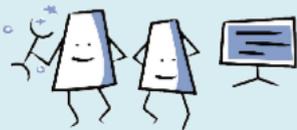
On remarque que les MSPC qui ont le taux d'inclusion par mois le plus élevé sont celles des régions qui ont séparé les deux expérimentations. Plusieurs hypothèses, non exclusives les unes des autres, peuvent expliquer cette observation :

- **La première hypothèse concerne les rythmes d'inclusions, qui peuvent être très soutenus dans les premiers mois d'existence de la MS** : les acteurs ont identifié des patients à inclure durant l'élaboration du projet, et ont également besoin de garantir la soutenabilité de la MS, ce qui peut les inciter à chercher activement des patients à inclure. On peut imaginer qu'une fois que les MS sont pleines, le rythme des inclusions ralentit jusqu'à ce que des places se libèrent.
- A ce rythme « naturel » des inclusions, pourrait s'ajouter **l'impossibilité de mutualiser les ressources avec Equip'addict** (contraignant les équipes à inclure plus de patients que celles dont l'activité est également financée par les patients inclus pour motifs de précarité ou d'addiction), **ainsi que la non-concurrence avec les patients relevant de l'addiction ou de la précarité dans les MS mixtes** (qui peuvent participer à la saturation des files actives).
- Enfin, **les équipes étant entièrement concentrées sur la santé mentale, le risque qu'elles se sentent moins compétentes sur les questions de santé mentale élargie que les questions d'addiction ou de précarité est moindre.**

Les difficultés à recruter des professionnels pour intervenir en MSPC expliquent également la lenteur des inclusions.

Dans les MSPC où aucun psychiatre n'a pu être recruté, qui constituent la majorité des MSPC en activité, **ce sont les professionnels qui se chargent de faire le lien avec les structures psychiatriques et médico-sociales** quand il y a un besoin, pour un patient, de construire un parcours de soin en dehors de la MSPC. Les acteurs ont signalé la lourdeur de cette charge d'organiser les parcours de patients avec des acteurs qu'ils n'ont pas l'habitude de solliciter, parfois dans des contextes d'urgence, lorsqu'ils sont issus du secteur addictologique et qu'ils doivent construire de la coordination avec le secteur psychiatrique.

Dans l'ensemble, les missions dévolues à la création de partenariats avec les acteurs locaux en santé mentale ne sont pas pleinement investies. Si les professionnels intervenant en MSPC peuvent éventuellement organiser les parcours des patients pris en charge dans d'autres structures, et solliciter leurs propres réseaux pour cela, les partenariats semblent rester personne-dépendants, et ne sont donc pas stabilisés. Cette situation peut s'avérer problématique sur le long terme. Le départ d'un professionnel peut entraîner la fin de la collaboration avec les interlocuteurs qu'il



pouvait solliciter. De plus, le développement des partenariats peut représenter une charge pour des professionnels dont ce n'est pas la mission, accentuant les risques d'épuisement professionnel.

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

Les entretiens et les études de cas montrent que **les inclusions sont considérées comme globalement pertinentes** par l'ensemble des acteurs interrogés.

Nous disposons de très peu de données pour caractériser le profil des patients : au moment de l'évaluation qualitative, l'expérimentation était encore trop jeune pour obtenir les perceptions des professionnels au sujet des patients inclus en MSPC.

Il ressort cependant de la base Maia que près des **trois quarts des patients inclus en MSPC sont des femmes**. La répartition genrée des patients en MSPC ne correspond pas à ce qui s'observe dans les soins psychiatriques, où la proportion d'hommes et de femmes est équilibrée.

Une première façon d'expliquer **cet écart serait logée dans la répartition genrée du recours au médecin généraliste, plus fréquent chez les femmes**.¹ Cette différence tiendrait également **du type de pathologies prises en charge en MSPC** : sans pouvoir l'affirmer avec certitude (car les données Maia sont manquantes sur ce point), **on peut supposer que les troubles psychiques les plus fréquemment détectés chez les patients inclus en MSPC sont des troubles de l'humeur et des troubles anxieux et névrotiques**. Or, ces troubles sont plus souvent diagnostiqués chez les femmes.

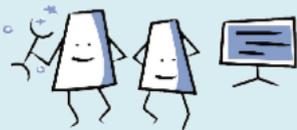
Les cliniciens peuvent également participer au sous-diagnostic chez les hommes et au surdiagnostic chez les femmes, en étant plus prédisposés à détecter des troubles mentaux chez les patientes que les patients, de par les représentations qu'ils développent concernant l'épidémiologie des troubles mentaux et de leurs prévalences au sein de la population féminine (Alvarez, 2019).

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

Il est très difficile d'objectiver l'efficacité des prises en charge en MSPC, au regard de la variété des pathologies couvertes par le vocable « santé mentale », et la variabilité des durées de soin. **La qualité de l'intervention en MSPC a donc été mesurée à partir d'indicateurs de qualité d'organisation du travail en MSPC, et des retours des professionnels sur leur expérience dans le dispositif**.

Les RCP constituent le principal vecteur de pluriprofessionnalité au sein des microstructures. Les données qualitatives rendent compte de la difficulté à les organiser, malgré une indéniable reconnaissance de leur intérêt par les médecins généralistes (MG) et les professionnels. **La difficulté pour les médecins à dégager suffisamment de temps constitue le principal frein à leur mise en place**. Comme pour les MS Equip'addict, lorsque les équipes se trouvent dans l'incapacité d'organiser

¹ Voir notamment le rapport Insee « Santé et recours aux soins – Femmes et hommes, l'égalité en question », 2022, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047751?sommaire=6047805>



des RCP, les échanges s'opèrent alors de manière informelle lors de temps interstitiels.

Le CdC prévoit que les équipes des nouvelles MSPC soient formées avant leur ouverture, afin de les aider à s'appropriier le dispositif et à l'opérationnaliser. Or, **les enquêtes de satisfaction montrent que 42% des médecins interrogés n'ont pas reçu de formation sur le fonctionnement des MS**. Ces chiffres s'expliquent en grande partie par des difficultés logistiques. Par ailleurs, les formations assurées par la CNRMS ont pour l'essentiel porté sur l'utilisation du logiciel Maia, la CNRMS ne disposant pas des ressources humaines pour proposer plus d'expertise en santé mentale.

L'enquête de satisfaction conduite auprès des patients par la CNRMS ne permet pas de distinguer les patients d'Equip'addict et ceux de MSPC. D'après l'enquête de satisfaction, la MS permet d'accéder à un suivi psychologique et social auquel les patients n'avaient pas eu recours auparavant. **Les patients se déclarent très satisfaits de l'intervention des professionnels et estiment que leur prise en charge en MS a permis une amélioration de leur qualité de vie**. Ils jugent également que la localisation de la MS est adaptée à leur suivi.

Malgré les difficultés rencontrées, **les professionnels font état de l'intérêt qu'ils portent au dispositif des microstructures**. La polyvalence et la souplesse des MS étant perçue comme une de leur principale force, et ce d'autant plus que la complexité de certains cas rend difficile une approche sectorielle.

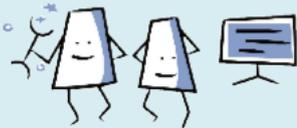
❖ **Efficiace : La gestion budgétaire fonctionne-t-elle correctement ? Tous les acteurs qu'il est prévu de rémunérer parviennent-ils à l'être effectivement ?**

Le circuit de facturation est sous-optimal du fait des réticences des médecins à la saisie des inclusions dans Maia. Le rejet par les médecins et les professionnels de l'outil Maia s'est fait sentir de manière tout aussi prononcée, sinon plus, que pour Equip'addict. La transmission d'information continue de poser problème, notamment le renseignement des dossiers des patients dans Maia, qui est redondante, d'après les médecins généralistes, avec les dossiers médicaux qu'ils remplissent déjà dans leurs logiciels métiers. A nouveau, on peut suggérer que le développement d'une solution informatique intégrable dans les logiciels métiers des MSP, et accessibles aux intervenants extérieurs, semble la meilleure solution en vue d'une généralisation du dispositif.

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

Les données transmises à l'équipe d'évaluation sont trop lacunaires pour traiter cette question évaluative.

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



Concernant MSPC, les caractéristiques de la population ciblée ne posent pas de problème fondamental. **Le dispositif répond à une demande réelle, tant du côté des soignants que de la population générale.** Il est pensé pour faciliter l'acceptabilité de la prise en charge auprès des patients, et en principe, il s'adresse à toute personne souffrant de troubles psychiques nécessitant une prise en charge pluriprofessionnelle.

Si l'intérêt de l'intervention fait l'unanimité chez les acteurs rencontrés, le contenu de l'intervention, quant à lui, n'est pas encore totalement clarifié. La question de la typologie des parcours de soin en MS reste ouverte : certaines MSPC sont à même d'organiser des parcours vers des structures extérieures, quand d'autres limitent leurs inclusions aux patients pouvant être entièrement pris en charge au sein de la MS.

La politique de développement des MS pourrait encore être clarifiée, en étayant tout d'abord les objectifs prioritaires auxquels doit répondre la création des MSPC. En effet, de l'expérimentation MSPC, **deux enjeux principaux semblent se dégager :**

- **L'approche « médicale »², c'est-à-dire centrée sur le rôle du médecin dans la prise en charge de la pathologie, perçoit les MS comme un appui aux médecins généralistes face à des patients dont les situations sont « complexes », au sens où la prise en charge de leur pathologie nécessite une prise en charge pluriprofessionnelle.**
- **L'approche « sanitaire », centrée sur les populations (approche populationnelle), envisage les MS principalement comme une offre de soins spécifique en santé mentale, devant s'articuler avec l'offre de soins existante ; elles peuvent alors être un moyen d'amélioration du maillage territorial de la prise en charge des troubles mentaux, et d'augmenter l'accès aux soins dans la population.**

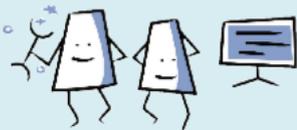
Ces deux enjeux sont complémentaires, et dans les faits, ils représentent des objectifs stratégiques indissociables. Cependant, **le choix de mettre l'accent sur l'un ou l'autre de ces enjeux correspond à des stratégies de déploiement opposées et difficilement conciliables** pour un élargissement à l'ensemble des problématiques de santé mentale.

❖ **Transférabilité (reproductibilité) : Quels sont les facteurs facilitant ou freinant cette transférabilité ?**

Les stratégies d'implémentation du dispositif sont bien établies et efficaces pour impliquer des patients. Elles manquent encore de clarté concernant le recrutement de professionnels et de coordinateurs, notamment parce que l'identification des freins et des leviers à ce recrutement n'a pas été faite en amont. **La coordination médicale et administrative, indispensable à un fonctionnement pérenne et efficace des MSPC, doivent être renforcées.**

L'évaluation du dispositif n'est pas encore optimale : les outils de production de données à visée évaluative, notamment le logiciel Maia, n'ont pas permis une analyse

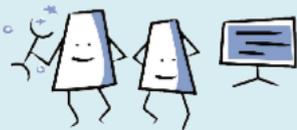
² La distinction entre approche « médicale » et « sanitaire » est empruntée au sociologue N. Fortané (2014). Elle est détaillée dans la présentation des résultats.



quantitative fiable de l'activité des MSPC. Il est donc difficile d'évaluer, à ce stade, la soutenabilité des MSPC, notamment du point de vue économique.

Le transfert de compétences ne semble pas pleinement assuré : les formations dispensées par la CNRMS n'ont pas convaincu l'ensemble des acteurs de terrain, et l'organisation des RCP est variable d'une MSPC à l'autre.

Les partenariats doivent être développés, et davantage formalisés afin de faciliter l'insertion des MSPC au sein des réseaux de la santé mentale. Les réseaux constituent des ressources importantes pour le recrutement, la formation et les enjeux de continuité des soins.



Présentation de l'expérimentation

Contexte

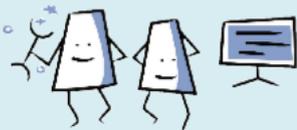
L'expérimentation « Microstructures médicales post-Covid 19 » (MSPC) vise, à l'origine, à permettre aux médecins généralistes de proposer une prise en charge pluriprofessionnelle à des patients affectés psychiquement et somatiquement par la pandémie, de manière directe (infection) ou indirecte (conséquences des confinements, deuils, etc.). Cette expérimentation s'inscrit dans la continuité de l'expérimentation Equip'addict, puisqu'elle s'appuie principalement sur les microstructures (MS) existantes prenant déjà en charge des patients présentant des problématiques addictives. Il est prévu dans certaines régions d'ouvrir des MSPC santé mentale exclusivement sans prise en charge addictologique.

Le trépied médecin généraliste-psychologue-travailleur social est renforcé par l'intégration d'un psychiatre qui réalisera une permanence mensuelle de 2h au sein de chaque MS.

La coordination des réseaux de MSPC s'appuie sur la coordination nationale/régionale/territoriale déjà en place pour Equip'addict dans un premier temps. Il est prévu toutefois de remplacer à terme les coordinateurs médicaux (régionaux et national) addictologues par des médecins psychiatres ou généralistes.

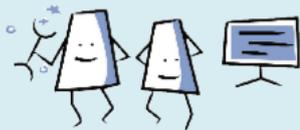
Le modèle de financement retenu initialement est le même que celui d'Equip'addict, à savoir un forfait annuel par patient suivi s'élevant à 537 € (528 € pour Equip'addict initialement, puis revalorisé à hauteur de 806 €). Le panier de soins a été ajusté à la nature de l'expérimentation avec l'ajout d'un montant dédié à la coordination médicale par un psychiatre et un ajustement du nombre d'interventions du psychologue et du travailleur social. La réévaluation de ce forfait a été réalisée en début d'année 2022 à la demande du porteur et des professionnels impliqués.

Au terme de l'expérimentation sont prévues environ 58 MSMA pour une file active totale de 1450 patients suivis durant les deux années d'expérimentation (selon l'arrêté). Ces MSMA pourront se situer dans des zones urbaines/péri-urbaines, semi-rurales ou rurales. A l'avenir, cette organisation vise à être étendue à la prise en charge des troubles psychiatriques en soins primaires, au-delà de ceux en lien avec la crise sanitaire. Conçues initialement comme une réponse à une situation d'urgence face à l'augmentation des troubles psychiatriques durant la période épidémique liée au coronavirus, ces MSPC avaient d'emblée vocation à s'étendre à la santé mentale à terme.



Fiche signalétique de l'expérimentation

Titre de l'expérimentation	Microstructures (MS) Post-Covid	
Porteur	Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures	
Partenaires	Nombreuses structures de soins primaires et structures médico-sociales impliquées.	
Territoires concernés	Régions Grand Est, Hauts-de-France, Ile-de-France, Bourgogne Franche-Comté et Provence Alpes Côte d'Azur. L'Occitanie devrait également rejoindre l'expérimentation à terme.	
Nature du projet	Interrégional	
Public cible	Patients fragilisés par la crise sanitaire sur les plans somatique, psychologique et/ou social et présentant une situation complexe. Volume : 1450 patients sur les deux années d'expérimentation.	
Professionnels de santé et structures impliquées	<ul style="list-style-type: none"> - 58 MS prévues à terme. - Médecins généralistes libéraux exerçant en structures de soins primaires (MSP principalement), expérimentateurs primaires - Psychologues libéraux ou détachés d'une structure médico-sociale, expérimentateurs primaires si libéraux (à confirmer) et expérimentateurs secondaires si salarié et détaché d'une structure médico-sociale - Travailleurs sociaux salariés et détachés de structures médico-sociales, expérimentateurs secondaires - Psychiatres 	
Objectifs principaux	Selon l'arrêté : « Renforcer les dispositifs de 1 ^{er} recours que sont les microstructures médicales (existantes pour la prise en charge des addictions) afin qu'elles apportent un accompagnement pluriprofessionnel de qualité et de proximité à des patients fragilisés somatiquement, socialement et psychologiquement par la survenue de la crise sanitaire début 2020 et ses conséquences »	
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonner avec les acteurs en santé mentale le suivi en MS post-Covid et développer le recours régulier à un psychiatre et avec les structures sociales. - Solliciter les ARS pour une communication régulière sur l'expérimentation, le repérage des acteurs à mobiliser. - Travailler avec les CPTS dans l'objectif d'inclure ces MS dans l'élaboration de parcours de soins coordonnés. - Développer la télé ou visio-consultation avec les psychiatres et autres acteurs en santé mentale partenaires. - Compléter le système d'information de la CNRMS en créant des fiches médicales, psychologiques et sociales spécifiques au suivi post-Covid. 	
Coût prévu de l'expérimentation	FISS : Forfait + CAI = 1 273 k€ + 100 k€ respectivement	
	FIR : Aucun financement sur le FIR	
Dates de début	Publication arrêté : 28/01/2021	La date de début correspond au 1 ^{er} patient inclus.
	Premières inclusions réalisées en mars 2021.	
Durée	2 ans à compter de l'inclusion du 1 ^{er} patient	



Méthodologie d'évaluation

Note préliminaire

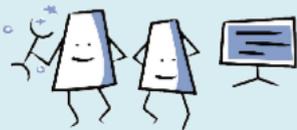
L'expérimentation Article 51 MSPC s'inscrit dans la continuité d'Equip'addict, en étendant le suivi en microstructures (MS) et leur structuration en réseaux au champ de la santé mentale. En raison de l'histoire commune aux deux expérimentations, et par suite, de leurs nombreux points communs (services innovants développés, acteurs impliqués aux différents niveaux, MS participantes, territoires considérés, ressources mobilisées, modèle de financement prévu, etc.), notre équipe a été désignée évaluatrice pour les deux.

Un rapport d'évaluation finale distinct a été produit pour Equip'addict. Sur le plan de l'évaluation de MSPC, nous avons identifié des enjeux et questions évaluatives similaires. Les méthodes pour répondre à ces dernières sont également très proches. Afin de faciliter la lecture et la compréhension des évaluations de ces deux expérimentations, nous proposons de développer uniquement les éléments complémentaires et spécifiques à MSPC.

Notons en outre que le rythme de déploiement de MSPC ayant été plus lent, l'évaluation ne permet pas d'aller aussi loin que pour l'expérimentation Equip'addict. Plusieurs éléments ne peuvent donc pas figurer dans le rapport :

- Le maillage territorial des MSPC : dans les régions où la création des MSPC / santé mentale s'est appuyée sur le réseau des MS médicales addictions, ce sont les mêmes territoires qui ont été couverts. Ailleurs, le nombre de MSPC est trop faible pour en tirer des conclusions. Au demeurant, l'amélioration du maillage territorial en santé mentale ne figure pas dans les objectifs du CdC de MSPC.
- La qualité et la quantité des prestations délivrées : au moment du recueil des données qualitatives, les professionnels intervenant en MSPC non mixte (*i.e.* non MS médicale addictions par ailleurs) étaient trop peu nombreux et manquaient de recul pour fournir un retour d'expérience aux évaluateurs sur ce sujet, car l'entrée dans l'expérimentation était encore trop récente pour la plupart d'entre eux. Les professionnels intervenant en MS mixtes (addictions et MSPC) incluaient encore peu pour le motif santé mentale, comparativement aux inclusions pour addiction et précarité, et distinguaient mal les deux expérimentations en termes d'activité. En outre, les données quantitatives sont trop lacunaires pour apporter des réponses à cette question évaluative.
- Dès lors, il n'est pas non plus possible de se prononcer sur l'adéquation des financements forfaitaires proposés. En effet, les données de facturation et les données de la base Maia³ concernant le nombre de consultations effectuées sont inexploitable. En l'état, il n'est donc pas possible d'évaluer quantitativement l'efficacité du dispositif. On ne peut se prononcer que sur la qualité des circuits de facturation et de la gestion budgétaire.

³ Plateforme développée par la CNRMS, porteur de MSPC, pour collecter des données d'évaluation sur l'activité des MS et le profil des patients qui y sont suivis. La saisie des informations dans MAIA reposait sur les professionnels des MS.



Pour les éléments d'analyse communs avec Equip'addict, nous rappelons brièvement les résultats dans le corps du rapport, et proposons des rappels plus détaillés en annexe.

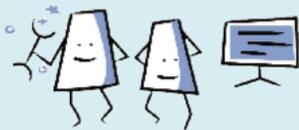
Données qualitatives mobilisées

L'évaluation intermédiaire n'a pas été menée en raison du retard pris par l'expérimentation et de sa courte durée initiale de 2 ans, mais les MSPC ont été évoquées lors des entretiens conduits pour Equip'addict. Ainsi, nous avons mené des entretiens avec des acteurs engagés dans le projet MSPC et dans Equip'addict, ainsi qu'avec les coordinateurs et acteurs spécifiques au projet, pour évaluer à la fois la faisabilité du projet, son efficacité et son efficience.

	Série 1* 2022	Série 2* 2023	Total
Animateurs et référents du dispositif MSPC	10	16	26
Porteur de l'expérimentation et référents des ARS	5	5	10
Référent Equipe Nationale Projet Article 51	1	-	1
Coordinateurs administratifs & directeurs d'établissements médico-sociaux	4	7	11
Coordinateurs médicaux	-	4	4
Professionnels exerçant en MSPC	9	2	11
Médecins généralistes	4	-	4
Psychiatres	-	2	2
Psychologues	3	-	3
Travailleurs sociaux	2	-	2
Patients**	-	2	2
<i>Total</i>	<i>19</i>	<i>18</i>	<i>37</i>
* La « Série 1 » correspond aux entretiens menés pour l'évaluation intermédiaire de l'expérimentation Equip'addict. La « Série 2 » comprend à la fois des entretiens menés auprès d'acteurs impliqués dans les deux expérimentations, et d'acteurs impliqués uniquement dans MSPC.			
** Les 2 patients rencontrés étaient suivis pour des problématiques multiples, relevant à l'origine (> 10 ans) des addictions et de la précarité davantage que de la santé mentale.			

Tableau 1. Récapitulatif des entretiens

Cinq études de cas ont été conduites dans des MS mixtes addictions/santé mentale, dont une en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) qui n'a pas participé à l'expérimentation Equip'addict, et donc où il n'y avait pas de recoupement ou chevauchement avec Equip'addict. Les MSPC non mixtes étaient, au moment du recueil des données, encore trop jeunes pour que l'étude de cas soit justifiée ; les études de cas ne portent donc pas sur les MSPC de Bourgogne Franche-Comté (BFC) ni d'Occitanie. En outre, dans la région des Hauts-de-France (HdF), aucune MSPC



n'avait encore ouvert. Deux études de cas ont eu lieu dans le Grand Est (GE) et deux autres en Ile-de-France (IdF).

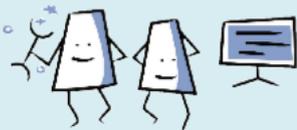
A partir des données issues des entretiens et des études de cas, ainsi que des retours de la Coordination Nationale du Réseau des MicroStructures (CNRMS, porteur de l'expérimentation) et des Agences Régionales de Santé référentes (ARS), nous avons construit des synthèses régionales, présentées en annexe.

Données quantitatives mobilisées

L'enquête quantitative a pris appui sur plusieurs sources de données.

- La base de données issues de Maia (plateforme de recueil de données sanitaires et sociales fournie par la CNRMS aux équipes), tout d'abord, devait permettre d'estimer à la fois le nombre d'inclusions de patients, leur profil socio-démographique et leurs antécédents médicaux, et la répartition des consultations en MSPC. Mais comme pour Equip'addict, le taux de remplissage des questionnaires Maia est très faible ; beaucoup de données sont donc inexploitable.
- Les données de facturation, pour des raisons juridiques, n'ont pu être transmises à l'équipe d'évaluation. Des données agrégées pour la période 2020-2023 ont été transmises, mais elles sont inexploitable (elles décomptent seulement 72 forfaits facturés sur la durée de l'expérimentation). Les données issues des fichiers de contrôle des EMS porteurs de MSPC sont également très lacunaires, et ne permettent que des analyses limitées ; il en va de même pour les réponses à l'enquête auprès des EMS pour MSPC.
- Deux enquêtes de satisfaction conduites auprès des médecins, des psychologues et intervenants sociaux exerçant en MSPC, et enfin des patients. Concernant l'enquête de satisfaction auprès des patients, elle a été conduite par la CNRMS, qui a transmis les données aux évaluateurs.

Les résultats issus de l'analyse de l'ensemble de ces données sont restitués et discutés par question évaluative.



Résultats et discussion

I. Faisabilité

SYNTHESE DES RESULTATS CLES

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

Coordination :

- **Le déploiement du projet, porté par la CNRMS, a été très variable entre les régions, en raison des implications et directions différentes données par les ARS** : la BFC et l'Occitanie ont choisi de séparer les expérimentations, les régions GE, PACA et IdF ont déployé MSPC sur le réseau de MS addictions existant, et l'ARS des HdF a laissé toute autonomie à la CNRMS dans le déploiement des MSPC.
- En conséquence, **la coordination administrative prend des formes différentes d'une région à l'autre**. Dans le GE, ainsi qu'en IdF, dans les HdF et en PACA, ce sont les réseaux de MS ou les EMS qui s'occupent à la fois de la gestion des RH, de la gestion des forfaits et de la facturation. En BFC, les EMS sont chargés de la gestion RH, et la FemaSCo-BFC centralise la facturation et la gestion des forfaits. En Occitanie, la gestion des RH revient à la structure de soins primaires porteuse, et la facturation et la gestion des forfaits sont assurées par la FACS.
- **La coordination médicale est très inégale**. Elle est inexistante en BFC, dans les HdF, en IdF et en Occitanie. Dans le GE, les coordinateurs médicaux sont ceux d'Equip'addict ; en PACA, le coordinateur médical intervient pour toutes les MS de la région.

Effectifs de MSPC :

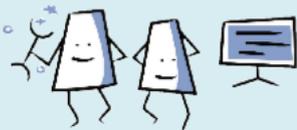
- **L'objectif de MSPC à atteindre était de 58 dans le premier CdC publié en janvier 2021, puis a été diminué à 50 dans le second CdC publié en août 2022 après une année d'expérimentation.**
- **L'objectif est globalement atteint : en septembre 2023, 45 MSPC étaient en activité et 3 ouvertures sont prévues avant décembre 2023.** La région GE a dépassé ses objectifs d'ouverture (33 ouvertures versus 25 prévus dans les deux CdC) et les HdF n'ont pas atteint leur objectif de 6 MSPC lancés (objectif diminué de moitié lors de la seconde publication du CdC).

Effectifs de patients :

- L'objectif était d'arriver à constituer une file active de 1451 patients au terme de 3 années d'expérimentation.
- Ces objectifs étaient probablement trop ambitieux : l'estimation la plus haute des effectifs de patients inclus, issue des données d'activité de la CNRMS fournies par le porteur, compte **708 patients suivis en MSPC au 1^{er} décembre 2023, soit 49% des objectifs fixés en 2022 à 2 mois de la fin d'expérimentation et des inclusions.**
- **73 patients sont sorties d'expérimentation (non comptabilisés dans la file active au 1^{er} décembre 2023).**
- **Les MSPC ont donc facturé au moins un forfait pour 781 patients différents.**

Fonctionnement des MSPC :

- **Le GE, la région PACA et l'Occitanie sont les seules régions où des psychiatres ont pu être recrutés.** En PACA, le rôle du psychiatre est proche de celui de coordinateur médical, ce qui laisse penser que les deux fonctions sont redondantes.
- **Les orientations en MSPC sont globalement pertinentes.** Les intervenants sociaux sont cependant sous-employés dans l'ensemble, car leur domaine de



compétences est encore insuffisamment identifié par les médecins généralistes, et parce que les besoins d'accompagnement social peuvent être sous-estimés.

- **L'organisation des RCP est variable** d'une MS à l'autre, malgré une demande forte des professionnels.
- Comme pour Equip'addict, **l'implication des médecins dans les MSPC** dépend de leur familiarité et de leur appétence pour le travail en équipe pluriprofessionnelle.

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

- **La difficulté à recruter des psychiatres n'a pas été anticipée.** L'élaboration d'une stratégie de recrutement en amont du lancement du projet aurait facilité le développement des MSPC et leur fonctionnement.
- **Les partenariats en santé mentale sont personne-dépendants** et représentent une charge pour les professionnels intervenant en MS qui ne viennent pas du secteur psychiatrique.

Concernant la faisabilité, l'implémentation du dispositif peut se mesurer de quatre manières, associées à des objectifs plus ou moins précis mentionnés dans le CdC :

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

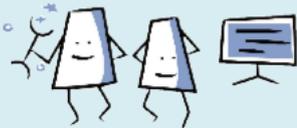
1. Coordination

En principe, la coordination de MSPC se décline de la même façon que pour Equip'addict : on distingue les missions de coordination administrative et de coordination médicale.

- **La coordination administrative** comprend la gestion des ressources humaines (RH), la planification des interventions des professionnels, la facturation et le reversement des forfaits, la rédaction d'un rapport d'activité, un soutien à l'évaluation et l'interface avec la coordination médicale.
- **La coordination médicale**, qui devait être effectuée par des médecins généralistes ou des psychiatres, concerne la formation des professionnels intervenant en MS, la facilitation des parcours de soins, l'organisation et l'animation de réunions de synthèse avec les équipes des MSPC, la recherche et l'apport d'expertise clinique en lien avec leurs besoins, le développement de partenariats avec les acteurs de la santé mentale, et la liaison avec la CNRMS.

Cependant, la CNRMS étant seule porteuse du projet, ces deux types de missions sont distribués à deux niveaux (contre trois dans Equip'addict) :

- La coordination nationale est assurée par la CNRMS, qui se porte garante de la mise en œuvre effective du projet et du fonctionnement des MS. En plus de démarcher les réseaux volontaires pour le déploiement des MSPC, elle joue un rôle de formation des professionnels, d'information et de recueil de données pour l'évaluation du projet.



- La coordination territoriale, qui peut s'établir au niveau des régions et/ou des réseaux locaux de MS, repose sur des acteurs non-spécifiés dans le CdC. Il y est seulement indiqué que les établissements médico-sociaux (EMS) addictologiques ne peuvent se faire porteurs de la coordination des MSPC à long terme, et qu'il est nécessaire d'identifier des partenaires en fonction des spécificités territoriales. Le CdC autorise cependant la CNRMS à s'appuyer, au démarrage, sur les EMS impliqués dans Equip'addict (principalement des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)).

La répartition des tâches et la feuille de route pour le développement des MSPC sont définies de manière très souple dans le CdC, dans l'optique de pouvoir adapter les modalités de coordination aux contraintes locales. Cette souplesse offerte par le CdC a conduit à de grandes variations d'une région à l'autre, variations développées dans les parties suivantes.

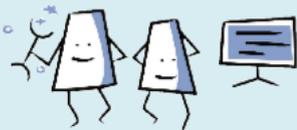
1.1. Déploiement du projet MSPC

Dans le CdC, la conduite du projet MSPC est dévolue à la CNRMS, qui doit en assurer la coordination nationale et se porter garante du déploiement de l'expérimentation dans les régions. Au regard des délais impartis pour mener l'expérimentation à son terme, et du contexte rendu complexe par la crise sanitaire, le CdC prévoyait de s'appuyer sur les réseaux de MS addiction déjà impliqués dans Equip'addict (sauf pour la région PACA qui a rejoint l'expérimentation MSPC sans avoir été impliquée dans Equip'addict auparavant), en lien avec les ARS.

Au niveau national, la CNRMS a apporté un appui au déploiement du projet sur le terrain à la fois administratif et médical. Une chargée de mission à la coordination nationale a été employée à mi-temps pour assurer le recueil des données, construire des partenariats en santé mentale et dans le secteur social en lien avec les coordinateurs des régions, organiser les réunions et rencontres entre les acteurs participant à l'expérimentation, et enfin se charger de l'information et de la communication auprès des acteurs institutionnels. Un psychiatre coordinateur a été recruté à hauteur d'un 0,1 Equivalent Temps Plein (ETP) dans le but de développer des partenariats en santé mentale, de faciliter le recours à un psychiatre dans les MSPC en lien avec les coordinateurs médicaux, d'organiser l'intervention des psychiatres en MSPC, et enfin de superviser le recueil de données spécifiques à l'intervention des psychiatres. Le parti pris était donc de s'appuyer sur les acteurs et les ressources des territoires, et d'adapter les stratégies de déploiement en fonction des problématiques locales.

Dans les régions, des stratégies variées ont été adoptées. **Le GE, l'IdF et la région PACA ont opté pour un déploiement conforme au CdC, en s'appuyant sur le réseau existant de MS addiction (MSMA).** On observe cependant des variations significatives sur le terrain :

- Dans le GE, la CNRMS s'est occupée du démarchage des EMS en lien avec la Coordination des réseaux de Microstructures du GE (CMGE). Toutes les MSMA



participant à Equip'addict ont été intégrées d'office dans MSPC, sauf dans les Vosges, où l'EMS porteur n'a pas souhaité participer. Pour autant, au terme de l'expérimentation, les MS n'ont pas toutes inclus de patients au titre de la santé mentale.

- La région PACA ne participait pas à Equip'addict. L'ARS PACA a accepté de piloter l'expérimentation MSPC en prenant appui sur les réseaux de MS addiction existants : il a été proposé aux MS existantes d'élargir leur activité à la santé mentale.
- En IdF, des MS mixtes ont été ouvertes, et les MSMA de la Seine-Saint-Denis ont été invitées à rejoindre MSPC. Mais dans ce département, le choix a été fait de distinguer les équipes au sein des MS mixtes : ce sont des professionnels (psychologues et travailleurs sociaux) différents qui interviennent pour Equip'addict et MSPC.

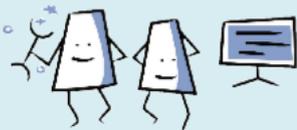
L'ARS des HdF a laissé toute autonomie à la CNRMS pour solliciter les acteurs impliqués dans Equip'addict. Elle a pu compter sur l'association Lemail dans la Somme, mais les autres départements n'ont pas participé à MSPC.

Les régions BFC et Occitanie ont préféré distinguer les deux expérimentations. Les équipes ont donc eu la possibilité d'ouvrir soit une MSMA, soit une MSPC.

- En BFC, c'est la Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné en Bourgogne Franche-Comté (FemaSCo-BFC) qui s'est chargée de démarcher les MSP pour proposer l'ouverture de MS, et de solliciter des EMS pour le recrutement de travailleurs sociaux. La FemaSCo-BFC coordonne par ailleurs le réseau de MS addiction de BFC.
- En Occitanie, la constitution des MS a été confiée à un acteur différent de ceux impliqués dans Equip'addict. L'entrée dans l'expérimentation a été plus tardive que pour les autres régions, l'ARS souhaitant tirer les enseignements d'Equip'addict avant de s'engager ; c'est finalement la Fédération des Acteurs de la Coordination en Santé (FACS) qui a été désignée pour le déploiement du projet MSPC, conjointement avec l'ARS et la CNRMS.

La volonté de distinguer les deux projets vient notamment des préférences exprimées par les professionnels, de la difficulté pour les ARS, de demander aux EMS du secteur addictologique de gérer des RH qui ne font pas partie de leurs effectifs (psychiatres) ; la crainte que les structures médicales et médico-sociales se fassent concurrence sur le terrain a également été évoquée. En outre, certains EMS du champ addictologique peuvent estimer que la santé mentale élargie ne relève pas de leurs compétences. C'est le cas, notamment, le l'EMS porteur des MSMA des Vosges (GE), qui n'a pas souhaité participer à l'expérimentation.

Le souhait de distinguer les MS addictions des MS post-covid avait également pour objectif en BFC de ne pas sur-solliciter les professionnels des MS dans un contexte épidémique (Covid) en leur demandant une gestion simultanée des deux thématiques et expérimentations, et des deux flux de facturation correspondants.



Or, le financement de la coordination a été calculé en partant du principe que les MSPC seraient implantées dans des MS addiction existantes, et en estimant donc un temps de coordination mutualisé avec celui consacré aux MS d'Equip'addict. Ainsi, depuis la revalorisation du forfait établie en 2022, les fonds alloués à la coordination de MSPC se répartissent comme suit :

Financement forfaitaire		<i>Soit par patient</i>
Coordination administrative	0,17 ETP à 31 500 € chargé pour 25 patients en moyenne	13 €
Coordination médicale	0,17 ETP à 75 000 € chargé pour 25 patients en moyenne	30 €
Crédits d'amorçage et d'ingénierie		<i>Soit par an</i>
Coordination nationale	0,5 ETP à 63 000 € chargé	31 500 €
Coordination médicale nationale	0,1 ETP à 125 000 € chargé	12 500 €

Tableau 2. Financement de la coordination de l'expérimentation MSPC

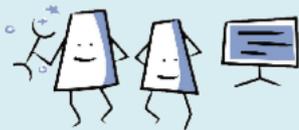
La séparation des deux expérimentations a pu engendrer un coût supplémentaire, car la mutualisation du temps de coordination avec Equip'addict n'était pas possible.

1.2. *Coordination administrative*

La coordination est assurée dans l'ensemble des territoires où sont implantées des MSPC. Elle est soit entièrement assumée par les réseaux porteurs de MS, souvent gestionnaires d'EMS addictologiques, soit partagée entre plusieurs acteurs.

- Dans le GE, ainsi qu'en IdF, dans les HdF et en PACA, ce sont des établissements médico-sociaux (EMS) qui s'occupent à la fois de la gestion des RH, de la gestion des forfaits et de la facturation.
- En BFC, les EMS sont chargés de la gestion RH, et la FemaSCo-BFC centralise la facturation et la gestion des forfaits. Comptant sur la mutualisation avec Equip'addict, la FemaSCo n'a pas reçu de fonds supplémentaires pour la coordination de MSPC.
- En Occitanie, la gestion des RH revient à la structure de soins primaires porteuse, et la facturation et la gestion des forfaits sont assurées par la FACS. L'ARS ayant souhaité un interlocuteur unique pour MSPC, et au champ de compétences plus large que la seule addictologie, il n'a pas été possible de s'appuyer sur les acteurs pilotes d'Equip'addict.

L'option des MS mixtes interroge quant à la capacité des EMS du secteur addictologique à prendre en charge la coordination de professionnels n'appartenant pas à leurs effectifs, notamment des psychiatres issus des services hospitaliers ou exerçant en libéral. Faire reposer sur eux la charge de recruter des professionnels hors du champ de l'addictologie est une stratégie qui semble très incertaine, comme en témoigne à la fois le refus de certains de participer à l'expérimentation, et la difficulté qu'ils ont rencontrée dans le recrutement de professionnels pour intervenir en MSPC.



Dans l'ensemble, le recrutement des intervenants sociaux et des psychiatres a été compliqué dans les régions où les MS n'étaient pas déjà solidement implantées avant les expérimentations A51. Par ailleurs, là où les expérimentations sont distinctes, tous les psychologues recrutés exercent en libéral.

Dans le GE, les psychiatres étaient déjà impliqués dans les MSMA. L'ouverture à la santé mentale, lorsqu'elle est effective, ne change donc pas les pratiques des MS. Similairement, en PACA, le déploiement des MSPC a compté sur un réseau de MS existant, où l'EMS porteur détachait déjà des psychologues et des intervenants sociaux. D'autres psychologues exercent en libéral ; les psychiatres sont détachés quant à eux par des établissements hospitaliers, mais la coordination est assurée par l'EMS.

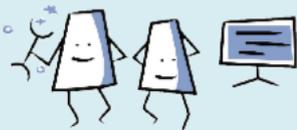
Ailleurs, le recrutement de professionnels pour intervenir en MSPC a été plus compliqué :

- En BFC, les psychologues recrutés sont issus du libéral ; le recrutement des intervenants sociaux a demandé à la FemaSCO-BFC un travail de prospection important. Finalement, après avoir sollicité un grand nombre de structures (conseils généraux, MSA, CSPA, DAC...), deux intervenants sociaux ont pu être recrutés, détachés par une association médico-sociale et un centre social et culturel. Aucun psychiatre n'a pu être recruté.
- En Seine-Saint-Denis, où les équipes MSMA et MSPC devaient être distinctes, il n'a pas été possible de recruter un intervenant social, ni aucun psychiatre. Les psychologues des MSMA ont vu leur temps de travail augmenter pour pouvoir accueillir des patients en MSPC en l'absence de psychiatre, mais le recrutement d'intervenants sociaux à 0,2 ETP a été très difficile, ce qui a compliqué l'exercice en MSPC pour les psychologues, alors seuls à assurer le suivi des patients inclus pour santé mentale. Ils s'appuient pour l'instant sur les intervenants sociaux d'Equip'addict.
- Dans la MSPC des HdF, un psychiatre à la retraite avait été recruté pour rejoindre une équipe détachée par l'association Lemail ; mais son absence prolongée en 2022 a retardé les inclusions dans la MS.

Enfin, parmi les régions où le dispositif était nouveau, seule l'Occitanie semble avoir pu constituer des MSPC complètes, au prix d'une constitution plus lente, et donc d'effectifs de MSPC plus réduits. La MSP de Cazilhac, seule MSP hébergeant une MSPC occitane en activité en janvier 2023, avait en son sein un travailleur social et un psychologue, tous deux libéraux, qui ont été invités à intervenir dans la MSPC. C'est également la MSP qui a recruté un psychiatre, exerçant lui aussi en libéral.

1.3. Coordination médicale

Au niveau national, en principe, un psychiatre coordinateur est en lien avec les coordinateurs médicaux territoriaux. Son temps de travail, salarié par la CNRMS, est un 0,1 ETP. Ses missions sont définies ainsi dans le CdC :



- Prise de contacts avec les coordinateurs médicaux afin de déterminer l'existence de partenariats préexistants et déterminer les structures existantes en région
- Recherche en commun (coordinateurs médicaux et médecins psychiatres coordinateurs) des acteurs à rencontrer
- Prise de contact avec les médecins psychiatres qui interviendront en microstructures puis échanges réguliers tout au long de l'expérimentation sur les difficultés rencontrées chez leurs patients
- Retours réguliers vers les coordinateurs médicaux pour déterminer les démarches à mettre en place ensemble
- Prise de contact et articulation avec les différentes structures en santé mentale

Encadré 1. Extrait du CdC : rôle du psychiatre coordinateur national

C'est donc une mission de pilotage du projet qui lui est confiée par le CdC, dont les contours semblent toutefois relativement flous, puisqu'il lui revient de décider, en lien avec les coordinateurs médicaux, des stratégies de pilotage à adopter. On peut y voir une souplesse du CdC, devant permettre d'adapter le déploiement des MSPC aux contextes locaux. Mais cette souplesse interroge la démarche de construction du projet.

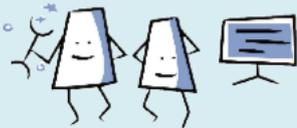
Historiquement, le déploiement des MS obéit à une logique d'ancrage dans les spécificités du terrain. Il semble donc assez naturel que la CNRMS ait choisi un mode de coordination qui se repose sur les problématiques rapportées par les acteurs du terrain, en l'occurrence, les coordinateurs médicaux. Mais la difficulté à recruter des coordinateurs médicaux, qui se traduit par leur absence dans plusieurs régions, laisse penser que le développement à grande échelle des MS, en particulier pour appliquer leur mode d'intervention à de nouvelles indications, nécessite une anticipation plus conséquente des moyens pour la mise en œuvre effective de la coordination, sans quoi une partie des missions du coordinateur psychiatre ne peut être assurée.

Ce psychiatre a tout de même pu participer à la coordination nationale. Intervenant en MSPC et en MSMA par ailleurs, il se charge des missions suivantes :

- Expliquer le fonctionnement des MS tant aux acteurs du terrain lorsqu'il s'agit d'ouvrir de nouvelles MS ou de recruter des professionnels, qu'aux décideurs des administrations. Il estime que son rôle est de faire comprendre la réalité du terrain.
- Auprès des acteurs impliqués dans les MS, apporter une meilleure connaissance du secteur psychiatrique, en particulier des Centres médico-psychologiques (CMP).
- Démarcher des psychiatres pour les inciter à intervenir en MS.
- Se rendre disponible pour les MS désirant l'appui d'un coordinateur médical mais n'en bénéficiant pas en région.
- Participer au montage et à l'animation de formations à destination des professionnels des MS avec la CNRMS.

La coordination médicale territoriale est inexistante dans la plupart des régions, pour des raisons différentes :

- Dans les HdF et en Occitanie, le faible nombre de MSPC ne justifiait pas l'ouverture d'un poste de coordinateur médical au moment des travaux



d'évaluation (une était en cours d'ouverture dans les HdF, et en Occitanie, seule une MSPC était en fonctionnement).

- En BFC et en IdF, l'absence de coordinateur médical est due à des difficultés de recrutement. Il ne s'est trouvé ni médecin généraliste, ni psychiatre pour endosser ce rôle.

Seules les régions PACA et GE ont pu se doter de coordinateurs médicaux. En PACA, un seul coordinateur médical assure la coordination, pour 4 MSPC. Dans le GE, les coordinateurs médicaux sont les mêmes que pour Equip'addict : on en trouve un pour chaque réseau de MS, qui sont principalement des réseaux départementaux.

Dans le GE, la coordination médicale est inégale selon les départements : les coordinateurs médicaux sont ceux d'Equip'addict, normalement recrutés par les EMS. Mais il est compliqué de connaître leur activité. D'après la coordinatrice de la CMGE, il est probable que le temps alloué à la coordination médicale soit faible. En Alsace, un médecin à la retraite s'occupe de la coordination médicale. Elle répond aux sollicitations des équipes, mais ne participe pas aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP).

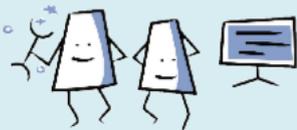
Le coordinateur médical de la région PACA est psychiatre. Il intervenait avant l'expérimentation A51 en MS, toujours comme coordinateur médical. Il voit son rôle comme celui d'un intervenant tiers auprès des équipes, permettant à la fois :

- De fluidifier la communication au sein des équipes, lorsque des malentendus sont susceptibles d'apparaître ;
- D'appuyer les équipes face à des patients qui leur posent problème ; il peut éventuellement discuter des traitements ou des orientations des patients.
- D'organiser la réorientation de patients hors de la MS, lorsque ceux-ci ont besoin d'un accompagnement en institution.

La fréquence de ses participations aux RCP dépend de la demande des équipes. Certaines sont habituées à le recevoir très régulièrement, quand d'autres le sollicitent moins. Il ne reçoit pas de patients, sauf dans le cas de réorientations. Quant à la formation des professionnels, elle s'opère chemin faisant, avec la discussion des cas.

Dans l'ensemble, les missions dévolues à la création de partenariats avec les acteurs locaux en santé mentale ne sont pas pleinement investies. Si les professionnels intervenant en MSPC peuvent éventuellement organiser les parcours des patients pris en charge dans d'autres structures, et solliciter leurs propres réseaux pour cela, les partenariats semblent rester personne-dépendants, et ne sont donc pas stabilisés. Ainsi, une psychiatre interrogée lors des entretiens menés auprès des acteurs faisait état des différents réseaux qu'elle pouvait mobiliser, tant pour répondre aux demandes des équipes que pour envisager la réorientation de certains patients : il s'agit de réseaux personnels, développés au cours de sa carrière, avec des services hospitaliers et des psychiatres libéraux. Les psychologues et les intervenants sociaux peuvent aussi compter sur leurs propres réseaux. Si à court terme, l'activation de réseaux peut suffire à répondre aux besoins des patients, on peut toutefois y voir plusieurs risques à long terme :

- Le risque que le départ d'un professionnel signe la fin de la collaboration avec les interlocuteurs qu'il pouvait solliciter. Or, dans un contexte de pénurie de psychiatres doublée d'un fort renouvellement de personnel dans les structures



médico-sociales susceptibles de fournir les RH des MSPC, il semble nécessaire de limiter ce type de situations.

- Le risque d'épuisement des professionnels dont la première mission n'est pas de développer des partenariats. Ainsi, une psychologue intervenant en MS mixte confiait en entretien la charge que pouvait représenter cette nécessité de faire le lien avec les structures extérieures à la MS, en l'absence de collaborations routinisées avec elles.

De ce point de vue, la coordination médicale, bien que difficile à mettre en place, semble incontournable pour garantir la pérennité des MS. Il s'agit alors à la fois de trouver le juste niveau pour cette coordination, et de décider en amont d'une stratégie de recrutement des coordinateurs. Au demeurant, le CdC stipule que la coordination médicale territoriale peut être confiée indifféremment à des médecins généralistes ou des psychiatres. Là encore, la souplesse offerte par le CdC peut être une source de confusion, surtout dans un contexte de déploiement rapide des MSPC. En effet, les psychiatres et les MG n'ont pas le même rôle dans les MSPC, et n'y passent pas le même temps ; ils n'ont pas les mêmes formations, et ont accès à des retours d'expérience différents de la part des autres professionnels impliqués dans les MSPC.

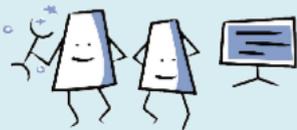
2. Effectifs de MSPC

Toutes les régions n'ont pas enjoint leurs réseaux de MS à participer à MSPC de la même façon. Aussi, certaines disparités dans les modalités du décompte ont émergé lors du recueil des données, imputables aux différences dans les stratégies de déploiement du projet entre les régions. Ainsi, dans le GE, toutes les MS addiction impliquées dans Equip'addict participent par défaut à l'expérimentation MSPC, alors que d'autres régions ont fait le choix de distinguer les deux expérimentations. Afin de lisser ces disparités, nous avons fait le choix de ne compter que les MSPC ayant effectivement inclus des patients au titre de la santé mentale durant l'expérimentation, ainsi que celles prévoyant d'inclure pour ce motif avant la fin de l'année 2023.

Les données concernant les effectifs de MSPC ont été recueillies depuis la plateforme Maia d'une part, et à partir des données communiquées par la CNRMS (le porteur de l'expérimentation) aux évaluateurs d'autre part. Pour plus de lisibilité, nous avons fait le choix de présenter les chiffres communiqués directement par la CNRMS.

D'après ces données, **au 1^{er} septembre 2023, 4 MSPC prévoient leurs premières inclusions entre septembre et novembre 2023, 45 sont en activité, et 3 ont fermé durant l'expérimentation.**

L'objectif de MSPC à atteindre était de 58 dans le premier CdC publié en janvier 2021, puis a été diminué à 50 dans le second CdC publié en août 2022 après une année d'expérimentation. Si l'objectif est globalement atteint, nous pouvons noter que la région GE a dépassé ses objectifs d'ouverture (33 ouvertures versus 25 prévus dans les deux CdC) et les HdF n'ont pas atteint leur objectif de 6 MSPC lancés (objectif diminué de moitié lors de la seconde publication du CdC).



	BFC	GE	IdF	HdF	Occ	PACA	Total
Effectifs de MSPC constituées	3	33	6	1	5	4	52
<i>Dont ayant fermé</i>	0	3	0	0	0	0	3
<i>Dont n'incluant pas encore</i>	0	2	0	1	1	0	4
MSPC en activité*	3	28	6	0	4	4	45
Ancienneté moyenne, en mois**	8	97	36	NA	5	81	45
<i>Soit en années</i>	<i>< 1 an</i>	8	3	NA	<i>< 1 an</i>	7	3,8
Ancienneté moyenne dans l'expérimentation, en mois**	8	15	22	NA	5	21	15***
<i>Soit en années</i>	<i>< 1 an</i>	1,3	1,9	NA	<i>< 1 an</i>	1,7	1,3***

* Ayant inclus des patients avant le 01/09/2023 et n'ayant pas fermé durant l'expérimentation.
** Moyenne des MSPC en activité, en comptant depuis la date de la première inclusion.
*** Moyenne calculée sur l'ensemble des MSPC en activité.

Tableau 3. Effectifs de MSPC ouvertes au 01/09/2023 d'après les données d'activité de la CNRMS

Ce sont les régions où les MS étaient déjà implantées avant l'expérimentation qui comptent le plus de MSPC en activité, et où les MSPC sont les plus anciennes : le temps nécessaire à la constitution de nouveaux réseaux de MS explique les effectifs plus réduits en BFC et en Occitanie. En PACA, on peut supposer que l'histoire récente des MSMA, qui a justifié un refus de l'ARS de participer à Equip'addict, a pu également ralentir la mobilisation du réseau existant de MS.

3. Effectifs de patients inclus

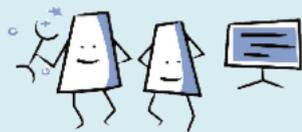
L'objectif initial, défini dans le CdC, était d'arriver de constituer une file active de 1451 patients au terme de 3 années d'expérimentation.

Si l'objectif de MSPC en activité a été atteint, leur montée en charge a été plus lente que prévu. Les données transmises aux évaluateurs suggèrent que ces objectifs étaient probablement trop ambitieux : l'estimation la plus haute des effectifs de patients inclus, issue des données d'activité de la CNRMS, compte **708 patients suivis au 1^{er} décembre 2023, soit 49 % des objectifs fixés en 2022 à 2 mois de la fin d'expérimentation et des inclusions.**

73 patients ont quitté l'expérimentation. Au total, les MSPC ont facturé au moins un forfait pour 781 patients différents au 1^{er} décembre 2023.

Plusieurs sources de données devaient être mobilisées pour analyser les effectifs de patients inclus : les données de facturation, les fichiers de contrôle des EMS et des SSP porteuses, la base Maia et les données d'activité communiquées par la CNRMS. Toutefois, les données de facturation sont trop lacunaires pour être analysées : seuls 72 forfaits y apparaissent. Les fichiers de contrôle, quant à eux, sont inexistant. **Ce sont donc les données issues de la plateforme Maia transmises aux évaluateurs (en mai 2023 sur 481 patients) et leur actualisation au 01/09/2023 communiquée par la CNRMS (sur 648 patients, soit 83% des 781 inclusions faites au 1^{er} décembre 2023 ou 92% de la file active constituée de 708 patients au 1^{er} décembre 2023) qui ont été analysées.**

MAIA reposant sur la déclaration des professionnels des MSPC, il est très probable que ces chiffres d'inclusion soient en-deçà des inclusions réellement assurées par les MSPC au 01/09/2023. Cependant, il n'est pas possible d'estimer



le taux de données manquantes. Aucune donnée de patients suivis dans les HdF n'apparaissait par exemple dans le premier jeu de données. Il reste cependant une incertitude sur la saisie des exclusions, au regard du faible taux de remplissage des autres items, où on compte en général autour de 80 % de données manquantes.

Cela dit, les disparités régionales observées dans Maia semblent concordantes avec les autres données à disposition. Ainsi, d'après le premier jeu de données de mai 2023 sur 481 patients, le GE compte plus de 47 % des patients inclus pour l'indication santé mentale. Mais c'est aussi la région qui compte le plus de MSPC en activité : on remarque que ce ne sont pas les MSPC du GE qui incluent le plus de patients pour santé mentale par MS :

	BFC	GE	IdF	Occ	PACA	Total
Patients inclus	46	230	89	31	85	481
<i>% de l'effectif total</i>	10 %	48 %	19 %	6 %	18 %	100 %
Nombre de MSPC	3	29	6	3	4	45
Patients / MS	14	8	15	10	21	11

Tableau 4. Effectifs de patients inclus d'après la base Maia (2021-S1 2023)

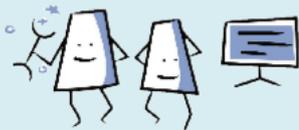
On remarque en outre des disparités régionales concernant les rythmes d'inclusion, qui s'expliquent par des dynamiques de création des MSPC différentes :

	2021	2022	2023 (S1)
BFC	0	2	44
<i>Répartition des inclusions (%)</i>	0 %	4 %	96 %
GE	52	94	84
<i>Répartition des inclusions (%)</i>	23 %	41 %	37 %
IdF	53	31	5
<i>Répartition des inclusions (%)</i>	60 %	35 %	6 %
Occ	0	8	23
<i>Répartition des inclusions (%)</i>	0 %	26 %	74 %
PACA	34	22	29
<i>Répartition des inclusions (%)</i>	40 %	26 %	34 %
Total	139	157	185
<i>Répartition des inclusions (%)</i>	29 %	33 %	38 %

Tableau 5. Rythmes d'inclusions régionaux d'après la base Maia

Au niveau national, on voit une accélération des inclusions, imputable à une montée en charge des MSPC. Mais dans les régions, les rythmes d'inclusion suivent des logiques assez disparates :

- En BFC et en Occitanie, les rythmes d'inclusions se sont accélérés au début de l'année 2023 ; ceci s'explique probablement par la lenteur relative de la constitution des MSPC, conséquence du choix de séparer l'expérimentation MSPC de l'expérimentation Equip'addict.
- En région PACA et dans le GE, les rythmes ont été relativement stables, avec une remontée des inclusions en 2023 pour PACA, et une légère baisse dans le GE.
- En IdF, le ralentissement des inclusions est très prononcé sur l'ensemble de la période. Dans cette région, les inclusions ont évolué selon une courbe en



cloche : les médecins ont identifié des patients à inclure pendant l'élaboration du projet, d'où une croissance rapide des inclusions. Une fois que la MS a accueilli tous les patients repérés par les médecins, les inclusions ont très vite ralenti ; cette décroissance a été encore plus prononcée dans les structures de soins primaires où les médecins ne prenaient plus de nouveaux patients.

Selon les données agrégées transmises par la CNRMS 781 patients différents ont été inclus en MSPC depuis le début de l'expérimentation en février 2021 jusqu'au 1^{er} décembre 2023, avec 73 sorties d'expérimentation. Les chiffres communiqués ne permettent pas de connaître les files actives des MSPC.

Ci-dessous la répartition par région au 1^{er} septembre 2023 :

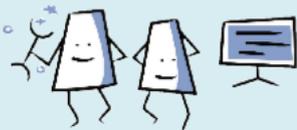
	BFC	GE	HdF	IdF	Occ	PACA	Total
Patients inclus par l'ensemble des MSPC ayant participé à l'expérimentation							
Effectifs	65	305	0	96	79	103	648
<i>% de l'effectif total</i>	<i>10 %</i>	<i>47 %</i>	<i>0 %</i>	<i>15 %</i>	<i>12 %</i>	<i>16 %</i>	<i>100 %</i>
Patients inclus par les MSPC en activité* au 01/09/2023							
Effectifs	65	300	NA	96	79	103	643
Patients / MS	22	11	NA	16	20	26	14 ^{***}
Inclusions par mois / MSPC**	2,8	1,1	NA	0,7	5,0	1,9	1,6^{***}
<p>* N'ayant pas fermé durant l'expérimentation et ayant déjà inclus des patients. ** En ramenant le nombre de patients à la durée d'activité effective des MSPC dans l'expérimentation (cette durée est calculée à partir des dates des premières inclusions). *** Moyenne calculée sur l'ensemble des MSPC en activité.</p>							

Tableau 6. Effectifs de patients inclus en MSPC d'après les données d'activité de la CNRMS au 1^{er} septembre 2023

Les trois MSPC du GE ayant fermé durant l'expérimentation étaient des MS mixtes, hébergées dans des cabinets individuels. Leur fermeture correspond au départ à la retraite des médecins généralistes. Ces fermetures ayant pu être anticipées par les acteurs intervenant dans les MS concernées, nous avons estimé que les inclusions de patients n'ont pas suivi la même logique que pour les autres MSPC, où la question de la montée en charge pouvait se poser. D'où leur nombre très faible d'inclusions (5 patients en tout, pour les 3 MS concernées), et le choix de les exclure des calculs des effectifs de patients inclus par mois et par MS.

On remarque que les MSPC qui ont le taux d'inclusion par mois le plus élevé sont celles des régions qui ont séparé les deux expérimentations. Plusieurs hypothèses, non exclusives les unes des autres, peuvent expliquer cette observation :

- La première hypothèse concerne les rythmes d'inclusions, qui peuvent être très soutenus dans les premiers mois d'existence de la MS : les acteurs ont identifié des patients à inclure durant l'élaboration du projet, et ont également besoin de garantir la soutenabilité de la MS, ce qui peut les inciter à chercher activement des patients à inclure. On peut imaginer qu'une fois que les MS sont pleines, le rythme des inclusions ralentit jusqu'à ce que des places se libèrent.
- A ce rythme « naturel » des inclusions, pourrait s'ajouter l'impossibilité de mutualiser les ressources avec Equip'addict, et la non-concurrence avec les patients relevant de l'addiction ou de la précarité dans les MS mixtes.



- Enfin, les équipes étant entièrement concentrées sur la santé mentale, le risque qu'elles se sentent moins compétentes sur les questions de santé mentale élargie que les questions d'addiction ou de précarité peut s'amoinrir avec le temps.

En effet, le GE, l'IdF et la région PACA, où les MS étaient déjà implantées avant l'expérimentation, sont les régions où les MS incluent peu de nouveaux patients pour le motif « santé mentale ». On peut y voir des contraintes de sentier⁴ : en PACA et dans le GE, les MS étaient développées autour de la prise en charge de patients présentant des conduites addictives, tandis que l'IdF prenait en charge des patients pour des motifs de précarité.

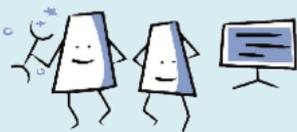
- Une première contrainte serait dans l'habitude des médecins d'orienter pour ces motifs en priorité, les questions de santé mentale apparaissant comme des conséquences des addictions et de la précarité. Ils auraient moins l'habitude de détecter des troubles psychiques en dehors de ces problématiques.
- Une autre contrainte, non négligeable, serait logée dans la taille des files actives et la disponibilité des professionnels déjà impliqués dans Equip'addict. Si l'activité des MS mixtes est déjà orientée vers des patients souffrant de conduites addictives ou de problèmes liés à la précarité socio-économique, le temps disponible pour des inclusions au motif « santé mentale » est comparativement réduit.

Les difficultés à recruter des professionnels pour intervenir en MSPC expliquent également la lenteur des inclusions, en particulier en IdF, où aucun intervenant social n'a pu être recruté pour MSPC dans un contexte de rareté globale de cette ressource. De plus, les psychologues recrutés en Seine-Saint-Denis intervenaient déjà en MSMA, à mi-temps. Pour MSPC, leur temps de travail a été augmenté à 80 %, dont 10 % de temps dédié à la FIR.⁵ En somme, les psychologues des MS mixtes de Seine-Saint-Denis ont un temps de travail limité à consacrer aux patients inclus pour le motif « santé mentale », ce qui peut inciter les médecins à privilégier l'inclusion de patients pour d'autres motifs.

Enfin, les objectifs d'inclusion des deux cahiers des charges publiés reposaient notamment sur des projections définies concernant le nombre de MSPC qu'il était possible d'ouvrir sur la durée de l'expérimentation, détaillées dans le tableau suivant :

⁴ Concept développé par les économistes Richard Nelson et Sidney Winter dans *Une théorie évolutionniste du changement économique* (1982), les « contraintes de sentier » correspondent aux éléments de l'histoire et de l'environnement d'une organisation qui déterminent son évolution, notamment l'évolution de son activité.

⁵ Temps de Formation, d'Information et de Recherche.



	BFC	GE	IdF	HdF	Occ	PACA	Total
Effectifs de MSPC (données CNRMS)	3	30	6	1	5	4	49
<i>Dont premières inclusions prévues après septembre 2023</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>4</i>
Projection du CdC de janvier 2021	8	25	8	12	NA	5	58
Projection du CdC d'août 2022	3	25	6	6	5	5	50
Atteinte des objectifs du 1er CdC	38 %	120 %	75 %	8 %	NA	80 %	84 %
Atteinte des objectifs du 2nd CdC	100 %	120 %	100 %	17 %	100 %	80 %	98 %

Tableau 7. Ecart entre les projections du CdC et les effectifs de MSPC

Entre les deux publications du CdC, il a été décidé de diminuer l'objectif à atteindre de 8 MSPC globalement (en prenant en compte l'intégration de l'Occitanie). Le GE a été plus facile à mobiliser que prévu, et l'Occitanie a rejoint l'expérimentation plus tard. Mais on remarque de plus forts écarts entre les prévisions présentées dans le CdC et ce qui a pu être fait, notamment en BFC et dans les HdF. Il faut comprendre ces écarts en lien avec la question de la construction en amont du projet, qui a probablement été manquante, dans un contexte assez différent d'Equip'addict concernant le pilotage. En effet, la CNRMS ne disposant pas des ressources des ARS pour prospecter et appuyer la mise en place des MSPC, elle s'est retrouvée dépendante de leur stratégie de déploiement de MS d'une part et de leur disponibilité limitée en période Covid d'autre part, ce qui a rendu le déploiement des MSPC compliqué lorsque l'ARS des HdF, notamment, a refusé de participer à l'expérimentation.

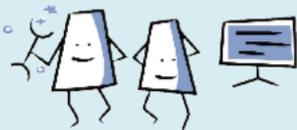
En conséquence, une partie des MSPC prévues n'a pas pu ouvrir, ce qui explique que l'objectif de patients inclus au terme de l'expérimentation n'ait pas été atteint.

4. Fonctionnement des MSPC

La qualité de fonctionnement des MSPC correspond à leur capacité à travailler en équipe, et à offrir une prise en charge pluriprofessionnelle des patients atteints de troubles psychiques. Pour en rendre compte, nous avons retenu trois aspects communs avec Equip'addict : la pertinence des orientations, l'organisation des RCP, et enfin les modalités d'implication des médecins, des psychologues et des intervenants sociaux. A ces dimensions communes aux deux rapports d'évaluation, s'ajoute une singularité du projet MSPC : l'intervention du psychiatre, en principe systématique, dans les MS. Cette dimension supplémentaire interroge les freins et les leviers du fonctionnement des équipes dans cette nouvelles configuration.

4.1. Appropriation du format d'intervention

La spécificité du dispositif MSPC tient dans l'ajout d'un membre au triptyque « minimal » de la MS : le psychiatre. Historiquement, le concept de MS n'est pas tant défini par un mode de fonctionnement fixe, mais par un ensemble de principes caractérisant la spécificité de la prise en charge en MS (Melenotte et al., 2016). Une définition normative des MS et de leur fonctionnement peut en effet reposer sur cinq principes (Ibid.) :

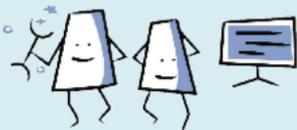


1. Une équipe pluriprofessionnelle, composée au minimum d'un médecin généraliste, d'un psychologue et d'un intervenant social, organise son activité autour de la prise en charge des patients.
2. Les compétences des professionnels intervenant dans la prise en charge sont mises en équivalence, non hiérarchisées *a priori*, ce qui permet d'identifier, pour chaque patient, un protocole de soin spécifique à sa situation. Par exemple, un patient sans-abri présentant des troubles psychiques liés à l'utilisation de substances psychoactives pourra être pris en charge prioritairement sur la question du logement : la stabilisation de la situation sociale peut être nécessaire au traitement psychique et somatique.
3. La MS est logée physiquement dans un seul lieu, au cabinet du médecin généraliste. Cela permet à la fois de garantir l'anonymat des patients suivis en MS, et de définir l'identité de la MS.
4. Les suivis des patients sont réguliers, organisés selon des plages horaires fixes.
5. L'équipe se réunit mensuellement pour traiter des stratégies thérapeutiques à adopter pour les patients suivis.

Autrement dit, la MS correspond à un ensemble de principes devant permettre une prise en charge au plus près des besoins des patients. De ce point de vue, l'intégration du psychiatre à l'équipe « minimale » de la MS ne pose pas de problème en théorie. Toutefois, le CdC de l'expérimentation MSPC lui attribue un rôle différent de celui des autres professionnels impliqués dans la MS : son temps de consultation n'est pas hebdomadaire mais mensuel (2 heures par mois), et sa participation aux RCP comporte une dimension d'expertise spécifique, d'orientation des pratiques des professionnels, qui semble entrer en contradiction avec le principe de mise en équivalence des compétences. Il s'agit alors de savoir comment, sur le terrain, les acteurs des MSPC construisent la coordination dans cette configuration singulière.

Dans les MSPC où aucun psychiatre n'a pu être recruté, qui constituent la majorité des MSPC en activité, il va de soi que la question ne se pose pas. On repère un fonctionnement similaire à ce qui peut être observé dans les MS addiction d'Equip'addict, avec un point d'attention supplémentaire : en IdF, notamment, ce sont les psychologues qui se chargent de faire le lien avec les structures psychiatriques et médico-sociales quand il y a un besoin, pour un patient, de construire un parcours de soin en dehors de la MSPC. Or, même s'ils peuvent parfois compter sur leurs réseaux professionnels, cette charge supplémentaire, théoriquement dévolue aux psychiatres, peut représenter un risque d'épuisement pour les psychologues. **En effet, les entretiens ont été l'occasion pour les professionnels de signaler la lourdeur de la charge associée au besoin d'organiser les parcours de patients avec des acteurs qu'ils n'ont pas l'habitude de solliciter, parfois dans des contextes d'urgence, lorsqu'ils sont issus du secteur addictologique et qu'ils doivent construire de la coordination avec le secteur psychiatrique.**

Lorsque les MS mixtes bénéficient de l'appui d'un psychiatre, celui-ci peut se faire relai auprès des structures de soin psychiatrique plus facilement. Par ailleurs, les psychiatres peuvent éventuellement proposer des consultations à certains patients. Le sens de ces consultations varie cependant d'une MS à l'autre. Cette variation correspond à des histoires locales spécifiques : les MS mixtes qui ont pu recruter des



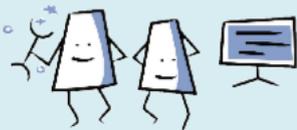
psychiatres sont principalement implantées en région PACA et en Alsace, là où l'intervention de psychiatres en MS préexistait à l'expérimentation.

- En région PACA, le psychiatre fait principalement des évaluations, éventuellement des suivis, pour des patients dont les pathologies mettent en difficulté les équipes. Toutefois, les consultations avec les patients ne constituent pas la demande principale des équipes. Il n'intervient que si les équipes sont en difficulté, et avec l'accord du patient, qui peut s'avérer réticent à la rencontrer. Leur mission principale revient pour l'essentiel à faire le lien avec des structures médicales ou médico-sociales en vue d'une réorientation hors MS, et d'apporter une expertise rassurante pour les équipes, concernant soit le parcours de prise en charge, soit les traitements. Au demeurant, cette fonction tend à se confondre avec celle du coordinateur médical, psychiatre également, et qui assure les mêmes missions.
- En Alsace, la fonction du psychiatre des MS semble mieux délimitée. Les psychiatres assurent des consultations pour les patients que les médecins généralistes n'arrivent pas à envoyer en CMP, participent aux RCP, peuvent éventuellement mobiliser leurs réseaux pour faciliter l'orientation des patients hors de la MS. Ce rôle est plus conforme à la façon dont l'intervention du psychiatre est cadrée dans le CdC, mais cela s'explique principalement par les liens historiques entre la CNRMS et le réseau de MS alsacien : dans le CdC, le rôle du psychiatre a été défini depuis l'existant.

En raison de la constitution tardive des MSPC en Occitanie et en BFC, il n'a pas été possible d'analyser le fonctionnement des MSPC non mixtes. Dans ces MSPC, les psychiatres et psychologues recrutés exerçaient majoritairement en libéral. On peut supposer que cela les éloigne des structures psychiatriques, et s'interroger sur la capacité de ces MSPC à construire des réseaux de coordination durables avec celles-ci, mais les données qualitatives ne permettent pas de se prononcer sur ce point.

De l'analyse des données qualitatives, il ressort que les psychiatres assument principalement un rôle de coordination des équipes. Leur implication dans les soins, quoique cruciale pour les équipes qui en bénéficient, est moins directe que celles des autres professionnels, et moins régulière auprès des patients. Il n'y a pas là de quoi repérer un dysfonctionnement : au contraire, cette modalité d'intervention est relativement similaire à l'organisation des soins dans les structures médicales et médico-sociales de la santé mentale. Par ailleurs, elle semble adaptée à la faible démographie de psychiatres.

Toutefois, la fonction du psychiatre semble parfois redondante avec celle des coordinateurs médicaux, en PACA principalement. Par conséquent, on peut s'interroger sur la nécessité de recruter des psychiatres dans les équipes des MSPC, en particulier dans un contexte où leur recrutement est compliqué. On peut alors trouver un intérêt à repenser l'intervention du psychiatre en MSPC. Il serait question de fusionner le rôle de coordinateur médical et le rôle de psychiatre en MSPC, à condition de choisir une échelle pertinente d'intervention des coordinateurs médicaux. Au regard des données qualitatives, le nombre d'environ 5 MS par psychiatre semble raisonnable.



4.2. Pertinence des orientations

Si les rythmes d'inclusion vus précédemment restent de bons indicateurs de la qualité de fonctionnement des MSPC, il importe également d'évaluer la pertinence des inclusions. Les patients concernés relèvent-ils bien d'une prise en charge en MSPC et sont-ils orientés vers le professionnel adéquat ?

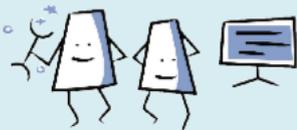
Les entretiens et les études de cas montrent que les inclusions sont considérées comme globalement pertinentes par l'ensemble des acteurs interrogés. Dans une majorité de cas, la décision d'inclure un patient est prise de manière autonome par le MG, sans qu'il n'y ait de discussion préalable avec les professionnels. Toutefois, au sein de certaines MS, les médecins consultent les professionnels, de manière ponctuelle ou plus fréquemment suivant les structures. Cette approche collaborative permet d'évaluer collectivement la pertinence de l'inclusion. L'avis des professionnels sur un cas peut être recueilli de manière informelle, ou abordé de manière plus formelle lorsque la décision d'admettre un patient est discutée dans le cadre des RCP.

Les MG et les professionnels rencontrent régulièrement des cas où les patients ont des troubles psychiques, développent des conduites addictives, et se retrouvent dans des situations précaires, parfois extrêmes. Ces situations complexes posent le problème de dégager un motif d'inclusion précis et spécifique. Dans les structures où le choix du motif d'inclusion est discuté collectivement, les études de cas révèlent que les MG et les professionnels mobilisent deux critères distincts :

- Le premier critère évalue la gravité des différentes problématiques/pathologies auxquelles le patient est confronté, en établissant une hiérarchie basée sur leur impact sur la vie du patient. Les MG et les professionnels s'efforcent d'identifier le problème prédominant. Le motif d'inclusion est déterminé par les effets jugés les plus importants et les plus graves sur la vie du patient.
- Le deuxième critère mobilisé consiste à prendre en compte les antécédents médicaux du patient. Les MG et les professionnels se réfèrent au dossier patient afin d'examiner les consultations et les hospitalisations antérieures. Dans un souci de continuité, le motif d'inclusion correspond aux admissions et aux diagnostics précédemment formulés au sein d'autres structures lors du parcours de santé.

En outre, certains professionnels s'assurent que le patient n'est pas déjà suivi par un psychologue et/ou un travailleur social. Ils privilégient des patients qui ne disposent d'aucune autre solution de prise en charge lorsque l'inclusion est envisagée.

Un déséquilibre des orientations en défaveur des travailleurs sociaux est évoqué par les acteurs. Ce déséquilibre, déjà observé lors de l'étude des MS Equip'addict, semble cependant plus important dans le cadre des MSPC. Les propos des acteurs interrogés soulignent que les MG ne connaissent pas nécessairement l'expertise que les travailleurs sociaux apportent dans la prise en charge de patients atteints de troubles psychiques. Il semble y avoir une perception dominante selon laquelle les questions de santé mentale relèvent exclusivement du domaine médico-psychologique, les aspects médicosociaux étant négligés ou sous-estimés dans leur importance.



Dans les entretiens, la difficulté des médecins à identifier le champ de compétences des intervenants sociaux est souvent évoquée ; elle est renforcée par l'indétermination du terme « intervenant social », qui recouvre des professions et des domaines d'action différents. En outre, les études de cas indiquent que les déséquilibres dans les orientations entre les psychologues et les intervenants sociaux varient surtout en fonction du degré de familiarité des médecins généralistes avec l'action médico-sociales. Ainsi, les MS mixtes qui sollicitent le plus les intervenants sociaux sont celles où les médecins ont une expérience passée ou présente en addictologie ou dans des structures médico-sociales : les MS de Nancy, Busserine et de Saint-Sauveur-en-Puisaye notamment. A Saint-Denis et Bagnolet, les problématiques de précarité de la patientèle sont trop évidentes, et parfois dramatiques, pour être ignorées. A l'inverse, le psychologue et l'intervenant social de la MS d'Hangest-en-Santerre estiment que les médecins sous-estiment les besoins sociaux de leur patientèle. Enfin, d'autres MSPC ont été en incapacité de proposer un suivi social à leurs patients, en raison de l'absence d'intervenant social.

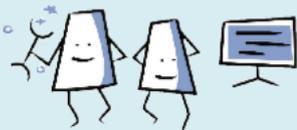
Les nécessités ponctuelles de ré-adressage des patients entre les psychologues et les intervenants sociaux viennent parfois d'une orientation non-pertinente, mais sont dues le plus souvent, d'après les données qualitatives, à la demande des patients. Dans ces cas-là, ces ré-adressages correspondent à deux cas de figure :

- Les patients peuvent associer un stigmate à la consultation d'un psychologue ou d'un travailleur social. Dans ce cas de figure, les médecins orientent les patients vers le professionnel qui leur convient le mieux au premier abord, afin que ce professionnel encourage le patient à consulter l'autre.
- Les patients identifient une problématique principale avec leur médecin généraliste, et peuvent alors décider qu'ils ne verront que le psychologue ou l'intervenant social. Au fil des consultations, le professionnel s'aperçoit que le patient pourrait bénéficier d'un accompagnement complémentaire, et lui suggère de consulter l'autre professionnel également.

Malgré une co-occurrence importante entre troubles psychiques et conduites addictives qui comme nous l'avons vu, pose la question de l'orientation des patients, dans l'ensemble les professionnels estiment que les prises en charge au sein des MSPC s'avèrent pertinentes et qu'elles répondent à de réels besoins chez les patients. Ainsi, 81% des médecins interrogés lors de l'enquête de satisfaction considèrent que la microstructure permet d'améliorer la qualité de vie des patients ou de leur entourage.

4.3. Organisation des RCP

Les RCP constituent le principal vecteur de pluriprofessionnalité au sein des microstructures. Les données qualitatives rendent compte de la difficulté à les organiser, malgré une indéniable reconnaissance de leur intérêt par les MG et les professionnels. L'impossibilité des médecins de dégager suffisamment de temps constitue le principal frein à leur mise en place. Comme pour les MS Equip'addict, lorsque les équipes se trouvent dans l'incapacité d'organiser des RCP, les échanges s'opèrent alors de manière informelle lors de temps interstitiels.



Les observations et les études de cas donnent à voir que les RCP se déroulent de manière très informelle, même lorsqu'elles ont lieu régulièrement. Les professionnels n'utilisent pas et ne semblent pas connaître, les méthodes de conduites des RCP. Celles-ci s'apparentent à des discussions libres autour de cas choisis pour leur nouveauté ou leur complexité. En raison de la très forte similarité avec Equip'addict sur ce point, nous présentons une analyse plus détaillée de ces problématiques en annexe.

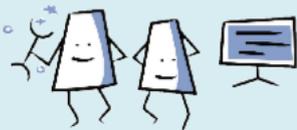
4.4. Implication des médecins généralistes

Là encore, l'analyse qualitative concorde avec les résultats d'Equip'addict, que nous rappelons en annexe. Rappelons toutefois que les MSPC constituent un dispositif d'appui aux médecins traitants. Les médecins qui ont accepté de répondre et/ou de nous rencontrer sont généralement ceux qui s'investissent le plus au sein des MSPC. Ces médecins incluent des patients, participent aux RCP, échangent avec les psychologues et les travailleurs sociaux, ont à cœur de travailler en équipe, et de proposer des prises en charge intégrées.

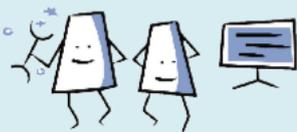
En revanche, certaines données révèlent des MSPC au fonctionnement moins satisfaisant, avec des MG qui conçoivent davantage la MS comme un moyen de déléguer la prise en charge de patients ayant des troubles psychiques. Ainsi, l'enquête de satisfaction montre que 56% des MG considèrent que la MSPC, les aide à se recentrer sur les autres pathologies. Dans la mesure où l'objectif de la MS est de rétablir l'équilibre entre santé mentale et somatique dans la prise en charge des patients, on peut se demander ce que signifie le fait que 44 % des médecins interrogés n'estiment pas que la MS les aide à se recentrer sur les autres pathologies des patients :

- Cela peut être parce que, malgré l'appui de la MS, la problématique de santé mentale des patients reste centrale lors des consultations médicales et continue d'empêcher le médecin généraliste de se recentrer sur les autres pathologies des patients. Il est possible que l'absence de psychiatres dans la plupart des MSPC accentue ce problème.
- Ou parce que la problématique de santé mentale est la seule identifiée par les médecins, qui ne dépistent pas de comorbidités. Dans ce cas de figure, loin de constituer un dispositif de collaboration pluriprofessionnel, la MS permet aux médecins de se décharger de certains patients dont les pathologies sont perçues comme éloignées de leur domaine de compétence, sans qu'il n'y ait de réelle collaboration avec les professionnels. Le fonctionnement des MSPC s'apparente alors davantage à des consultations avancées de CMP ou à des permanences troubles psychiques. Le même phénomène a été observé au sein de MS addiction.

Malgré les difficultés rencontrées, les professionnels font état de l'intérêt qu'ils portent au dispositif des microstructures. La polyvalence et la souplesse des MS étant perçue comme une de leur principale force, et ce d'autant plus que la complexité de certains cas rend difficile une approche sectorielle. A ce sujet, il importe de rappeler que 93% des structures au sein desquelles les acteurs ont été interrogés et les études de cas effectuées, sont engagées à la fois dans les dispositifs Post-Covid et Equip'addict.



Dans certaines régions, les acteurs font état de discours de l'ARS participant à décourager cette polyvalence, celle-ci ne souhaitant pas que les budgets alloués au dispositif Equip'addict ne servent à financer les prises en charge de patients relevant du secteur de la santé mentale. Les discours de l'ARS apparaissent comme manquants de cohérence pour les acteurs de terrain. **L'institution promeut la transversalité d'une part, tout en veillant à un fonctionnement budgétaire très cloisonné d'autre part. Reprenant les recommandations effectuées dans le cadre des MS Equip'addict, on peut supposer que la mise en place d'un forfait généraliste, qui ne soit pas affilié à la prise de charge d'un public spécifique, pourrait être une solution satisfaisante à la fois pour les ARS et pour les acteurs de terrain.**



II. Efficacité

SYNTHESE DES RESULTATS CLES

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

- **Les femmes représentent les trois quarts des patients en MSPC.** La sur-représentation de femmes incluses pour le motif de santé mentale en MS s'explique probablement par des différences genrées dans l'expression du mal-être, les hommes présentant plus souvent des conduites addictives, et les femmes plus souvent des troubles de l'humeur et des troubles anxieux.

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

- 21 psychologues et 22 intervenants sociaux exercent en MSPC, ainsi que 125 médecins généralistes. 3 psychiatres interviennent dans les MS de la région PACA et 4 en Alsace.
- **La formation des professionnels intervenant en MSPC passe principalement par les RCP**, car les sessions de formation de la CNRMS sont insuffisantes pour l'assurer.
- Expérience et satisfaction des professionnels très positives et des résultats convergents avec l'enquête qualitative sur le modèle organisationnel de la MSPC. Plus de 80% souhaitent poursuivre leur exercice en MSPC au-delà de l'expérimentation A51.

Les patients sont satisfaits de la prise en charge en MS, estimant qu'elle permet un meilleur accès aux soins, et une amélioration de leur qualité de vie.

Pour évaluer l'efficacité du dispositif MSPC, nous nous référons aux objectifs définis dans le CdC, et en particulier à l'objectif général : « Au sein des microstructures médicales existantes, assurer une prise en charge de proximité et de qualité de patients affectés somatiquement, psychiquement et socialement par l'épidémie de Covid-19 et/ou le confinement. » Cependant, les entretiens n'ont pas fait ressortir la question de l'épidémie : les acteurs impliqués dans MSPC ne la mentionnent que pour expliquer les retards éventuellement pris dans le calendrier de l'expérimentation. Par conséquent, nous avons choisi de considérer que l'inclusion en MSPC concernait la santé mentale au sens large, et pas seulement les conséquences de l'épidémie et des confinements sur la santé mentale et physique des patients.

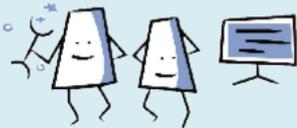
Il est très difficile d'objectiver l'efficacité des prises en charge en MSPC, au regard de la variété des pathologies couvertes par le vocable « santé mentale », et la variabilité des durées de soin. La qualité de l'intervention en MSPC a donc été mesurée à partir d'indicateurs de qualité d'organisation du travail en MSPC, et des retours des professionnels sur leur expérience dans le dispositif.

1. Moyens humains

Les moyens humains alloués à MSPC correspondent aux effectifs de professionnels intervenant en MSPC, et aux moyens qui ont pu être accordés à leur formation.

1.1. Effectifs de professionnels

L'estimation du nombre de professionnels qui ont pu être mobilisés pour intervenir en MSPC prend appui sur plusieurs sources de données, qui n'ont pas toutes été transmises aux évaluateurs à la même période. Les données agrégées par la CNRMS ont été transmises en août 2023, quand les fichiers de contrôle et l'enquête conduite



auprès des EMS porteurs ont été transmis et traités en mai 2023. En outre, les fichiers de contrôle et les retours de l'enquête auprès des EMS sont très incomplets.

Nous n'exploitons pas les fichiers de contrôle, pour deux raisons. Tout d'abord, seuls trois fichiers de contrôle nous ont été retournés. Parmi eux, un seul présente à la fois la possibilité de distinguer Equip'addict et MSPC, et une absence d'anomalie dans la saisie des activités (celui transmis par Proses, EMS porteur des MS de Seine-Saint-Denis). Dans la mesure où les MSPC de Seine-Saint-Denis ont fonctionné sans intervenant social, la faiblesse des données présentables nous semblait aller à l'encontre de toute possibilité d'interprétation.

Les difficultés de recrutement des psychiatres ayant été évoquées précédemment, nous ne revenons pas sur les effectifs de psychiatres ici.

Les données transmises par la CNRMS sur les effectifs de MSPC et de professionnels y intervenant au mois d'août 2023, montrent une répartition globalement équilibrée entre psychologues et intervenants sociaux. Au total, 21 psychologues et 22 intervenants sociaux exercent en MSPC, ainsi que 125 médecins généralistes.

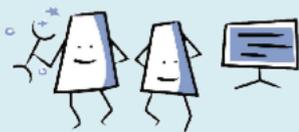
	Psychologues	Intervenants sociaux	Médecins généralistes
BFC	3	3	3
GE	10	12	79
IdF	2	0	23
Occ	4	4	15
PACA	2	3	5
Total	21	22	125

Tableau 8. Effectifs de professionnels dans les 41 MSPC en activité en août 2023

Il est difficile d'estimer les temps de travail effectivement consacrés à l'exercice en MSPC, dans la mesure où ni les données de facturation, ni les fichiers de contrôle disponibles ne sont exploitables. L'enquête conduite auprès des EMS a permis de recueillir des retours de la plupart des porteurs, mais tous n'avaient pas d'idée précise des ETP des professionnels, en particulier lorsque ces professionnels exercent en libéral. Finalement, seules les associations Ithaque (Alsace) et Proses (Seine-Saint-Denis) ont été en mesure de fournir des données précises sur les ETP consacrés aux MSPC.

	Alsace	Seine-S^t-Denis	Total
Psychologues	4	2	6
Nombre moyen de MS	4,5	2	3,67
ETP moyen	0,78	0,2	0,58
ETP moyen par MS	0,17	0,1	0,15
Intervenants sociaux	7	0	7
Nombre moyen de MS	3,14	0	3,14
ETP moyen	0,52	0	0,52
ETP moyen par MS	0,17	0	0,17

Tableau 9. ETP des psychologues et des intervenants sociaux en Alsace et en Seine-Saint-Denis, d'après les retours de l'enquête auprès des EMS



En Alsace, 4 psychologues interviennent en moyenne sur 4,5 MSPC, et les 7 intervenants sociaux interviennent en moyenne dans 3,17 MSPC. Par suite, les psychologues ont donc des temps de travail plus élevés que les intervenants sociaux en MSPC : en moyenne, ils consacrent 0,78 ETP à l'exercice en MSPC, contre 0,52 ETP pour les intervenants sociaux. Les MSPC alsaciennes bénéficient donc en moyenne de l'intervention d'un psychologue à 17 %, et d'un intervenant social à 17 % également.

En Seine-Saint-Denis, où aucun intervenant social n'a pu être recruté, 2 psychologues interviennent chacun sur 2 MSPC à 20 %. Lorsqu'un besoin d'accompagnement social se fait ressentir, les psychologues sollicitent les intervenants sociaux positionnés sur Equip'addict.

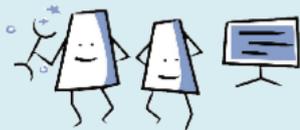
1.2. Formation des professionnels

Le CdC prévoit que les équipes des nouvelles MSPC soient formées avant leur ouverture, afin de les aider à s'approprier le dispositif et à l'opérationnaliser. Or, les enquêtes de satisfaction montrent que 42% des médecins interrogés n'ont pas reçu de formation sur le fonctionnement des MS. Ces chiffres s'expliquent en grande partie par des difficultés logistiques. En effet, les formations proposées par la CNRMS ont lieu en semaine, sur les horaires travaillés des salariés. Une grande partie des médecins exerçant en libéral, les horaires des formations ne correspondent pas à leurs pratiques habituelles.

Par ailleurs, les formations assurées par la CNRMS ont pour l'essentiel porté sur l'utilisation du logiciel Maia, la CNRMS ne disposant pas des ressources humaines pour proposer plus d'expertise en santé mentale.

Intitulé de la formation	Nombre de sessions	Publics destinataires
2022		
Webinaire « Les troubles de l'usage des antalgiques aux opiacés : les repères pour les équipes de soins primaires sont bien diagnostiques et thérapeutiques ? »	1	Tous les acteurs des MS
Formation des équipes au démarrage des MSPC	2	Equipes des MSPC
Formation des équipes à Maia	1	Equipes des MSPC
2023		
Webinaire « Les premières rencontres avec une personne souffrant de troubles psychiques »	2	Tous les acteurs des MS
Présentation de la nouvelle version de Maia aux équipes des MS (anciennes et nouvelles)	12	Equipes des MSPC
Formation au démarrage et échanges de pratiques	3	Equipes des MSPC

Tableau 10. Récapitulatif des formations dispensées par la CNRMS



En tout, 13 formations à l'utilisation du logiciel Maia ont été dispensées par la CNRMS durant l'expérimentation, contre 5 formations au démarrage des MSPC, et 3 formations portant spécifiquement sur la prise en charge clinique en MSMA et en MSPC. En l'absence de coordinateurs médicaux pour assurer la formation des professionnels dans une grande partie des territoires, on peut estimer que la formation des équipes demeure sommaire, en particulier pour les équipes qui n'ont pas pu compter sur les ressources d'Equip'addict (MSPC non mixtes) ou d'une expérience passée en MS.

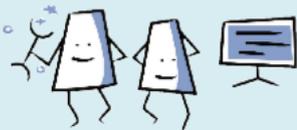
Or, la formation semble cruciale, sur plusieurs points. Tout d'abord, il semble nécessaire de former l'ensemble des professionnels à l'exercice coordonné, et tout particulièrement les professionnels exerçant en libéral, moins habitués à travailler en équipe et probablement moins bien informés sur les rôles des autres professions. Cela étant, il est possible d'imaginer que cette partie de la formation puisse se faire chemin faisant, au fil des RCP.

Mais les RCP ne peuvent pas suffire à apporter la formation nécessaire en santé mentale aux professionnels intervenant en MS, sauf à accepter une formation très lente des acteurs impliqués. Or, d'après un récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur la prise en charge coordonnée des troubles psychiques (Emmanuelli & Schechter, 2019), un des principaux freins à la coordination en santé mentale est logé dans un défaut de formation des professionnels :

- Les médecins généralistes, premiers recours identifiés dans la population générale pour traiter les troubles psychiques légers à modérés, sont peu formés aux spécificités de la santé mentale et prescrivent trop de soins non-pertinents, en s'en tenant trop souvent à la prescription de psychotropes.
- Les psychiatres sont en général formés uniquement aux psychothérapies qu'eux-mêmes sont en mesure de proposer à leur patientèle, mais identifient mal l'ensemble des pratiques et des soins qui peuvent être proposés par les psychologues.

Un dernier point, concernant la formation des psychologues, qui ne pourra pas être pris en charge dans le cadre des MSPC : l'IGAS recommande des changements institutionnels qui dépassent très largement le cadre de l'expérimentation. Mais la création de supports de formation en santé mentale, à destination de l'ensemble des professionnels intervenant en MSPC, semble envisageable. Ainsi, le rapport de l'IGAS mentionne l'expérimentation Article 51 « Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie (DSPP) de Haute-Garonne », dispositif qui consiste à proposer aux médecins généralistes un appui au diagnostic, ainsi qu'une facilitation de l'accès aux soins psychiatriques pour leurs patients souffrant de troubles mentaux fréquents.⁶ Ce « dispositif apprenant » a notamment pour but d'améliorer la formation des médecins généralistes en santé mentale. De façon plus informelle, certains professionnels impliqués dans Equip'addict ont créé des espaces numériques de partage de ressources en addictologie. En prenant exemple sur cette démarche, il semble facile d'imaginer un espace numérique dédié aux questions de santé mentale et à destination de l'ensemble des professionnels de MS.

⁶ Voir la présentation du projet sur le site du ministère : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dspp_arrete_et_cdc.pdf



Ce partage de supports d’autoformation *via* des espaces numériques partagés pourrait venir renforcer les formations déjà proposées par la CNRMS. Par ailleurs, proposer des formations au logiciel Maia accessibles sur un espace numérique permettrait de dégager du temps pour organiser des partages d’expériences supplémentaires : les retours des médecins sur les formations sont assez mitigés dans l’ensemble, et peuvent être critiques de la longueur des temps consacrés à la formation à l’utilisation du logiciel Maia.

2. Profil des patients

Nous disposons de très peu de données pour caractériser le profil des patients : au moment de l’évaluation qualitative, l’expérimentation était encore trop jeune pour obtenir les perceptions des professionnels au sujet des patients inclus en MSPC. Les données issues de la base Maia devaient permettre de dégager des tendances dans les caractéristiques socio-démographiques et les antécédents médicaux des patients, mais dans l’ensemble, elles sont trop lacunaires pour être exploitées.

Il ressort cependant un élément saillant de la base Maia, concernant le genre des patients. En effet, près des trois quarts des patients inclus en MSPC sont des femmes :

Femmes	356	74,01 %
Hommes	124	25,78 %
Autre	1	0,21 %
Total	481	100 %

Tableau 11. Répartition genrée des patients inclus en MSPC d’après la base Maia (2021-2023)

En régions, les proportions de femmes et d’hommes sont assez proches :

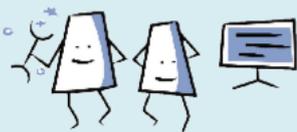
	BFC	GE	IdF	Occ	PACA	Total
Total	46	230	89	31	85	481
Femmes	33 72%	179 78 %	64 72%	24 77%	56 66%	356
Hommes	13 28%	51 22%	25 28%	7 23%	28 33%	124
Autre	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1 %	1

Tableau 12. Répartition genrée des patients inclus en MSPC dans les régions d’après la base Maia (2021-2023)

La répartition genrée des patients en MSPC ne correspond pas à ce qui s’observe dans les soins psychiatriques, où la proportion d’hommes et de femmes est équilibrée. Dès lors, on peut s’interroger sur les raisons pour lesquelles les équipes des MSPC incluent les femmes dans des proportions aussi importantes.

Une première façon d’expliquer cet écart serait logée dans la répartition genrée du recours au médecin généraliste, plus fréquent chez les femmes.⁷ Une autre hypothèse concernerait le type de pathologies prises en charge en MSPC : sans pouvoir l’affirmer

⁷ Voir notamment le rapport Insee « Santé et recours aux soins – Femmes et hommes, l’égalité en question », 2022, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047751?sommaire=6047805>



avec certitude (car les données Maia sont manquantes sur ce point), on peut supposer que les troubles psychiques les plus fréquemment détectés chez les patients inclus en MSPC sont des troubles de l'humeur et des troubles anxieux et névrotiques, comme semblent l'indiquer les résultats de l'enquête de satisfaction auprès des médecins :

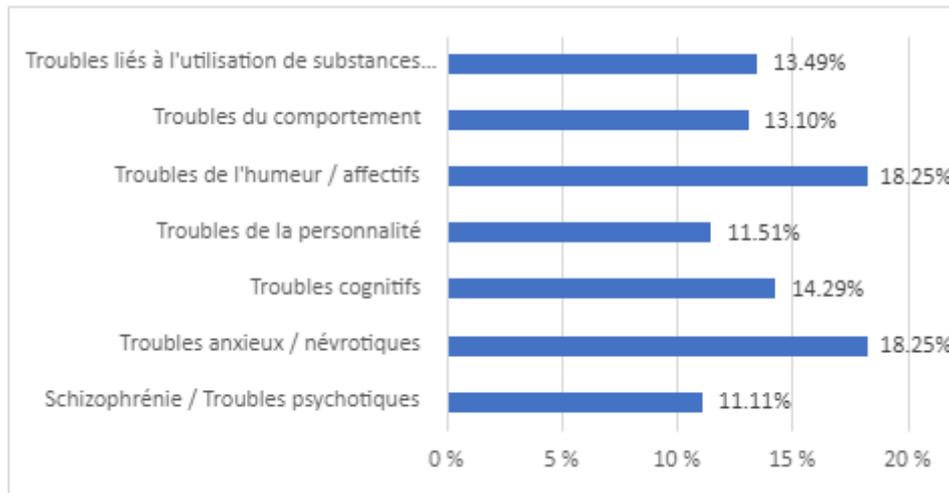
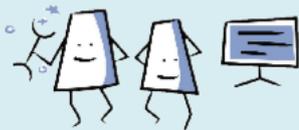


Figure 1. Troubles psychiques les plus repérés par les médecins dans leur patientèle MSPC

Or, ces troubles sont plus souvent diagnostiqués chez les femmes. Ce surdiagnostic féminin peut s'expliquer lui-même de plusieurs façons.

Une première hypothèse porte sur une prévalence plus forte de ces troubles chez les femmes, pour des raisons à la fois biologiques et socio-économiques. Selon une étude, le cycle hormonal féminin prédisposerait les femmes au développement de troubles de l'humeur de troubles anxieux et d'états dépressifs (Lefèvre, Olié, 2022). L'apparition de ces troubles étant également fortement déterminée par des facteurs environnementaux, les conditions d'existence des femmes expliqueraient en grande partie leur propension plus forte à les manifester : comparativement aux hommes, elles sont surexposées au chômage et aux emplois atypiques, aux violences intrafamiliales, aux agressions sexuelles et aux viols, et au foyer, elles sont plus souvent en charge d'un travail domestique invisibilisé et dévalorisé (Lancelevée, Vozari, 2023). Pour autant, leur plus forte tendance à manifester des troubles anxieux, dépressifs et névrotiques ne signifie pas nécessairement que les femmes sont plus touchées par des problèmes de santé mentale que les hommes.

En effet, la forte proportion de femmes dans les patients inclus en MSPC peut se comprendre au regard de l'influence du genre sur les formes d'expression du mal-être : plusieurs études montrent que les modalités d'expression de la souffrance psychique obéissent à des normes incorporées par les hommes et les femmes dès le plus jeune âge. Les diagnostics genrés seraient d'abord liés à des dispositions acquises durant la prime socialisation : les femmes sont plus susceptibles d'exprimer leurs émotions et de demander de l'assistance (Papnikola et al., 2015 ; Alvarez, 2019). Les hommes, à l'inverse, masquent plus fréquemment leurs états émotionnels et les troubles dépressifs, en développant des troubles externalisés tels que des troubles du comportement ou des conduites addictives (Alvarez, 2019). Dans son ouvrage sur l'histoire de la dépression, A. Ehrenberg interprète les différences genrées de l'incidence de la dépression en ces termes : « L'alcoolisme est la manifestation principale de la dépression masculine : les femmes développent des symptômes, les



hommes des comportements. » (1998, p. 178). Son interprétation est concordante avec l'enquête de Cousteaux et Pan Ké Shon (2008), qui montre que les écarts de santé mentale entre les hommes et les femmes correspondent plus à des écarts dans les types de pathologie qui les atteignent, que des inégalités de santé mentale au sens large. Ainsi, là où les femmes sont plus souvent touchées par des risques suicidaires graves et des tentatives de suicide, ainsi que des épisodes dépressifs, les hommes présentent plus de conduites à risques, en particulier des conduites addictives, et d'accès de violence. Ils se suicident également plus que les femmes. Le traitement des données hospitalières fourni par la Drees semble confirmer que cette tendance est durable (Drees, 2022) :

	Ambulatoire		Prise en charge à temps complet ou partiel	
	Homme	Femme	Homme	Femme
Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	1,10	1,50	1,60	1,70
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	7,00	2,80	12,30	5,10
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	13,00	8,30	26,30	16,20
Troubles de l'humeur	10,30	19,10	20,70	37,90
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	14,10	21,20	10,60	15,80
Autres troubles psychiatriques	7,30	7,80	7,00	10,20
Troubles du développement psychologique	6,70	2,30	7,40	2,10
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	8,30	4,30	4,20	2,00
Trouble mental, sans précision	1,00	1,10	0,40	0,40
Facteurs influant sur l'état de santé	15,80	14,40	3,50	2,80
Diagnostics somatiques	4,30	4,40	1,90	2,00
Non renseigné	11,90	12,90	3,60	3,20

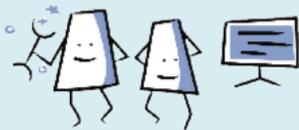
Les diagnostics de prise en charge sont codés par les équipes soignantes à partir de la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé, 10e révision. Des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, en raison des arrondis à une décimale. En 2020, le codage d'un diagnostic principal relatif au Covid-19 est très rare (169 patients, soit 0,04% de l'ensemble des patients). Ce cas n'est donc pas représenté ici.
 Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte), y compris le SSA.
 Source > ATIH, RIM-P 2020, traitements DREES.

Tableau 13. Répartition genrée des diagnostics en psychiatrie en 2020 (Drees)

Les cliniciens peuvent également participer au sous-diagnostic chez les hommes et au surdiagnostic chez les femmes, en étant plus prédisposés à détecter des troubles mentaux chez les patientes que les patients, de par les représentations qu'ils développent concernant l'épidémiologie des troubles mentaux et de leurs prévalences au sein de la population féminine (Alvarez, 2019).

Dans la mesure où la majorité des MS engagées dans l'expérimentation MSPC sont mixtes, on peut supposer que les hommes présentant des troubles psychiques sont plus fréquemment orientés en MSMA qu'en MSPC, pour peu que leurs troubles s'expriment entre autres par des conduites addictives.

A noter que la CNRMS a été sollicitée par l'Institut pour la Recherche en Santé Publique (IReSP) pour étudier la prise en charge des femmes en dispositif spécialisé psychologique, et en MS notamment. Les résultats seront disponibles dans 3 ans. Cette étude devrait clarifier les mécanismes sous-jacents à ce recours féminin important aux MS.



3. Expérience des professionnels

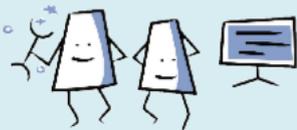
L'expérience et la satisfaction des professionnels du trinôme exerçant en MS a été explorée par une enquête ad hoc diffusé en ligne. **Globalement, les résultats de cette enquête sont très positifs et convergent avec ceux de l'enquête qualitative d'une part, et ses résultats sont très proche des résultats pour Equip'addict d'autre part.**

Au niveau des professionnels psychologues et travailleurs sociaux, 18 questionnaires ont été retournés : 11 de psychologues et 7 de travailleurs sociaux (5 assistants sociaux et 2 éducateurs spécialisés). L'âge moyen des répondants était de 44 ans et l'échantillon était constitué majoritairement de femmes (89%). Parmi ces 18 professionnels, 11 (61%) avaient un exercice salarié.

Ces 18 professionnels intervenaient dans 3 MSPC chacun en moyenne : 8 dans une seule MS, 5 dans 2-3 MS, et 5 dans ≥ 5 MS. 13 ont déclaré une quotité travaillée $< 0,5$ ETP au sein des MSPC et 5 ont déclaré une quotité $\geq 0,5$ ETP (2 à temps plein). 11 (61%) exerçaient en MS mixtes addictions et santé mentale. Enfin, 45% (8) ont rapporté avoir été formés au fonctionnement d'une MS.

Les éléments suivants ont été observés :

- Les troubles anxieux et de l'humeur sont les plus représentés en MSPC.
- Concernant les motifs de sorties de l'expérimentation MSPC, 8 ont indiqué avoir eu des patients perdus de vue (ce qui est très fréquent en addictologie), 7 des sorties positives (évolutions favorables du patient), 5 qu'il s'agissait du souhait du patient et 1 seul pour forfait épuisé (la logique du forfait moyen n'avait donc pas été comprise pour ce professionnel). Finalement, cette logique du forfait moyen qui n'avait pas été comprise initialement par tous n'a pas eu d'incidence majeure sur le déroulé des inclusions et des sorties de l'A51.
- 9 (50%) professionnels ont déclaré n'avoir rencontré aucune difficulté de fonctionnement au sein de leur MS. Les 2 difficultés de fonctionnement les plus exprimées : RCP insuffisamment fréquentes et délais d'attente élevés.
- Une dizaine de professionnels considère que la MS permet aux patients de bénéficier d'un suivi auquel ils n'auraient pu accéder autrement, et de débloquent des situations dans lesquelles les médecins se sentaient impuissants (problèmes psychologiques ou sociaux lourds, orientation impossible vers des structures spécialisées, etc.) ; qu'elle favorise une réduction ou une meilleure maîtrise des conduites addictives et qu'elle permet d'améliorer la qualité de vie des patients ou de soulager leur entourage, même sans évolution de leurs conduites addictives.
- Les 2 avantages principaux de la MS identifiés par 14 et 12 répondants respectivement :
 - o Elles permettent d'accéder à des patients intéressants, qui ne consultent habituellement pas les structures spécialisées ou les professionnels libéraux.
 - o Elles rendent possible une prise en charge réellement pluri-professionnelle.



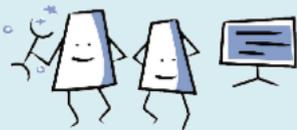
- Les 2 inconvénients à exercer en MS rapportés par 10 répondants :
 - o Le temps nécessaire aux démarches hors-consultation est insuffisamment pris en compte.
 - o Le recueil et transmission des données (pour la facturation, le logiciel Maia, etc.).
- Concernant le modèle de financement, 90% des répondants psychologues considèrent que forfait est insuffisant en l'état. Il est difficile d'établir à ce stade un consensus sur le nombre de consultations idéal. Sur 7/11 psychologues répondants, 4 ont proposé entre 10-15 consultations.
- 16/18 (89%) souhaitent poursuivre leur exercice en MSPC au-delà de l'expérimentation A51.

Au niveau des médecins, 48 médecins de MSPC ont retourné le questionnaire dont 45 exerçant en MS mixtes addictions et santé mentale. Parmi eux, 95% ont déclaré avoir un exercice groupé, soit en MSP (67%), en centre de santé (21%) ou en cabinet de groupe (8%). La distribution entre hommes et femmes était équilibrée dans cet échantillon, et l'âge moyen des répondants était de 44 ans (écart-type de ± 12 ans).

Une minorité (n=4, soit 9%) avait validé un diplôme en addictologie tel un Diplôme (inter)universitaire, un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires, etc. A contrario, 28 (58%) avaient suivi la formation sur le fonctionnement d'une MS.

Les éléments suivants ont été rapportés :

- Les troubles anxieux et de l'humeur, ainsi que les troubles cognitifs sont les plus dépistés au sein de leur patientèle de médecine générale. Un médecin a indiqué faire plus de dépistages depuis son intégration à une MS car cette dernière permet une prise en charge à la suite du dépistage.
- Des difficultés à recourir à une structure spécialisée en santé mentale pour 28 (58%) répondants dans leur pratique lorsqu'une orientation est nécessaire.
- 18 (38%) des médecins répondants ont indiqué ne pas avoir pu inclure tous les patients qu'ils souhaitaient en MSPC pour les motifs principaux suivants : saturation de la MS (n=9), absence de psychologue ou de TS en poste (n=6) et réticences du patient vis-à-vis d'un suivi en MS (n=6).
- 18 (39%) ont déclaré avoir eu la possibilité de contacter un médecin coordinateur pour être conseillé au sujet de certains troubles psychiques, de certaines situations ou de certains patients. Sur ces 18 médecins, 12 l'avaient effectivement sollicité au cours de 6 derniers mois (entre 2 et 7 fois).
- 98% identifiaient une plus-value à la pratique en MS par rapport à leur pratique antérieure, sur les trois points suivants en majorité :
 - o 39 (81%) sur l'amélioration de la qualité de vie des patients ou pour soulager leur entourage, même sans évolution de leurs troubles psychiques.



- 40 (83%) sur le travail en équipe permis par la MSPC, ce qui permet de partager les réussites et les échecs, de rendre la santé mentale moins frustrante ou décourageante.
- Pour 36 (75%), la MSPC débloque des situations dans lesquelles ils se sentaient impuissants (problèmes lourds, orientation impossible vers des structures spécialisées, etc.).
- 81% (39) souhaitent que la MSPC maintienne son existence au-delà de l'expérimentation A51 en l'état et 8 (17%) sous réserve de quelques ajustements.

L'expérience est globalement similaire entre les différents types de professionnels exerçant en MS, reflétant une vision partagée de la MSPC qui a pu se mettre en place.

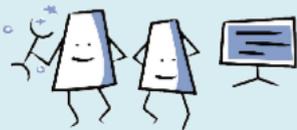
4. Expérience des patients

L'enquête de satisfaction conduite auprès des patients par la CNRMS ne permet pas de distinguer les patients d'Equip'addict et ceux de MSPC ; elle a déjà été analysée dans le rapport d'Equip'addict. La présentation détaillée des résultats de cette enquête est disponible en annexe.

Pour rappel, les principaux points saillants de l'expérience des patients étaient les suivants :

- D'après l'enquête de satisfaction, la MS permet d'accéder à un suivi psychologique et social auquel les patients n'avaient pas eu recours auparavant : avant d'être pris en charge en MS, 61 % des répondants n'avaient jamais vu un psychologue, 78 % n'avaient jamais vu un intervenant social, et 66 % n'avaient jamais vu un psychiatre. La MSPC semble constituer une porte d'entrée dans le soin psychique pertinente.
- Les patients se déclarent très satisfaits de l'intervention des professionnels : 92 % d'entre eux déclarent qu'ils recommanderaient la MS à des personnes dans la même situation qu'eux.
- 87 % des répondants estiment que leur prise en charge en MS a permis une amélioration de leur qualité de vie, notamment en permettant l'amélioration de leur bien-être psychique (65 % des réponses).
- 96 % des répondants estiment que la localisation de la MS est adaptée à leur suivi.

Les entretiens conduits avec les patients sont des entretiens particuliers, puisqu'ils concernent des patients de la région PACA déjà suivis en MS depuis plus de 10 ans, à l'origine pour des problématiques d'addictions, et actuellement pour un suivi de leur santé mentale. Il s'agit de patients en situation de précarité économique et/ou sociale, isolés, qui ont besoin d'une prise en charge pluriprofessionnelle. Les deux patients rencontrés témoignent d'un fort attachement à la MS. Toutefois, il est difficile, à partir de ces deux entretiens, de tirer des enseignements sur la spécificité de la prise en charge en MSPC, dans la mesure où la problématique principale évoquée par les patients restait la problématique addictologique.



III. Efficience

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

- **Le circuit de facturation est sous-optimal du fait des réticences des médecins à la saisie des inclusions dans Maia.** Le développement d'un module intégrable aux logiciels métiers des SSP, ou d'une plateforme dédiée uniquement à cet usage serait une meilleure solution, offrant plus de résilience et d'efficacité.

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

- Les données transmises à l'équipe d'évaluation sont trop lacunaires pour traiter cette question évaluative.

Comme pour Equip'addict, les circuits de facturation sont déterminés par les acteurs qu'ils impliquent, en fonction de la façon dont la coordination administrative a été organisée. Ainsi, la BFC, le GE et l'IdF ont des circuits de facturation communs avec Equip'addict.

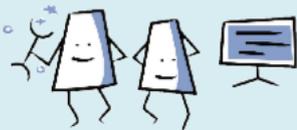
Pour rappel, dans Equip'addict, deux configurations des circuits de facturation se distinguent⁸ :

- Une configuration centralisée en BFC, où la FemaSCo-BFC assure la facturation pour l'ensemble des MS de la région. Elle centralise les données d'inclusion, les saisit sur la plateforme A51 de la CNAM, et reverse les forfaits aux acteurs.
- Dans le GE et en IdF (comme dans les autres régions participant à Equip'addict), la configuration est décentralisée : ce sont les EMS qui assurent la facturation.

Pour MSPC, en PACA, c'est l'association Bus 31/32, EMS porteur des MS, qui gère la facturation. En Occitanie, la FACS s'occupe de saisir les inclusions dans la plateforme A51 de la CNAM, et reverse les forfaits aux professionnels.

De la même façon que pour Equip'addict, aucune de ces deux configurations ne semble plus ou moins pertinente que l'autre. Les deux façons d'organiser la gestion budgétaire semblent efficaces, quoique la gestion centralisée présente l'avantage d'accélérer le processus d'apprentissage nécessaire à la facturation, puisqu'il ne concerne qu'un seul acteur plutôt qu'un réseau d'acteurs. Toutefois, le circuit reste sous-optimal, dans la mesure où l'inclusion des patients doit d'abord se faire dans la plateforme Maia. Car le rejet par les médecins et les professionnels de l'outil Maia s'est fait sentir de manière tout aussi prononcée, sinon plus, que pour Equip'addict. La transmission d'information continue de poser problème, notamment le renseignement des dossiers des patients dans Maia, qui est redondante, d'après les médecins généralistes, avec les dossiers médicaux qu'ils remplissent déjà dans leurs logiciels métiers. A nouveau, on peut suggérer que le développement d'une solution informatique intégrable dans les logiciels métiers des MSP, et accessibles aux intervenants extérieurs, semble la meilleure solution en vue d'une généralisation du dispositif.

⁸ Pour une analyse plus détaillée des circuits de facturation d'Equip'addict, voir le rappel des résultats en annexe.



IV. Reproductibilité

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

- Le dispositif est transférable a priori à d'autres indications, à la condition d'éclaircir le cadre de déploiement.
- Une personne sur deux est atteinte d'un trouble psychique au cours de sa vie en France (Irdes, 2023). **Les MSPC répondent à une demande réelle, tant du côté des soignants que de la population générale.** Elle favorise une prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques ne pouvant ou ne voulant pas être soignés en structures spécialisées.
- **La politique de développement des MS pourrait encore être clarifiée**, en étayant tout d'abord les objectifs prioritaires auxquels doit répondre la création des MSPC.
- En fonction de ces objectifs prioritaires, on pourra opter soit pour une stratégie centralisée et descendante de déploiement du projet, soit pour une stratégie ascendante et décentralisée. *A noter que ces deux démarches ne sont pas exclusives, qu'elles peuvent être complémentaires et mises en œuvres simultanément.*

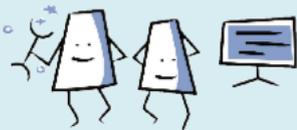
Quels sont les facteurs facilitant ou freinant cette transférabilité ?

- **Le recrutement des psychiatres, des professionnels et des coordinateurs doit être anticipées en amont** de l'ouverture des structures compte tenu des fortes tensions que connaissent les secteurs de la psychiatrie et de l'action sociale.
- **La consolidation de la coordination médicale et administrative, indispensable à un fonctionnement pérenne et efficace des MSPC, doit s'appuyer sur des postes dédiés.** Cela doit être pris en compte dans le modèle économique avec des fonds alloués.
- **La formation des professionnels intervenant en MS demande à être renforcée.** Elle est essentielle afin de garantir le format d'intervention, et la transmission des compétences nécessaires aux professionnels et aux médecins, afin de garantir que les patients souffrant de troubles mentaux reçoivent des soins appropriés.
- **Les partenariats doivent être développés, et davantage formalisés** afin de faciliter l'insertion des MSPC au sein des réseaux de la santé mentale. Les réseaux constituent des ressources importantes pour le recrutement, la formation et les enjeux de continuité des soins.

1. Transférabilité

L'expérimentation MSPC est actuellement conduite dans 6 régions métropolitaines. La diversité du territoire français est relativement bien présentée dans cet échantillon avec des MS implantées dans des grandes villes et dans des territoires ruraux. Les différentes dynamiques régionales ont donné lieu à des différences significatives dans la mise en œuvre des MSPC. En GE, IdF, PACA et dans le département de la Somme en HdF, les MSPC ont été intégrées au sein des MSMA existantes, étendant leur champ d'action à la santé mentale. En BFC et Occitanie, le dispositif Post-Covid a conduit à la création de nouvelles microstructures indépendantes, distinctes de celles qui existaient dans le cadre de l'expérimentation.

Les données qualitatives montrent tout l'intérêt de MS prenant en charge les questions de santé mentale : la demande est forte, du côté des équipes comme du côté des patients, et le format d'intervention semble pertinent aux acteurs impliqués.



L'expérimentation MSPC constitue en elle-même un test de la transférabilité du dispositif des MS addiction à la santé mentale élargie. Par conséquent, avant même d'évaluer la transférabilité du dispositif MSPC à d'autres territoires et d'autres indications, il est nécessaire d'évaluer la maturité du transfert du dispositif MSMA vers la santé mentale. Pour cela, on s'appuie sur le modèle PIET⁹, développé spécifiquement pour identifier des critères de transférabilité des interventions en santé (Schloemer & Schröder-Bäck, 2018). Ce modèle présente l'avantage de proposer une trame adaptable à la spécificité de chaque projet. Il décompose la transférabilité en quatre grandes catégories : la population ciblée par l'intervention (P) ; l'intervention (I), son fonctionnement et son efficacité ; l'environnement de l'expérimentation et l'environnement vers lequel on cherche à transférer l'expérimentation (E), et enfin les conditions nécessaires au transfert et ses modalités (T).

Concernant MSPC, les caractéristiques de la population ciblée ne posent pas de problème fondamental : le dispositif répond à une demande réelle, tant du côté des soignants que de la population générale. Il est pensé pour faciliter l'acceptabilité de la prise en charge auprès des patients, et en principe, il s'adresse à toute personne souffrant de troubles psychiques nécessitant une prise en charge pluriprofessionnelle. L'élargissement à des populations mineures est à discuter selon les possibilités de partenariats sur les territoires des MS, les circuits de prise en charge adultes et pédiatriques étant distincts. Bien que certains dispositifs aient des seuils de prise en charge allant jusqu'à 21 ou 25 ans. Inversement, si le choix d'élargir la prise en charge en MS à des populations mineures était fait, la question des partenariats sera d'autant plus prégnante afin d'assurer des prises en charge de qualité en MS.

Si l'intérêt de l'intervention fait l'unanimité chez les acteurs rencontrés, le contenu de l'intervention, quant à lui, n'est pas encore totalement clarifié. En lien avec le manque de lisibilité des motifs d'inclusion déjà évoqué dans le rapport d'évaluation d'Equip'addict, la question de la typologie des parcours de soin en MS reste ouverte : certaines MSPC sont à même d'organiser des parcours vers des structures extérieures, quand d'autres limitent leurs inclusions aux patients pouvant être entièrement pris en charge au sein de la MS. Cela étant, cette relative indétermination des fonctionnements locaux des MS correspond à leur identité et leur histoire : ce sont des dispositifs pensés pour être adaptables en fonction des besoins des patients identifiés par les équipes pluridisciplinaires.

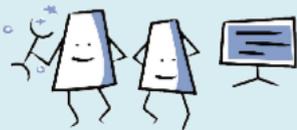
L'environnement et les modalités du transfert sont les deux dimensions du projet MSPC qui restent à creuser.

L'environnement concerne l'adéquation entre l'organisation locale de l'expérimentation, et le contexte politique, institutionnel, organisationnel dans lequel on souhaite la transférer. Le déploiement très disparate des MSPC entre les régions signale que les objectifs concernant l'insertion des MSPC dans l'offre de soin nationale et locale méritent d'être clarifiés :

- Quel est le statut des MSPC dans l'écosystème des soins en santé mentale, quelle complémentarité avec les services existant ?

Le statut des MS à venir garantira dans l'idéal l'autonomie de la MS dans la gestion de ses ressources humaines et de sa comptabilité (facturation, concentration et

⁹ L'acronyme signifie « Population, Intervention, Environnement, Transfert ». Il s'agit des quatre dimensions à évaluer pour déterminer le degré de transférabilité d'une expérimentation.



redistribution des forfaits) d'une part. Il facilitera les conventionnements avec les structures et dispositifs partenaires d'autre part, et garantira l'indépendance de la MS vis-à-vis de la structure de soins primaires qui en est l'hôte. Cette indépendance de la MS doit demeurer une de ses caractéristiques intrinsèques : c'est bien cette indépendance qui permet de proposer une solution externe destinée à soulager les acteurs soins primaires dans le suivi de cas complexes, acteurs qui doivent de facto être soulagés de toute gestion administrative et financière supplémentaire associée au déploiement et à la structuration d'une MS pour la faire vivre et être incités à s'y engager pleinement.

- Quels sont les acteurs en charge de la coordination des MSPC ?

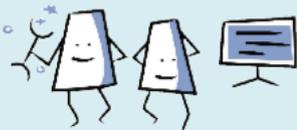
Les conditions du transfert, elles aussi, sont encore en maturation. Elles recouvrent cinq critères généraux :

1. Les **stratégies d'implémentation du dispositif** : elles sont bien établies et efficaces pour impliquer des patients. Elles manquent encore de clarté concernant le recrutement de professionnels et de coordinateurs, notamment parce que l'identification des freins et des leviers à ce recrutement n'a pas été faite en amont.
2. Conséquemment, **l'évaluation du dispositif** n'est pas encore optimale : les outils de production de données à visée évaluative, notamment le logiciel Maia, n'ont pas permis une analyse quantitative fiable de l'activité des MSPC.
3. Il est donc difficile d'évaluer, à ce stade, **la soutenabilité des MSPC**, notamment du point de vue économique.
4. **Le transfert de compétences** ne semble pas pleinement assuré : les formations dispensées par la CNRMS n'ont pas convaincu l'ensemble des acteurs de terrain, et l'organisation des RCP est variable d'une MSPC à l'autre : parfois très régulières, parfois limitées à des échanges informels, les RCP ne sont pas encore un moyen pérenne d'assurer la montée en compétences des équipes.
5. Enfin, **la communication** entre les acteurs du dispositif ne permet pas toujours aux coordinateurs et aux acteurs de terrain d'avoir une visibilité d'ensemble sur le projet. Cette dimension est cependant l'une des plus avancées du projet : la tenue de journées annuelles organisées par la CNRMS et les réseaux de MS devrait, chemin faisant, aboutir à une communication satisfaisante.

La conduite du projet MSPC dans 6 régions différentes montre que l'expérimentation peut être transférée à d'autres territoires, et éventuellement être déployée à l'échelle nationale, à condition d'élaborer une politique de déploiement des MS qui prenne en compte les problématiques d'environnement et de transfert développées ci-avant.

Nous avons choisi de synthétiser les critères du modèle PIET dans six questions à approfondir pour le passage à l'échelle du dispositif :

- Choisir une stratégie de déploiement claire avec des porteurs identifiés, entre deux alternatives : un déploiement centralisé, ou décentralisé.
- Consolider les fonctions de coordination, en particulier la coordination médicale.
- Penser les questions de recrutement en amont du déploiement, en prenant en compte les tensions sectorielles de la psychiatrie et de l'action sociale.



- En lien avec les problématiques de recrutement, le développement de partenariats en santé mentale est une condition nécessaire à un déploiement harmonisé des MS, et qui doit également intervenir en amont du projet.
- La formation des professionnels intervenant en MS doit être organisée de sorte à garantir le format d'intervention et la qualité des soins.
- Enfin, garantir la soutenabilité économique des MS.

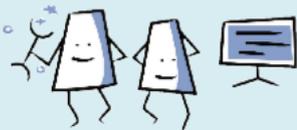
2. Points d'attention en vue du passage à l'échelle

2.1. Identifier une stratégie de développement des MS transférables à l'ensemble du territoire

L'histoire des microstructures à comprendre en lien avec l'histoire de l'addictologie, qui s'est imposée progressivement comme un nouveau paradigme en matière de régulation des usages de drogues licites et illicites entre les années 1970 et 2000. Le déploiement des MS, tant dans Equip'addict que MSPC, semble reproduire une tension propre à l'histoire de l'addictologie, portée par une double dynamique de *sanitarisation* et de *médicalisation* des addictions (Fortané, 2014) : la sanitarisaiton correspond à la prise en charge des addictions comme problème de santé publique, moins centrée sur la spécificité des produits consommés que sur les comportements. Au contraire, la médicalisation se rapporte à la diffusion d'un regard clinique sur les addictions, qui met en avant des savoirs médicaux segmentés en fonction des spécificités des produits consommés. L'institutionnalisation du paradigme addictologique, à travers la création de la MILDT en 1998 (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie), devenue MILDECA en 2014 (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives), s'est appuyée sur ces deux dynamiques de sanitarisaiton et de médicalisation des addictions. Or, ces dynamiques sont porteuses de points de vue différents sur la prise en charge des conduites addictives, qui mettent l'accent sur des façons opposées de concevoir l'offre de soins. La première engage une vision de santé publique forte, où les acteurs principaux sont les pouvoirs publics ; la seconde place les médecins au cœur de la politique de lutte contre les addictions. On retrouve une tension similaire dans le déploiement du projet Equip'addict. L'expérimentation MSPC ayant pris appui sur le dispositif des MSMA, il n'est pas surprenant de l'y retrouver aussi.

En effet, de l'expérimentation MSPC, deux enjeux principaux semblent se dégager :

1. **L'approche « médicale » perçoit d'abord les MS comme un appui aux médecins** généralistes face à des patients dont les situations sont « complexes », au sens où la prise en charge de leur pathologie nécessite une prise en charge pluriprofessionnelle. Le rôle principal accordé aux MS, de ce point de vue, serait de limiter le sentiment d'impuissance des médecins, d'améliorer leurs conditions d'exercice, et de permettre leur montée en compétences sur les questions de santé mentale. La stratégie de déploiement du projet prend appui sur les acteurs de terrain et leur capacité à adapter leur activité et leur organisation aux problématiques locales et spécifiques à leur patientèle.
2. **L'approche « sanitaire » envisage les MS principalement comme une offre de soins spécifique en santé mentale, devant s'articuler avec l'offre de soins existante** ; elles peuvent alors être un moyen d'amélioration du maillage



territorial de la prise en charge des troubles mentaux, et d'augmenter l'accès aux soins dans la population. La stratégie de déploiement de projet prend appui sur la volonté des ARS d'améliorer le maillage territorial et l'accessibilité des soins en santé mentale, ainsi que sur les moyens qu'elles peuvent mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs.

Ces deux enjeux sont complémentaires, et dans les faits, ils représentent des objectifs stratégiques indissociables. Cependant, le choix de mettre l'accent sur l'un ou l'autre de ces enjeux correspond à des stratégies de déploiement opposées et difficilement conciliables pour un élargissement à l'ensemble des problématiques de santé mentale.

En effet, **l'expérimentation MSPC s'est appuyée sur ces deux logiques de déploiement en même temps, ce qui peut expliquer les disparités importantes d'une région à l'autre.** Pour permettre une meilleure lisibilité du dispositif des MS, et une harmonisation des fonctionnements des MS au niveau national, il semble nécessaire de choisir entre deux voies possibles. Une priorité donnée à l'enjeu 1 (la MS comme dispositif d'appui et de montée en compétences des médecins généralistes) concorde avec une stratégie ascendante de développement des MS (logique ascendante, décentralisée). A l'inverse, faire le choix de mettre l'accent sur l'enjeu 2 (le développement d'une nouvelle offre de soins en santé mentale) implique une mise en œuvre descendante du projet : ce sont les acteurs institutionnels qui sont en mesure de fixer des stratégies d'intégration des MS dans l'écosystème des soins en santé mentale (logique descendante, centralisée).

Les deux stratégies présentées ci-après reposent sur une recommandation déjà formulée dans le rapport d'Equip'addict : clarifier l'insertion des MS dans l'offre de soins existante, et proposer dans le même temps le développement de MS « généralistes » (adossées à la médecine générale et plurithématiques : addictions, santé mentale, précarité, autres vulnérabilités, etc.). Nous présentons les éléments propres à chacune des deux approches ; les points d'attention communs aux deux approches (gestion RH et recrutement, développement de partenariats en santé mentale, formation des professionnels, modèle économique) sont abordés dans des parties distinctes.

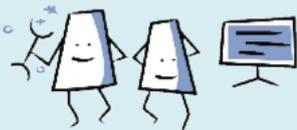
A noter que ces deux démarches ne sont pas exclusives, qu'elles devraient être complémentaires et mises en œuvres simultanément.

a) Première voie : privilégier l'approche « médicale » et décentralisée

Cette stratégie consisterait à encourager le développement des MS généralistes, c'est-à-dire des MS plurithématiques, selon des logiques similaires au développement des MSMA en Alsace : en principe, la création des MS reposerait alors sur **l'initiative des acteurs de terrain** (les médecins généralistes, psychiatres, intervenants sociaux et psychologues) désireux de proposer une prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire à des patients souffrant de troubles mentaux, psychosociaux et/ou de conduites addictives.

➤ Faire la promotion du modèle d'intervention auprès des acteurs

Encourager la création de nouvelles MS plurithématiques en faisant la promotion du dispositif auprès des acteurs de terrain engage **un travail de communication important**. Il s'agit à la fois d'identifier des populations à cibler, et de construire des argumentaires spécifiques à chaque profession qu'il s'agira de convaincre.



Les principaux acteurs à cibler seront les médecins généralistes, les psychiatres, et les professionnels de l'intervention médico-sociale (psychologues et intervenants sociaux). Pour chacun de ces groupes professionnels, il faudra à la fois proposer une présentation claire du dispositif et des ressources existantes pour le mettre en place, et un discours publicitaire adapté aux enjeux des professionnels. Ce qui signifie que le déploiement du dispositif des MS plurithématiques, dans ce cas de figure, nécessitera au moins de financer un poste de chargé de projet national.

La CNRMS pourrait être l'acteur à privilégier pour porter la mission de communication et de promotion du modèle des MS, vu son rôle historique dans le développement des MS, et les réseaux qu'elle fédère déjà. L'expérimentation MSPC montre cependant qu'un poste à mi-temps pour un projet d'envergure nationale est probablement insuffisant : un temps plein semble plus adapté.

➤ **Constituer des réseaux de MS pour permettre leur coordination administrative**

En plus d'une mission de communication et d'information, le déploiement des MS généralistes ne pourra se passer d'un appui à la coordination. L'organisation de la coordination médicale concerne également le modèle centralisé de déploiement des MS, et sera donc abordée plus tard. La coordination administrative, en revanche, doit permettre aux SSP désireuses de constituer une MS de le faire de la façon la plus simple possible, sans quoi la lourdeur administrative pourrait décourager des équipes *a priori* volontaires.

Pour cela, comme pour Equip'addict, nous suggérons la constitution de **réseaux indépendants de MS**, porteurs au minimum de 5 MS chacun, afin de permettre :

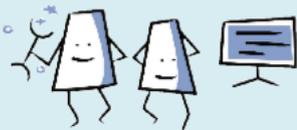
- Des ressources suffisantes pour la coordination administrative et l'accompagnement opérationnel des équipes ;
- Des moyens suffisants pour proposer des ETP significatifs aux professionnels, et ainsi stabiliser les équipes ;
- De faire apparaître une véritable dynamique de réseau entre les MS ;
- D'atteindre une certaine stabilité financière grâce à la péréquation entre les MS qui incluent peu, et celles qui incluent beaucoup.

Ces réseaux seraient fédérés par la CNRMS, qui disposerait en conséquence d'un répertoire de l'ensemble des réseaux porteurs de MS sur le territoire national, qu'elle pourrait mettre à disposition des acteurs souhaitant créer une MS. Dans les régions où ils n'existent pas encore, ces réseaux seraient à créer, en embauchant des chargés de coordination administrative des MS.

La CNRMS aurait également le rôle d'organiser, en lien avec ces réseaux, la formation et les échanges de pratiques des professionnels intervenant en MS.

➤ **Avantages et limites de l'approche décentralisée**

Une stratégie axée sur la promotion du modèle des MS comme dispositif d'appui aux médecins généralistes, et de facilitation de la coordination avec les secteurs psychiatrique et addictologique, permettrait de constituer des MS avec des équipes motivées, en mesure d'identifier les besoins du terrain en fonction des problématiques spécifiques à leur patientèle et de leur insertion dans l'offre de soins locale. Elle autorise également une stratégie de recrutement plus souple qu'une gestion centralisée du projet, dans la mesure où la charge de recruter des équipes sera dévolue à la fois aux médecins et aux réseaux de MS, sans nécessairement suivre une politique stricte en matière de partenariats à établir.



Toutefois, cette stratégie souple, laissant toute sa place à l'initiative des acteurs, présente l'inconvénient de laisser reposer en grande partie la pérennité des MS sur des individus volontaires. Le premier risque est le découragement devant d'éventuelles difficultés, ou l'épuisement de professionnels très engagés dans le projet.

Par ailleurs, cette stratégie suppose nécessairement un développement des MS plus long, car elle compte sur la diffusion d'un modèle, des retours d'expériences de médecins convaincus, et une acculturation de l'ensemble des professionnels à ce type de coordination.

b) Deuxième voie : privilégier l'approche « sanitaire » et centralisée

Cette stratégie consiste à faire des MS une offre de soins spécifique, prenant place aux côtés des structures spécialisées, permettant d'améliorer le maillage territorial de la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux, en favorisant l'accès aux soins à des personnes ne voulant ou ne pouvant pas intégrer des établissements spécialisés. La microstructure est pensée comme un mode d'organisation facilitant l'intégration des soins et promouvant l'approche centrée-patient dans les modalités de délivrance des soins.

➤ **Asseoir le déploiement des MSPC sur une politique territoriale de santé mentale**

Les ARS apparaissent comme des acteurs clés dans l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies de déploiement des MS.

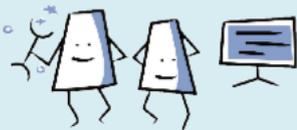
Pour ce faire, elles pourraient s'appuyer sur les projets territoriaux de santé mentale (PTSM), qui comportent un volet diagnostic, réalisé par les acteurs locaux. Les PTSM fournissent des données sur les besoins d'une région en matière de santé mentale, tels que des indicateurs épidémiologiques et sanitaires, des caractéristiques sociodémographiques et économiques, ou encore des statistiques relatives aux personnes souffrant de troubles mentaux et de comportements addictifs. Les PTSM présentent également l'offre de soins dans la région, avec une cartographie des établissements de santé autorisés en psychiatrie, les dispositifs ambulatoires existants, les professionnels libéraux installés sur les territoires, ainsi que les offres médicosociales disponibles.

Par conséquent, les projets territoriaux fournissent les informations nécessaires afin de développer des stratégies de déploiement des MS, visant à améliorer l'accessibilité territoriale des services de santé mentale. Ces stratégies sont fondées sur une évaluation des besoins spécifiques d'un territoire et sur un inventaire des ressources disponibles pour la création de microstructures pérennes. Les PTSM facilitent l'identification au sein des différents territoires des porteurs, des coordinateurs et/ou des partenaires potentiels, nécessaires à la création des réseaux de santé.

➤ **Organiser les différents niveaux de coordination administrative**

Dans une stratégie de déploiement centralisée et descendante, les différents niveaux de coordination administrative des MS se répartiraient sur trois niveaux complémentaires.

Le niveau régional serait celui des ARS. En charge de mettre en place une politique régionale de santé mentale et de décider en conséquence de la création de MS sur leur territoire, elles porteraient le travail de prospection et de démarchage des SSP



volontaires. Elles contrôleraient également que les MS et leurs réseaux soient en lien avec des partenaires en santé mentale.

Le niveau local serait celui des réseaux indépendants de MS, qui porteraient chacun au moins 5 MS. Ces réseaux auraient pour fonction la gestion administrative et budgétaire des MS, et organiseraient la répartition des ressources humaines entre leurs MS, ainsi que leur formation. Ces réseaux seraient fédérés par la CNRMS. Ils apporteraient un appui opérationnel aux MS et assureraient leur coordination administrative : veiller au recrutement des professionnels et à leur formation, veiller à la tenue des RCP, et assurer la gestion budgétaire et la facturation.

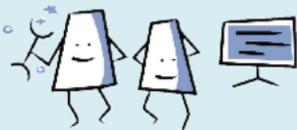
Pour appuyer ces deux niveaux de coordination, une coordination nationale assurée par la CNRMS aurait pour fonction de fournir à ses réseaux des modules de formation pour les équipes des MS, d'assurer la communication et la promotion du modèle des MS, et d'organiser les rencontres entre les acteurs, en lien avec ses réseaux adhérents. Un chargé de mission à temps plein semble nécessaire pour assurer cet important travail de coordination.

➤ **Structurer le travail de prospection et de démarchage des SSP et des partenaires volontaires**

Le modèle proposé implique de penser les modalités de diffusion de l'expérimentation auprès des acteurs de terrain. **Les ARS, sur la base de leurs stratégies régionales pour le déploiement des MS, auraient la charge de démarcher les SSP pour leur proposer l'ouverture de MS plurithématiques**, à l'aide des outils de communication fournis par la CNRMS, et en mettant en lien les équipes volontaires avec les réseaux de MS de leur territoire. Toutefois, pour que la mobilisation des SSP soit possible, il est essentiel que les MG perçoivent les MS comme un dispositif de soutien, leur offrant des ressources dans la prise en charge des patients avec lesquels ils peuvent éprouver des difficultés, plutôt que de les considérer essentiellement comme créatrices de contraintes administratives.

Comme pour le modèle décentralisé, la communication doit donc supporter un processus de légitimation des MSPC auprès des MG. La légitimité du dispositif doit se construire à la fois sur une légitimation des *finalités*, mais également sur une légitimation de la *démarche* :

- La légitimité de la finalité porte sur le contenu des transformations déployées et de la capacité du dispositif des MS à résoudre les problèmes que peuvent rencontrer les MG dans leur activité de soins. Cette légitimité se construit en mettant en avant les apports du dispositif pour les acteurs.
- La légitimité de la démarche porte sur les méthodes employées afin d'atteindre les objectifs définis par le dispositif. Les acteurs accordent une légitimité au regard des moyens qui leur sont octroyés. Il importe dans ce cadre-là que le mode d'organisation de la microstructure soit perçu comme adéquat et pertinent par les MG. Il s'agit de transmettre un cadre d'analyse aux acteurs de terrain, leur permettant de se projeter, de construire des repères indispensables à l'appropriation du dispositif.



La CNRMS serait en charge de la création et de la production de ces contenus communicationnels. Elle est en effet l'acteur le plus pertinent pour créer ces contenus, dans la mesure où elle possède déjà une expertise sur l'histoire et le fonctionnement des MS, et qu'elle peut, grâce aux retours du terrain, construire un discours qui réponde aux préoccupations des médecins. Il est essentiel de veiller à ce que les MG et les professionnels soient correctement informés, afin que les MS soient perçues non comme des contraintes, mais comme des ressources facilitant la prise en charge de patients atteints de troubles mentaux.

➤ **Avantages et points de vigilance pour une stratégie centralisée**

La stratégie de déploiement centralisée des MS présente d'abord l'avantage de la prédictibilité : elle permet de fixer des objectifs chiffrés et annualisés en lien avec des objectifs de santé publique. En outre, reposant d'abord sur le travail de construction des réseaux de MS par les acteurs institutionnels, elle permet d'envisager de créer un nombre significatif de MS en un temps restreint. Elle est aussi un moyen de garantir un socle national commun au fonctionnement des MS, et ainsi de mieux contrôler la qualité des soins.

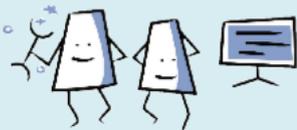
Elle est cependant peu compatible avec un fonctionnement historiquement décentralisé. Dans les régions où les réseaux de MS préexistaient aux expérimentations MSPC et Equip'addict, il faudra faire attention à ne pas déstabiliser les acteurs de terrain en imposant des modes d'organisation trop divergents de l'existant. Dans d'autres régions, elle peut éventuellement constituer une première phase de développement des MS, pour ensuite compter sur un essaimage qui reposera sur la stratégie décentralisée présentée ci-avant.

Au demeurant, la centralisation du développement des MS rend nécessaire d'accorder une attention particulière aux modalités d'appropriation et aux usages du dispositif par les équipes des MS. Par conséquent, des procédures de mutualisation et de remontée de l'information doivent également être mises en place, concernant les pratiques des médecins généralistes, des psychologues et des intervenants sociaux, pour faire en sorte que les réalités de terrain soient prises en compte et puissent conduire à des processus d'adaptation du dispositif. Les coordinateurs médicaux sont les acteurs les mieux indiqués pour assurer cette mission.

2.2. Consolider et stabiliser les fonctions de coordination médicale

L'expérimentation prévoit le recours à un médecin psychiatre au sein de chaque microstructure. Ce psychiatre est amené à jouer rôle dans l'aide au diagnostic et dans la gestion des prescriptions à la demande des professionnels intervenants de la microstructure. Il peut également être amené à rencontrer les patients afin de juger de la nécessité d'une prise en charge complémentaire, ou même d'une réorientation au sein de structures spécialisées. Enfin, il facilite la création de liens et les partenariats entre la microstructure et les autres acteurs du soin psychiatrique présents sur le territoire.

En raison des pénuries de personnels médicaux et infirmiers dans le secteur de la santé mentale, seules les régions PACA, GE et Occitanie ont pu recruter des psychiatres. Les informations recueillies donnent à voir que pour deux de ces régions, le rôle du psychiatre chevauche celui du coordinateur médical, ce qui suggère une



redondance potentielle des fonctions. Les difficultés de recrutement ayant également été observées avec les coordinateurs médicaux, fusionner les postes et dans la mesure du possible **recruter des médecins psychiatres comme coordinateurs médicaux pourrait faciliter le déploiement de nouvelles microstructures.**

Les missions du médecin psychiatre en charge de la coordination médicale seront de :

- Organiser la réponse aux besoins de formation en santé mentale des professionnels des MS, en lien avec la CNRMS qui fournit les modules de formation ;
- Participer aux RCP selon des modalités et des calendriers définis avec les équipes, et se positionner en ressource pour les médecins généralistes en demande d'expertise en santé mentale ;
- Animer et coordonner les réunions synthèses et journées d'échanges sur les pratiques des MS
- Assurer l'interface avec la CNRMS, notamment en faisant remonter les besoins de formation des équipes ;
- Développer les partenariats avec les professionnels libéraux du secteur médico-social, de la psychiatrie, les réseaux de santé, les PTA, le secteur hospitalier ;
- Assurer la liaison avec structures de soins spécialisées lorsqu'une réorientation est nécessaire.

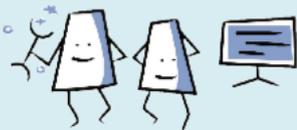
Néanmoins, il est probable que les recrutements restent difficiles. Une importante campagne de communication doit être engagée auprès des médecins psychiatres, visant non seulement informer de l'existence du dispositif MSPC, mais également à convaincre de son intérêt et de son efficacité. Les résultats du dispositif Equip'addict montrent que les médecins sont plus réceptifs à cette communication lorsqu'elle est menée par un pair.

En nous appuyant sur l'expérimentation Equip'addict, il apparaît que la coordination médicale exige une journée de travail par semaine (0,2 ETP) pour que le médecin puisse exécuter efficacement toutes les tâches qui lui sont confiées.

Dans les cas où le psychiatre n'est pas en mesure d'allouer une journée complète par semaine, il est toujours possible d'envisager une coordination médicale qui se concentre uniquement sur les seules missions d'accompagnement et de soutien aux professionnels intervenants dans la MS, ne nécessitant qu'une demi-journée de travail par semaine (0,1 ETP).

Les missions du médecin psychiatre en charge de la coordination médicale seraient alors de :

- Organiser la réponse aux besoins de formation en santé mentale des professionnels des MS, en lien avec la CNRMS qui fournit les modules de formation
- Participer aux RCP selon des modalités et des calendriers définis avec les équipes, et se positionner en ressource pour les médecins généralistes en demande d'expertise en santé mentale
- Assurer la liaison avec structures de soins spécialisées lorsqu'une réorientation est nécessaire



Dans ces cas, il est important que la coordination régionale et/ou nationale prenne en charge les activités de liaison, d'animation et de construction de partenariats avec d'autres acteurs de la santé.

2.3. *Anticiper les difficultés de recrutement*

Les coordinateurs que nous avons interrogés se rejoignent sur la difficulté de recruter du personnel spécialisé en santé mentale, en particulier les psychiatres, dont la pénurie était pourtant connue avant le lancement de l'expérimentation. Lors des entretiens, des acteurs ont estimé que le processus de recrutement aurait dû être pensé en amont, sans quoi les difficultés rencontrées peuvent s'avérer insurmontables pour les structures. Plusieurs pistes peuvent être envisagées pour répondre à ces difficultés de recrutement.

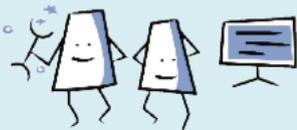
a) *La téléconsultation, un levier pour répondre aux difficultés de gestion RH et logistique ?*

La téléconsultation a été mentionnée durant les entretiens comme un moyen mis en place, dans certaines équipes, pour permettre aux psychiatres d'intervenir plus facilement en MS. Il n'a pas été possible d'obtenir plus d'informations sur la façon dont la téléconsultation avait été mise en place concrètement. Cela étant, la téléconsultation étant une pratique qui tend à se répandre chez les soignants, il semble opportun de s'intéresser à la façon dont elle peut se déployer en santé mentale.

Tout d'abord, les professionnels de la santé mentale sont parmi les plus prompts à se servir de la téléconsultation : en 2022, les psychiatres et les psychologues représentent la troisième spécialité derrière les médecins généralistes et les anesthésistes en termes de pourcentage de téléconsultations pratiquées (Medaviz, 2023). Ceci s'explique assez facilement : l'examen clinique physique systématique n'est pas nécessairement pertinent dans la prise en charge de patients atteints de troubles mentaux. En moyenne, les téléconsultations pratiquées par les psychiatres et les psychologues durent 24 minutes (Ibid.).

Concernant l'expression des ressentis, des préoccupations, des angoisses et de la souffrance chez les patients, les recherches en psychiatrie montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre la téléconsultation et la consultation classique (Guetat, 2016). On peut donc supposer que le recours à la téléconsultation pour les psychiatres en MSPC pourrait avoir son intérêt. De plus, utilisée de manière adéquate, la télémédecine possède plusieurs atouts :

- Elle favorise une réduction des délais entre chaque consultation ;
- Elle augmente l'accessibilité à l'offre de soi, principalement en supprimant les désagréments liés aux trajets tant pour le patient que pour le professionnel ;
- Elle favorise une optimisation du temps médical, ce qui n'est pas négligeable dans le cadre d'une pénurie de professionnels qui touche de nombreux territoires ;
- Les recherches montrent une meilleure observance thérapeutique lorsque les suivis combinent consultation classique et à distance, par rapport à une prise en charge exclusivement en cabinet.



Les études empiriques montrent que la téléconsultation et la consultation en cabinet ne s'excluent pas. Au contraire il semble préférable d'avoir un recours combiné aux deux modalités de prise en charge du patient (García-Lizana et al., 2010), à condition que la téléconsultation constitue une possibilité pour le patient et le professionnel, et non une obligation.

Toutefois, la téléconsultation n'a pas le même degré de pertinence et d'acceptabilité pour toutes les populations. Il faut tout d'abord noter qu'elle est contre-indiquée pour les patients atteints d'angoisses et/ou de délires liés à la technologie et/ou aux moyens de surveillance à distance. En dehors de ces pathologies spécifiques, la téléconsultation n'est pas encore un outil dont se saisit l'ensemble de la population : ce sont principalement les patients âgés de 30 à 54 ans qui ont recours à la télésanté (Medaviz, Op. cit.). Il faudrait donc prévoir que certains patients, en particulier les plus âgés et les plus jeunes, refusent le recours à la téléconsultation.

Pour finir, la télémédecine n'est pas circonscrite aux consultations seulement. Les téléconférences peuvent contribuer à faciliter l'organisation et la tenue de temps d'échanges entre les professionnels, comme les RCP. Le recours à la télémédecine pourrait ainsi apporter une solution face aux difficultés que rencontrent certaines MSPC à organiser des RCP régulières, les téléconférences pouvant apporter une réponse aux contraintes de temps et d'espace qui constituent bien souvent les principaux freins à la mise en place des RCP au sein des microstructures.

Par ailleurs, si la téléconsultation peut être utilisée comme une méthode de facilitation du travail des psychiatres et de l'ensemble des professionnels intervenant en MS, elle ne peut être un outil efficace qu'à condition d'avoir pris en compte les contraintes sectorielles qui pèsent sur le recrutement des professionnels, en particulier celui des psychiatres et des intervenants sociaux.

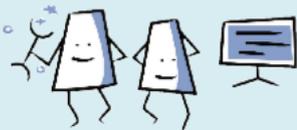
b) Faire avec les contraintes sectorielles

La pénurie de psychiatres et les difficultés de recrutement de travailleurs sociaux relèvent de problématiques sectorielles, non exclusives à l'expérimentation MSPC.

Pour le recrutement de psychiatres coordinateurs, une solution envisageable serait de **cibler principalement des psychiatres à la retraite qui se sont plusieurs fois mobilisés dans les expérimentations A51 Equip'addict et MSPC**. Elle présenterait plusieurs avantages :

- Cela permettrait de s'assurer de recruter des psychiatres à la fois expérimentés et disponibles ;
- Les voies de recrutement et de rémunération sont simples ;
- Le rôle de coordinateur de MS plurithématiques peut être une activité attractive pour des psychiatres désireux de s'éloigner du cœur de la prise en charge des patients, dans la mesure où ils ne seraient amenés à ne rencontrer des patients que dans le but de les réorienter.

Une autre solution pour les réseaux de MS ne parvenant pas à recruter des psychiatres serait d'**élargir les critères de recrutement de coordinateurs en santé mentale à d'autres professionnels, notamment aux infirmiers en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale (IPA)**. En effet, compte tenu de la crise actuelle que traverse le secteur de la santé mentale, le recrutement de médecins psychiatres



restera probablement un défi à court et à moyen terme. Les IPA seraient à même d'organiser des sessions de formations en santé mentale et de promouvoir des pratiques de prévention, ainsi que de participer aux RCP pour accompagner les équipes dans l'élaboration d'un diagnostic et d'une prise en charge adaptée. Il n'est cependant pas certain qu'il soit plus aisé de recruter des IPA que des psychiatres ou des médecins généralistes ayant une expérience en santé mentale.

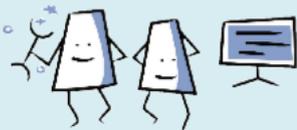
Pour les intervenants sociaux, les MS plurithématiques devront choisir le type d'intervention sociale qui leur semble pertinente en fonction des besoins de leur patientèle : accompagnement dans l'accès aux droits, réduction des risques, etc. Une fois ces besoins établis, il reviendra également aux ARS et aux réseaux porteurs de MS de **cibler les établissements susceptibles de fournir les ressources humaines des MS** : les CSAPA et CAARUD sont susceptibles de détacher leurs intervenants sociaux, mais pour la santé mentale élargie, les CATTP, CMP et CMPP peuvent également constituer des partenaires de choix. Faciliter le recrutement suppose de construire des partenariats durables avec les acteurs de la santé mentale sur les territoires.

2.4. Développer des partenariats en santé mentale : une condition nécessaire au déploiement de MS plurithématiques

Le CdC prévoyait que la conduite du projet MSPC soit dévolue sur l'ensemble du territoire à la CNRMS, organisme historiquement constitué afin de répondre aux enjeux de prise en charge des personnes ayant des conduites addictives. Cependant, alors même que les problématiques des patients peuvent fréquemment se recouper, les addictions recouvrant des comorbidités psychiatriques, le découplage disciplinaire est encore en construction ; dans ce contexte, les difficultés de la CNRMS à construire des partenariats en santé mentale dans le temps restreint de l'expérimentation ne sont pas surprenantes. Or, **l'établissement de ces partenariats semble indispensable pour garantir la qualité des soins en santé mentale dans les MS**. Ils doivent en effet permettre :

- De faciliter le recrutement de professionnels, en particulier les psychiatres et les intervenants sociaux. Ils peuvent également être une ressource pour recruter des professionnels de la santé mentale dans le cadre de la formation des équipes des MS.
- De permettre la montée en compétences de tous les professionnels intervenant en MS, et en particulier des médecins généralistes peu familiarisés de l'addictologie et/ou de la psychiatrie.
- D'intégrer les MS dans une offre de soins en santé mentale sur leur territoire d'implantation, et de leur permettre de penser leur activité en fonction de l'existant.
- De visibiliser les MS et leur activité.
- D'organiser les parcours des patients vers et en dehors des MS, lorsqu'il y a besoin de les réorienter, et ainsi de renforcer la continuité des soins.

Plusieurs partenaires peuvent être identifiés. La nature des partenariats pourra différer fonction des structures.



Les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) offrent une alternative à l'hospitalisation pour les patients atteints de troubles mentaux résidant à domicile. L'approche adoptée par les CATTP s'apparente aux MS, au sens où ceux-ci promeuvent une pluridisciplinarité ayant pour objectif de favoriser la réadaptation et l'insertion sociale des patients. Les équipes des CATTP sont composées de différents professionnels : infirmières, psychologues, éducateurs, psychomotriciens, ergothérapeutes, travailleurs sociaux. Un médecin est disponible pour des consultations individuelles avec les patients. Il est important de noter que le médecin n'a pas de rôle de prescripteur, mais de référent médical. L'expérience des professionnels des CATTP peut s'avérer particulièrement précieuse pour les acteurs des MS plurithématiques. Les deux structures ont pour objectif commun de fournir des soins aux personnes atteintes de troubles psychiques, en évitant le recours à l'hospitalisation.

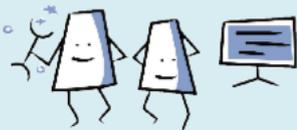
Les services psychiatriques hospitaliers accueillent des patients en besoin d'hospitalisation selon des modalités diverses (urgences, unités de séjour, hôpital de jour, CMP...). Ils sont à la fois des partenaires à identifier pour organiser la réorientation des patients de MS nécessitant une prise en charge à l'hôpital, et peuvent éventuellement fournir une expertise pluridisciplinaire en santé mentale aux acteurs des MS, sur le modèle par exemple du DSPP de Haute-Garonne.¹⁰

Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) visent à fédérer les différents professionnels d'un territoire, qu'il s'agisse de praticiens de soins primaires et/ou secondaires, de professionnels hospitaliers, médico-sociaux ou sociaux. Leur principale fonction est de renforcer la coordination des professionnels et à faciliter l'organisation du parcours de santé des patients. En pratique, une CPTS comprend un collectif de professionnels qui collaborent pour répondre aux besoins de santé d'une zone géographique donnée. Les CPTS pourraient contribuer à la diffusion d'informations sur l'expérimentation parmi les acteurs locaux et en favorisant le recrutement de médecins généralistes, de psychologues et de travailleurs sociaux. L'établissement de partenariats avec les CPTS faciliterait en outre l'échange de bonnes pratiques en matière de soins, encouragerait le partage des connaissances et faciliterait la conception de parcours de soins dans lesquels les MSPC occupent une place.

Enfin, les réseaux de MS auront intérêt à investir les Conseils locaux de santé mentale (CLSM), pensés pour permettre la construction de stratégies partagées entre les ARS et les collectivités territoriales. Les CLSM peuvent être un moyen de renforcer la visibilité des MS et de penser la coordination des soins en lien avec les acteurs locaux. Toutefois, en 2016, seules 4,7 % et seulement des communes en France étaient couvertes par un CLSM¹¹ ; s'ils représentent en principe un partenaire très intéressant pour inclure les MS dans les offres de soins territoriales, pour le moment, ils ne peuvent

¹⁰ L'expérimentation Article 51 « Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie (DSPP) de Haute-Garonne » est un dispositif qui associe des psychiatres de l'hôpital aux médecins généralistes pour leur proposer un appui au diagnostic, ainsi qu'une facilitation de l'accès aux soins psychiatriques pour leurs patients.

¹¹ Voir les données dans l'Atlas de la santé mentale, développé et mis à disposition par la Drees et l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) : https://santementale.atlasante.fr/#c=indicator&i=offre_01_bis.off_a08&s=2016&view=map1



pas être considérés comme un interlocuteur privilégié pour le déploiement national des MS.

2.5. Appuyer la formation des professionnels

Si l'intégration de professionnels de la santé mentale dans une équipe de soins au côté d'un médecin généraliste favorise le transfert de compétences, les phénomènes d'apprentissage mutuel et l'échange de bonnes pratiques entre les spécialistes de la santé mentale et des soins primaires, elle peut ne pas suffire à elle seule à favoriser l'acquisition des nouvelles compétences nécessaires à l'autonomie des microstructures et à répondre adéquatement aux besoins des patients. Le rapport de l'IGAS sur la coordination en santé mentale pointait les besoins de formation de l'ensemble des professionnels de la santé mentale pour garantir la qualité et la pertinence des soins (Emmanuelli & Schechter, 2019).

De ce point de vue, la construction d'une formation à destination de l'ensemble des professionnels intervenant en MS apparaît incontournable, portant notamment sur :

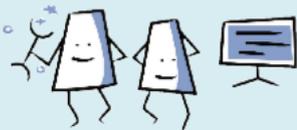
- Les principes de fonctionnement des MS et leur intérêt pour la prise en charge des troubles psychiques et des conduites addictives ;
- La clinique addictologique, la prise en charge de patients souffrant de conduites addictives et l'écosystème addictologique des territoires ;
- La clinique des troubles psychiques, leur prise en charge et l'écosystème de la santé mentale sur les territoires.

Une expertise psychiatrique complémentaire sur les diagnostics en santé mentale semble également nécessaire, pour éviter tout retard dans les prises en charge spécialisées pour les patients.

Il s'agit de modules de formation conséquents, qui ne pourront pas être dispensés sur une seule année à l'ensemble des professionnels. En effet, les formations théoriques, peu attractives pour les professionnels, ne peuvent pas être imposées à un rythme trop soutenu, et seront probablement plus acceptables si elles comportent une partie d'échanges de pratiques. On peut imaginer 3 à 6 modules d'une demi-journée obligatoires, dispensés sur 2 ans, et à des horaires adaptés aux contraintes des libéraux comme des salariés. Ceux qui exerçaient déjà en MS pourraient se voir dispensés des modules introductifs au fonctionnement des MS.

L'organisation de ces modules de formation, dévolue à la CNRMS et ses adhérents, pourrait prendre deux formes selon la stratégie de déploiement choisie :

- Dans le cas d'une stratégie décentralisée, la CNRMS, en accord avec les ARS, fournirait une trame minimale de formation à ses réseaux adhérents et un répertoire de professionnels susceptibles d'intervenir auprès des équipes des MS. Elle laisserait alors la charge de l'organisation des calendriers et du recrutement des formateurs aux réseaux de MS, prenant le rôle de facilitateur.
- Dans le cas d'une stratégie centralisée et descendante, la CNRMS organiserait seule la formation, ce qui supposerait soit un pouvoir de contrainte sur les équipes des MS (en imposant un calendrier des formations), soit un travail



important de coordination avec les réseaux de MS pour organiser la tenue des modules de formation.

Dans les deux cas, il semble nécessaire, pour rendre la formation à la fois pertinente et acceptable, de recruter des professionnels de la santé mentale et / ou de l'addictologie pour dispenser les formations dans les MS plurithématiques.

2.6. Assurer la soutenabilité des MS et optimiser la gestion budgétaire

a) Financement des MS plurithématiques

Il semble difficile pour les professionnels de se projeter sur une année pour organiser la répartition des forfaits. De la même façon que pour Equip'addict, une possibilité pour apporter davantage de souplesse serait de prévoir plusieurs forfaits, en distinguant :

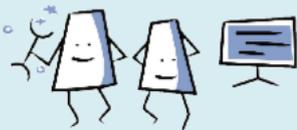
- **Un forfait d'inclusion** dans la MS, couvrant une consultation longue par le médecin et une première consultation commune par les deux professionnels, qui n'aurait vocation à être renouvelé que lorsqu'un patient change de MS.
- **Un forfait d'accompagnement renouvelable** jusqu'à deux fois par an, en fonction des besoins des patients, et comprenant 5 consultations psychologiques et 3 consultations d'accompagnement social. Ce forfait inclurait la participation aux RCP.
- **Un forfait de consultations avec le psychiatre coordinateur**, activable une fois par an pour les patients nécessitant une réorientation ou une prise en charge complémentaire hors MS. Il compterait 3 consultations par patient, afin de permettre au psychiatre de travailler avec le patient l'acceptation d'une prise en charge spécialisée.

Comme pour Equip'addict, il n'est pas possible, à partir des données disponibles, d'estimer ce que représenterait la prise en charge des frais de transport pour les professionnels intervenant en MS.

La coordination administrative dépendra du modèle de déploiement choisi. Pour la coordination assurée par des réseaux indépendants de MS, on peut rappeler la recommandation déjà formulée pour Equip'addict : la rémunération forfaitaire semble insuffisante. Aussi, pour apporter la stabilité nécessaire à l'efficacité de la gestion administrative et de l'accompagnement opérationnel des MS, **le renoncement aux forfaits, au profit d'une dotation fixe, semble plus adapté**. Cette dotation pourrait être calculée sur la base d'un ETP pour un coordonnateur senior, en charge de la coordination de 12 à 15 MS en fonctionnement.

Il semble également plus efficace de financer la coordination médicale sur la base du nombre de MS couvertes par le coordinateur, plutôt que sur la base du nombre de patients. Le financement forfaitaire ne semble donc pas adapté non plus. Une dotation fixe calculée sur la même base que pour la coordination administrative semble plus adaptée.

Si le modèle des MS pluri-thématiques était retenu, l'intérêt de distinguer les différentes thématiques via les modalités de facturation sera à évaluer (par la création de cotations distinctes par exemple pour les prises en charge addictologiques,



psychiatriques, de la précarité, etc.). Cette distinction viserait à faciliter le suivi de l'activité et du recrutement de ces MS.

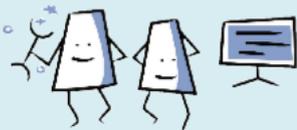
De la même façon, le consentement du patient ne devrait plus être un préalable à la poursuite du processus de facturation. L'implication des patients à leur prise en charge en MS est effective et si la signature d'un consentement en début de prise en charge est une démarche tangible de son engagement dans les soins, elle ne devrait pas pour autant être bloquante dans la facturation des forfaits.

b) Optimiser le système d'information

La plateforme Maia suscite beaucoup d'oppositions sur le terrain. Jugée peu ergonomique, inadaptée aux pratiques des équipes, elle ne semble pas en mesure de créer l'adhésion des professionnels. Il semble plus pertinent de laisser à cette plateforme son rôle de production de données épidémiologiques, en choisissant d'autres solutions pour la coordination des professionnels des MS, qui correspond :

- Au partage des informations sur les patients et leur suivi ;
- A la facturation des consultations ;
- A la prise de rendez-vous et la gestion des calendriers.

Pour enregistrer cette activité, un module intégrable aux logiciels des MSP, ou une plateforme séparée spécifique à l'exercice en MS, pourrait être une solution plus cohérente. Elle suppose cependant un travail d'harmonisation des pratiques autour du partage d'informations, appuyé sur un travail juridique national.



Conclusion

L'expérimentation Article 51 MSPC visait à la fois à tester le transfert d'un format d'intervention addictologique, la microstructure médicale addictions, vers la santé mentale élargie, et un mode de financement innovant de la prise en charge de patients atteints de troubles psychiques. Au terme de trois ans d'expérimentation, bien que l'avancement du projet ait été plus lent qu'espéré, il apparaît que les données qualitatives confirment les indéniables apports des prises en charge proposées par les MSPC. Elles démontrent la satisfaction des médecins, psychologues et travailleurs sociaux quant à l'élargissement du mode de prise en charge en MS à la santé mentale.

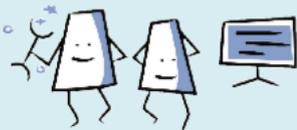
La co-occurrence entre les conduites addictives et les troubles mentaux est importante. L'expérimentation Equip'addict faisait déjà apparaître cet aspect : les addictions et la précarité s'accompagnent souvent de comorbidités psychiques, qui parfois relèvent de la psychiatrie. Les patients souffrants de troubles mentaux ont également une prévalence plus importante de développer des dépendances. Enfin, les populations précaires sont surreprésentées chez les personnes atteintes de troubles mentaux et/ou de conduites addictives. Ces corrélations persistent aux différents âges de la vie (Peverill et al., 2021 ; Silva et al., 2020).

L'approche généraliste est également justifiée par le fait que les motifs d'inclusions multiples complexifient le travail des professionnels : dans les MS mixtes, les médecins et les professionnels ont fait remonter des difficultés à choisir un motif d'inclusion parmi les 3 possibles dans un nombre significatif de situations. De plus, la porosité des catégories diagnostiques en santé mentale et la variété des expressions individuelles de la souffrance psychologique font qu'il est parfois difficile de trancher entre une conduite addictive et un trouble psychique. Dans certains cas, la conduite addictive apparaît comme le symptôme d'un autre trouble ; dans d'autres, la désignation même du problème n'est pas évidente (par exemple, certains troubles du comportement alimentaire peuvent être définis comme des addictions à la nourriture). La possibilité pour les médecins généralistes d'inclure tout patient présentant le besoin d'une prise en charge psychologique, sociale et somatique semble pertinente pour simplifier la pratique des médecins et répondre aux besoins des patients.

Malgré une implantation qui s'est révélée satisfaisante dans certaines régions, et des résultats encourageants, l'expérimentation a révélé des carences dans l'ingénierie de projet, notamment dues à la sous-estimation du besoin de coordination. Les difficultés de recrutement, qui n'ont pas été suffisamment anticipées expliquent également que l'infrastructure nécessaire pour coordonner les MS, n'a dans la majorité des cas pas pu être déployée.

L'enseignement principal de l'expérimentation concerne la nécessité de construire un réseau de partenariats en santé mentale, qui doit permettre de prendre en charge plusieurs enjeux cruciaux pour le développement des MS plurithématiques :

- Les partenaires du secteur de la santé mentale peuvent fournir des ressources humaines, en particulier des psychiatres et des intervenants sociaux familiaux de la prise en charge de patients présentant des troubles psychiques ;

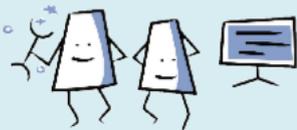


- Ils sont également les plus à même d'orienter les contenus de la formation des médecins généralistes et des professionnels intervenant en MS au sujet des troubles mentaux, de leur diagnostic et de leur prise en charge.
- Enfin, une analyse des besoins territoriaux en matière de santé mentale permettrait aux équipes des MS plurithématiques d'adapter leur fonctionnement à l'offre de soins existante et aux besoins du territoire, et ainsi de permettre la mise en place de parcours de soins continus et pertinents pour les patients.

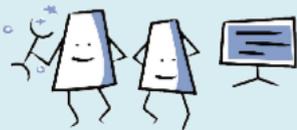
Le déploiement de nouvelles microstructures, semble aller dans le sens de ce que des auteurs ont nommé la démocratie sanitaire (Demailly, 2014). Celle-ci se caractérise par :

- **Une territorialisation des politiques de santé.** Les MS peuvent participer d'une approche moins centralisée du soin, en adaptant l'offre en fonction des spécificités des territoires d'implantations, des caractéristiques sociodémographiques et économiques de la population.
- **Une approche plus collaborative et inclusive du soin.** Les MS sont susceptibles de favoriser une participation plus importante des patients dans l'identification et la définition de leurs besoins en matière de santé, leurs priorités, ainsi que les parcours des soins dans lesquels ils souhaitent s'engager. A terme, l'inclusion d'associations d'usagers et de famille de patients tel que la Fnapsy et l'Unafam, dans les acteurs partenaires des MS pourrait contribuer à accentuer cet aspect. Le développement des dispositifs pairs-aidants ces dernières années, conduisant à ce que des patients ayant connu des problématiques psychiatriques ou addictives apportent un soutien à leurs pairs, apparait également comme une potentielle piste prometteuse, dans le renforcement de la qualité des prises en charges au sein des MS.
- **Un décloisonnement des pratiques.** La pluriprofessionnalité étant au cœur du modèle des microstructures, celles-ci sont porteuses d'un décloisonnement des pratiques de soins. Dans le cadre des situation complexes auxquelles les médecins et les professionnels sont confrontés, ce décloisonnement participe à favoriser la continuité des parcours de soins des individus, et la cohérence des différentes prises en charge. Les MS permettent une meilleure lisibilité des ressources et expertises disponibles, favorisant par là même l'accès aux soins. En cela, le dispositif des MS s'inscrit dans le sillage de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, qui promet notamment un dépassement du clivage sanitaire et médico-social. Les MS permettent une acculturation réciproque des professionnels.

Enfin, le format d'intervention en MSPC repose sur une déstigmatisation des pathologies de l'addiction et de la santé mentale, ce qui correspond pleinement aux préoccupations premières de la démocratie sanitaire. **Pensé pour équilibrer les dimensions sociales, psychiques et somatiques dans les parcours de soin, ce modèle est d'autant plus à valoriser que la stigmatisation des conduites addictives et des troubles mentaux participe, encore aujourd'hui, à un moindre accès aux soins chez les patients qui en souffrent.** Les études ont ainsi montré que l'espérance de vie des patients atteints de troubles psychiques est écourtée de 10

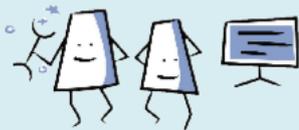


à 20 ans (Laursen et al., 2014), les principales causes de décès étant les maladies cardiovasculaires et celles liées à la consommation de tabac. Parmi les causes de cette surmortalité, plusieurs relèvent de difficultés d'accès aux soins, pour des populations que la pathologie expose déjà à des vulnérabilités cliniques et sociales (Gandré et al., 2022) : les troubles psychiques comme les conduites addictives peuvent être à la fois cause et conséquence de situations de précarité sociale, et induisent des risques accrus pour la santé physique (notamment à cause des conditions de vie de ces patients, et des effets de leurs traitements médicamenteux). Or, les parcours de soin des patients présentant des troubles psychiques et / ou des conduites addictives sont souvent sous-adaptés à leurs besoins : dans cette population, les atteintes à la santé physique sont sous-diagnostiquées, et elles sont bien souvent repérées tardivement. On impute tout d'abord ce retard pris dans les soins à une tendance chez les médecins à interpréter les symptômes de ces patients comme des manifestations de la pathologie mentale, mais également à une difficulté, pour les médecins psychiatres et les psychologues, à orienter leurs patients vers les médecins du somatique, souvent par souci de discrétion sur leurs patients. La pluriprofessionnalité des MS, ainsi que la montée en compétences des intervenants sur les questions de santé mentale contribuerait à atténuer ces obstacles de l'accès aux soins.

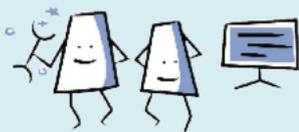


Bibliographie

- Alvarez, C.-L. (2019). Impact du genre sur le diagnostic psychiatrique : une revue de la littérature. *Sciences du Vivant* [q-bio] dumas-02418286
- Cousteaux, A.-S., & Pan Ké Shon, J.-L. (2008). Le mal-être a-t-il un genre ? Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique. *Revue française de sociologie*, 49(1), 53-92.
- Demailly, L. (2014). *Variations de la « démocratie sanitaire » et politique publique de santé mentale en France*, SociologieS, Théories et recherches.
- Emmanuelli, J., & Schechter, F. (2019). *Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : État des lieux et conditions d'évolution* (2019-002R). IGAS.
- Fortané, N. (2014). La (les) trajectoire(s) du changement. La naissance de l'addictologie. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 205(5), 42-57.
- Gandré, C., Moreau, D., Coldefy, M., Ben Dridi, I., & Morel, S. (2022). Surmortalité des personnes vivant avec un trouble psychique : Enseignements de la littérature et perspectives. *Santé Publique*, 34(5), 613-619.
- García-Lizana, F., Muñoz-Mayorga, I. (2010). *What about telepsychiatry? A systematic review*. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 12(2).
- Guetat, I. (2016). *Téléconsultations en psychiatrie*. *Revue Territorialités*, n° 573, 29-30.
- Lancelevée, C., & Vozari, A.-S. (2023). Le genre de la dépression : Perspectives de recherches sociologiques. *Rhizome*, 85(2), 11-12.
- Laursen, T.M., Nordentoft, M., Mortensen, P.B. (2014). *Excess early mortality in schizophrenia*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 425–438.
- Mathieu-Fritz, A. (2018). Les téléconsultations en santé mentale : Ou comment établir la relation psychothérapeutique à distance. *Réseaux*, n° 207(1), 123-164.
- Mathieu-Fritz, A., & Gaglio, G. (2018). À la recherche des configurations sociotechniques de la télémédecine : Revue de littérature des travaux de sciences sociales. *Réseaux*, n° 207(1), 27-63.
- Melenotte, G.-H., Di Nino, F., Doffoël, M., & Imbs, J.-L. (2016). Dispositif des microstructures médicales. In *Traité d'addictologie* (2e éd). Lavoisier-Médecine sciences.
- Medivaz. (2023). *Téléconsultation et télésoin. Étude sur les pratiques en 2022*. Rapport d'étude.



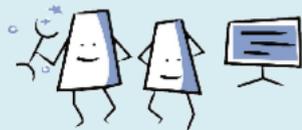
- Mordohay, F.-O. (2018). *Evaluation-Action des microstructures et du processus de création de microstructures à Pierrefitte-sur-Seine* (p. 60). Effect If P.
- Olié, E., & Lefèvre, L. (2023). Pourquoi plus de femmes sont-elles touchées par les troubles dépressifs ? Particularités de la dépression au féminin. *La Lettre du Psychiatre*, 3.
- Pevevill, M., Dirks, M.A., Narvaja, T., Herts, K.L., Comer, J.S., McLaughlin, K.A. (2021). *Socioeconomic status and child psychopathology in the United States : a meta-analysis of population-based studies*. *Clinical Psychology Review*. 83, 101933.
- Papanikola, G., Borcan, D., Sanida, E., Escard, E. (2015), Santé mentale au féminin : entre vulnérabilité intrinsèque et impacts des facteurs psychosociaux ? *Rev Med Suisse*, 1, no. 487, 1750–1754.
- Raynaud, E., Roussel, P., *et al.*, (2022). « Santé et recours aux soins – Femmes et hommes, l'égalité en question », *Insee Références*, Insee
- Riou, L., Velpry, L., Benamouzig, D., & Launois, R. (2008). *Démarche qualité et accompagnement des soins aux usagers de drogues*. *DEQUASUD* (p. 263). OFDT.
- Schloemer, T., & Schröder-Bäck, P. (2018). Criteria for evaluating transferability of health interventions : A systematic review and thematic synthesis. *Implementation Science*, 13(1), 88.
- Silva, S.A, Silva, S.U., Ronca, D.B., Gonçalves, V.S.S., Dutra, E.S., Carvalho, K.M.B. (2020). *Common mental disorders prevalence in adolescents : A systematic review and meta-analyses*. *PLoS One*. Apr, 15(4).



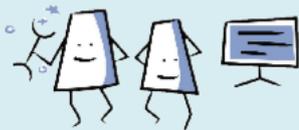
Annexes

1. Liste des MSPC en activité au 01/09/2023

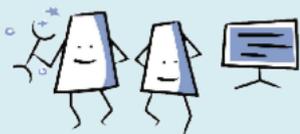
Région	Département	Commune	MSPC
Bourgogne-Franche-Comté	Haute-Saône	Champlitte	MSP des 3 Provinces
	Doubs	Pontarlier	MSP Simone Veil
	Nièvre	Saint Amand en Puisaye	MSP Amandinoise
Grand Est	Aube	Bar sur Seine	MSP Bar sur Seine
	Meurthe-et-Moselle	Baccarat	Dr Ubersfeld
	Meurthe-et-Moselle	Jarville	Dr Lievin
	Meurthe-et-Moselle	Haroué	Dr Thouvenin
	Meurthe-et-Moselle	Nancy	Dr Merlin
	Meurthe-et-Moselle	Nancy	Dr Tenenbaum
	Meurthe-et-Moselle	Blénod-lès-Pont-à-Mousson	Dr Royer
	Meurthe-et-Moselle	Tomblaine	MSP de Tomblaine
	Meurthe-et-Moselle	Vézelize	Maison de santé de Vézelize
	Moselle	Sarralbe	MS de Sarralbe
	Moselle	Stiring-Wendel	MS de Stiring-Wendel
	Moselle	Montigny-lès-Metz	MS de Montigny-lès-Metz
	Moselle	Morhange	MS de Morhange
	Bas-Rhin	Strasbourg	Drs Feltz et Muller
	Bas-Rhin	<i>Non indiqué</i>	Dr Formery
	Bas-Rhin	Strasbourg	Drs Grislin et Giacomini
	Bas-Rhin	Strasbourg	MS Hautepierre
	Bas-Rhin	Strasbourg	MS Neuhof
	Bas-Rhin	Strasbourg	MUS de l'III



	Bas-Rhin	Hochfelden	Dr Wack
	Bas-Rhin	Wisches	Drs Ganier, Ott et Oehler
	Bas-Rhin	Strasbourg	Microstructure de l'Elsau
	Bas-Rhin	Lingolsheim	Microstructure Lingolsheim
	Bas-Rhin	Strasbourg	Microstructure de la Bruche - Montagne Verte
	Haut-Rhin	Heimsbrunn	Microstructure d'Heimsbrunn
	Haut-Rhin	Orbey	MSP d'Orbey
	Haut-Rhin	Mulhouse	MS Mulhouse
	Haut-Rhin	Fréland	MSP Fréland
	Haut-Rhin	Thann	Dr Leveque
	Haut-Rhin	Thann	Dr Bouzidi
Hauts-de-France	Somme	Oisemont	MSP Oisemont
Ile-de-France	Seine-Saint-Denis	Aubervilliers	Maison médicale Lamy
	Seine-Saint-Denis	Epinay	MSP Epinay
	Seine-Saint-Denis	Pantin	CMS Saint Marguerite
	Seine-Saint-Denis	Pantin	MSP Pantinoise
	Seine-Saint-Denis	Saint Denis	ACSBE La place santé - centre de santé communautaire
	Seine-Saint-Denis	Saint Denis	CMS Henri Barbusse
Occitanie	Gard	Besseges	MSP Bessèges
	Aude	Cazilhac	MSP Asclepios
	Lozère	Collet-de-Dèze	MSP Collet-Pont-Vialas
	Ariège	Foix	MSP Pays de Foix
	Haute-Garonne	Toulouse	MSU La Providence
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	Bouches-du-Rhône	Aix-en-Provence	Maison de santé



	Bouches-du-Rhône	Marseille	Belsunce - centre de santé
	Bouches-du-Rhône	Marseille	La Busserine - cabinet médical
	Bouches-du-Rhône	Marseille	Cinq Avenue - cabinet médical



2. Synthèses régionales

2.1. Bourgogne-Franche-Comté

Données

Entretiens

- Porteurs & référents ARS
 - Danièle Bader, présidente, CNRMS
 - Juliette Rault, chargée de mission, CNRMS
 - Cécile Lumière, direction de l'innovation, ARS
- Coordinateurs
 - Chloé Martin, coordinatrice administrative pour la FemaSCo-BFC

Études de cas : aucune sur les MSPC

Questionnaires EMS : aucune réponse

Avancement de l'expérimentation au printemps 2023

- Nombre de MS : 3
- Dates d'ouverture : 2023
- Répartition géographique : 1 MS dans le Doubs, la Nièvre et la Haute-Saône
- Structures porteuses : exclusivement des MSP
- EMS de rattachement : 1
- Professionnels :
 - Médecins : 3
 - Psychologues : 3, tous libéraux
 - Travailleurs sociaux : 2
 - Psychiatres : 0
- Files actives : 59 patients depuis 2023

Modalités de déploiement

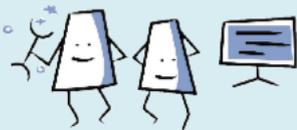
La CNRMS, l'ARS et la FemaSCo-BFC ont pris plusieurs décisions, reflétant celles déjà prises pour Equip'addict :

1. Confier la coordination administrative de l'expérimentation à la FemaSCo-BFC, qui assure déjà celle des MSMA, mais sans financement complémentaire – l'effectif prévu de MSPC ne justifiant pas d'une coordination dédiée.
2. Mobiliser seulement des MSP, c'est-à-dire des équipes de soins primaires disposant déjà d'une culture de la pluriprofessionnalité.
3. Exclure la participation de MS aux deux expérimentations, pour respecter les choix des équipes qui ne s'intéresseraient qu'aux addictions ou qu'à la santé mentale, en évitant toute confusion.
4. Cibler les zones rurales.

Constitution des MS

La FemaSCo-BFC a d'abord prospecté auprès des MSP, puis rencontré les équipes intéressées. Trois ont finalement candidaté, incluant toutes des psychologues libéraux.

La FemaSCo-BFC s'est alors tournée vers le secteur social, en peinant à impliquer ses acteurs malgré des sollicitations très larges : conseils généraux, MSA, DAC, CSAPA, etc. Des travailleurs sociaux sont aujourd'hui présents dans deux MSPC, où ils sont détachés par une association médico-sociale et centre social et culturel.



La recherche de psychiatre n'a pas abouti : aucun n'intervient en libéral dans les zones rurales, tandis que ceux exerçant en EMS ont décliné de rejoindre les MSPC (il semble s'agir surtout de pédopsychiatres qui ne souhaitent pas s'orienter vers les adultes).
Devant ces difficultés, la décision d'ouvrir des MSPC avec des équipes incomplètes a été prise début 2023 par la CNRMS, avec l'accord du responsable national Article 51, et sous réserve de poursuivre la recherche de travailleurs sociaux.
La FemaSCo-BFC a organisé des formations pour les trois équipes candidates, avec la participation de la CNRMS pour un module consacré particulièrement au logiciel Maia. Deux MSPC ont ouvert début 2023 et ont déjà inclus une dizaine de patients chacune. La troisième doit ouvrir au printemps.

Ressources humaines, facturation et redistribution des forfaits

Comme pour Equip'addict : la FemaSCo-BFC centralise la facturation, avec des forfaits touchés directement par les médecins, ou reversés aux psychologues libéraux et à l'association détachant le seul travailleur social impliqué dans l'expérimentation.

Coordination interne des MS

Comme pour Equip'addict : les MS s'organisent de manière autonome, mais peuvent solliciter la coordinatrice administrative lorsqu'elles rencontrent des difficultés pratiques.

Animation et accompagnement

Les MSPC étant trop peu nombreuses encore pour construire un réseau dédié, elles seront intégrées à la journée régionale des MS en juin 2023 au côté des MSMA.

Conseils et formations en santé mentale

Aucun coordinateur médical n'a pu être recruté. Celui d'Equip'addict n'a pas souhaité s'engager, à la fois car il se sent plus compétent en addictologie qu'en santé mentale, et car il approche de la retraite.

Pour éviter d'abandonner les équipes, le psychiatre assurant la coordination médicale nationale de l'expérimentation intervient comme référent dans la région : il est disponible pour conseiller les médecins et assurer des téléconsultations.

Leviers

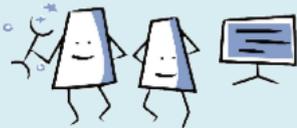
La proposition en santé mentale est apparue plus convaincante qu'en addictologie pour certaines équipes. En particulier, la dernière à avoir ouvert une MSMA aurait préféré une MSPC, mais le quota d'ouvertures était déjà atteint pour l'expérimentation MSPC.

2.2. Grand-Est

Données

Entretiens

- Porteurs & référents ARS
 - Danièle Bader, présidente, CNRMS
 - Juliette Rault, chargée de mission, CNRMS
 - Dr Morgane Beck, chargée de mission innovation, ARS



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

Études de cas : 2 en 2023 (concernant des MS mixtes)

Questionnaires EMS : 3 réponses

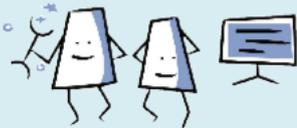
Avancement de l'expérimentation

- Nombre de MSPC : En principe, toutes les MS participant à Equip'addict font partie de l'expérimentation MSPC, sauf celles des Vosges. Dans les faits, on compte 33 MSPC en activité, 3 MSPC ayant fermé, et 2 en cours d'ouverture.
- Dates d'ouverture : 4 ouvertes en 2021, 8 en 2022, 4 en 2023 ; les autres préexistaient à l'expérimentation.
- Répartition géographique :
 - 19 en Alsace
 - 8 en Meurthe-et-Moselle
 - 5 en Moselle
 - 1 dans l'Aube
- Structures porteuses : les mêmes que pour Equip'addict, moins celles des Vosges
- EMS : un par département
- Professionnels :
 - Médecins généralistes : 30
 - Psychologues : 8
 - Travailleurs sociaux : 9
 - Psychiatres : 3
- Files actives : 142 patients au premier semestre 2023

Modalités de déploiement

L'approche retenue consiste à élargir le dispositif Equip'addict :

1. La coordination régionale est assurée par la CMGE.
2. La coordination administrative et médicale est confiée aux EMS portant déjà des MS, sous réserve qu'ils acceptent.
3. Toutes les MS portées par ces EMS rejoignent automatiquement l'expérimentation, et voient leurs possibilités d'inclusion élargies à la santé mentale.



4. La possibilité d'ouvrir des MS qui concerneraient seulement les addictions ou la santé mentale est exclue.
5. Au sein des MS, les activités addictions, santé mentale et précarité ne sont pas distinguées : les patients sont suivis par les mêmes professionnels sur les mêmes créneaux de consultation, que les EMS doivent augmenter au besoin.
6. Les MS sont chargées d'inclure jusqu'à une quinzaine de patients par an au titre de la santé mentale.

Constitution des MS

En lien avec la coordination régionale, la CNRMS s'est chargée du démarchage des EMS à la fin de l'année 2021. Presque tous les EMS porteurs de MSMA ont accepté de rejoindre l'expérimentation, à l'exception de l'EMS des Vosges, pour deux raisons :

- L'absence de psychiatre leur paraissait freiner la possibilité d'inclusion pour santé mentale ;
- Des doutes quant à leurs capacités d'étendre leurs missions au-delà du seul champ des addictions.

Dans les autres départements, les MS participant à Equip'addict ont toutes été invitées à inclure des patients au motif de la santé mentale.

Les coordinations locales se sont chargées de compléter les MS participantes en cherchant des psychiatres. En Alsace, 3 intervenaient déjà dans les MS au titre de leur activité d'intérêt général. En tout, 4 MS bénéficient de l'intervention d'un psychiatre ; il est prévu qu'un quatrième psychiatre intègre prochainement la MS de l'Elsau. En dehors de l'Alsace, aucun psychiatre n'a pu être recruté.

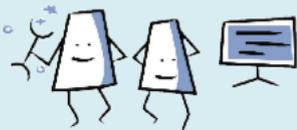
La mobilisation des équipes des MS a été assurée par la CMGE. Il n'était pas nécessaire de réorganiser les MS, grâce au choix de ne pas séparer les consultations relevant de chaque expérimentation. En revanche, il a fallu informer les équipes de la possibilité d'inclure au titre de la santé mentale (sans aller jusqu'à les former à nouveau, puisqu'elles étaient déjà familières du fonctionnement des MS, de l'utilisation du logiciel Maia, etc.). Elles ont souvent peiné à comprendre la distinction entre les deux expérimentations, notamment car les conduites addictives accompagnent souvent des troubles mentaux, et se sont inégalement approprié le dispositif : les inclusions restent concentrées dans trois départements (l'Alsace, la Moselle et la Meurthe-et-Moselle) tandis que beaucoup de questions continuent à remonter à la CMGE sur le titre auquel inclure certains patients.

Tous les temps de travail des salariés exerçant en MS ont augmenté, mais il est difficile d'estimer la part de MSPC dans l'augmentation de leur temps de travail : l'augmentation des files actives des MSMA, ainsi que la prise en charge de cas graves nécessitant davantage d'accompagnement, peuvent également expliquer l'augmentation de la charge de travail.

Ressources humaines, facturation et redistribution des forfaits

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

Concernant les RH en Alsace, les psychiatres interviennent au titre de leur activité d'intérêt général et sont salariés d'Ithaque. Début 2023, 4 psychologues interviennent dans 3 à 5 MS chacune, ce qui représente la majorité de leur activité, et 7 travailleurs



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

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

Coordination interne des MS

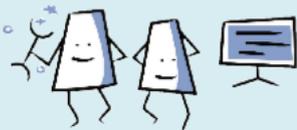
En Alsace, la coordinatrice administrative assure l'organisation interne des MS, en s'ajustant aux disponibilités des médecins : les professionnels viennent typiquement les jours où ils sont absents et peuvent céder leur bureau.

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

Animation et accompagnement

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

En Alsace, un accompagnement rapproché est assuré par la coordinatrice administrative, qui s'occupe de la gestion RH des professionnels intervenant en MS et dialogue régulièrement avec les médecins. Elle participe aussi à une RCP par MS et



par an, en compagnie de la coordinatrice médicale : cela leur permet de vérifier que les équipes sont bien intégrées, de recenser leurs besoins de formation, de les remobiliser pour l'évaluation... Cette fréquence est jugée insuffisante par la CMGE, qui estime qu'il faudrait rencontrer les équipes des MS au moins 2 fois par ans pour les soutenir, tout en leur proposant régulièrement de nouvelles choses.

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

Cette situation ne permet pas de travailler méthodiquement à l'intégration des MS dans l'offre de soins environnante. De surcroît, l'ARS et le conseil départemental de l'Ordre refusent que les coordonnées des médecins concernés soient rendues publiques, pour prévenir toute concurrence déloyale, mais en empêchant aussi de visibiliser les MS. En conséquence, les MS fonctionnent encore de manière très isolée, d'autant qu'elles s'adressent à des médecins qui ne sont pas nécessairement familiers de l'addictologie, ne disposent pas toujours de leurs propres réseaux.

Conseils et formations en santé mentale

La coordinatrice médicale d'Alsace intervient dans le démarchage des équipes de soins primaires, afin de convaincre les médecins que les MS ne constituent pas une charge supplémentaire, assure une hotline à destination des médecins les moins expérimentés en santé mentale et en addictologie, et contribue aux formations. Elle est bien identifiée, grâce à sa participation au démarchage.

Principales difficultés

Financières

Les psychiatres coûtent davantage à l'Alsace que ne lui rapportent les forfaits, car l'EPSAN exige une majoration de 30 % par rapport au coût des consultations.

Professionnelles

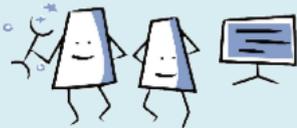
Devant les difficultés des équipes à comprendre la différence entre les deux expérimentations, l'Alsace estime que des MS uniques seraient plus pertinentes à l'avenir.

2.3. Île de France

Données

Entretiens

- Porteurs & référents ARS
 - Danièle bader, présidente, CNRMS
 - Juliette Rault, chargée de mission, CNRMS



- Line Safwan, cheffe de projets, ARS
- Coordinateurs
 - Sehade Mahammed, coordinatrice administrative pour la Seine-Saint-Denis jusqu'en août 2022
 - Bérangère Tranakidis, coordinatrice administrative pour la Seine-Saint-Denis depuis février 2023
- Acteurs
 - Un directeur de centre de santé
 - Deux médecins généralistes, un psychologue et un travailleur social
 - Aucun patient

Études de cas : 1 en 2022, 1 en 2023

Questionnaires EMS : 1 réponse

Avancement de l'expérimentation au 1^{er} avril 2023

- Nombre de MS : 4
- Dates d'ouverture : 1 MS préexistante à l'expérimentation, 2 MS ouvertes en 2021, 1 en 2022
- Répartition géographique : 4 MS en Seine-Saint-Denis
- Structures porteuses : 4
- EMS de rattachement : 1
- Professionnels
 - Médecins : 20
 - Psychologues : 2
 - Travailleurs sociaux : 0
 - Psychiatres : 0
- Files actives : 97 patients depuis 2021

Modalités de déploiement

L'approche retenue consiste à élargir le dispositif Equip'addict, qui jusqu'à la mi-2022, concernait exclusivement la Seine-Saint-Denis, où l'association Proses porte désormais 12 MS.

Constitution des MS

Face à l'impossibilité de recruter des psychiatres, la décision a été prise de s'appuyer exclusivement sur des psychologues, en proposant dans 4 MSMA une consultation supplémentaire dédiée à la santé mentale. A cette fin, les psychologues recrutés à 50 % pour Equip'addict sont passés à 80 % début 2022.

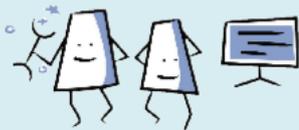
Ressources humaines, facturation et redistribution des forfaits

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

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

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

Toute la gestion financière est assurée par Proses. En pratique, les médecins remplissent une fiche d'inclusion sur papier, qu'ils remettent aux professionnels. Ceux-



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

Coordination interne des MS

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

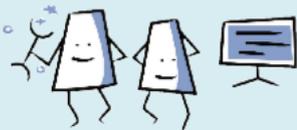
Animation et accompagnement

Comme pour Equip'addict, la coordinatrice administrative assure un accompagnement étroit des MS. Elle intervient lorsque les professionnels l'informent de difficultés, ou lorsqu'elle observe une absence prolongée d'inclusions. Elle participe régulièrement aux RCP, en moyenne tous les 2 mois : cela lui permet d'échanger avec les équipes et de les recadrer au besoin. Elle dialogue beaucoup avec la CNRMS : cela l'aide à prendre du recul, à mieux identifier les situations véritablement problématiques, mais aussi à légitimer ses interventions. Sa circulation entre les MS lui permet de créer de la transversalité sans passer par des dispositifs formels. Quelques temps d'échange ont cependant été organisés entre les professionnels intervenant en MS, qu'il est question de régulariser, mais aussi d'élargir au-delà de Proses : la coordinatrice administrative a sollicité la CNRMS, qui a proposé à son équipe d'assister à la journée régionale des MS de BFC en juin 2023. Enfin, une newsletter est diffusée aux acteurs des MS et aux partenaires de Proses, concernant la vie des MS et incluant une veille addictologique.

La coordinatrice administrative travaille à insérer les MS dans l'offre médico-sociale environnante. Il s'agit d'abord de les faire connaître aux autres professionnels des structures porteuses, qui sont susceptibles d'orienter des patients (comme les infirmiers Asalée intervenant en addictologie, qui ont reçu la possibilité d'inclure au même titre que les médecins généralistes, ou les dentistes pouvant recevoir des patients aux dents abimées par la consommation de substances). Il s'agit aussi de nouer des partenariats afin de faciliter les orientations : psychiatrie de ville et hospitalière, service sociaux, associations locales, etc. Le travail d'insertion des MS dans leur territoire se traduit enfin par une participation aux contrats locaux de santé et aux conseils locaux de santé mentale des municipalités concernées, ainsi qu'aux projets de CPTS.

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

Conseils et formations en santé mentale



En l'absence de coordinateur médical, les missions de conseil et de formation des équipes en santé mentale n'ont pas pu être assurées.

Principales difficultés rencontrées

Financières

Le forfait revalorisé devrait couvrir le recrutement des psychologues, mais reste insuffisant pour la coordination, qui se trouve aujourd'hui financée par Equip'addict.

Professionnelles

Les travailleurs sociaux ont été moins sollicités car beaucoup de dispositifs sont déjà consacrés à la précarité en Seine-Saint-Denis : leur plus-value est moins nette que pour les addictions.

Leviers

Les médecins généralistes sont très demandeurs, notamment à propos des violences intra-familiales et des conséquences de l'épidémie de covid-19 sur les étudiants.

2.4. Occitanie

Données

Entretiens

- Porteurs & référents ARS
 - Danièle Bader, présidente, CNRMS
 - Juliette Rault, chargée de mission, CNRMS
 - Christophe Bonnier, directeur adjoint, Direction des projets, ARS
 - Laure Clément, chargée de mission, Direction des projets, ARS
- Coordinateurs
 - Jules Blanc, chargé de mission, FACS Occitanie
- Acteurs : aucun

Études de cas : aucune

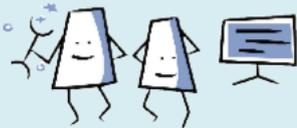
Questionnaires EMS : 1 réponse

Avancement de l'expérimentation au printemps 2023

- Nombre de MS : 4 en fonctionnement et 1 en cours de création
- Dates d'ouverture : 1 en 2022, 3 en 2023
- Répartition géographique : 1 MS dans l'Ariège, l'Aube, le Gard et la Lozère
- Structures porteuses : 4 MSP
- EMS de rattachement : n/c
- Professionnels :
 - 15 médecins généralistes
 - 4 psychologues libéraux
 - 4 travailleurs sociaux (dont 3 libéraux)
- Files actives : 49 patients au 14.06.2023

Modalités de déploiement

L'Occitanie a rejoint l'expérimentation plus tardivement que les autres régions. La CNRMS n'envisageait pas de déployer MSPC sans le soutien de l'ARS, qui se mobilisait déjà beaucoup pour Equip'addict et craignait des interférences. Les progrès de cette première expérimentation ont cependant rassuré l'ARS, qui a officialisé la



participation de l'Occitanie à MSPC en juillet 2022. Elle n'a pas restreint la participation à des équipes de soins primaires ou des EMS particuliers, ne voulant se priver d'aucune possibilité compte-tenu du calendrier de l'expérimentation. En revanche, l'ARS a souhaité une coordination distincte pour les MSPC. Il s'agissait de se doter d'un partenaire unique, face aux difficultés soulevées par la coordination bicéphale des MSMA dans la région, et davantage spécialisé en santé mentale que les acteurs de l'addictologie. C'est finalement à la Fédération des Acteurs de la Coordination en Santé (FACS) Occitanie qu'a été confiée la coordination administrative des MSPC, financée par 21 k€ de crédits d'ingénierie.

Constitution des MS

La FACS s'est chargée d'un premier démarchage des équipes de soins primaires. Elle a d'abord recensé les MSP et les CPTS, en s'appuyant à la fois sur leurs fédérations et l'ARS, puis écrit aux coordinateurs ou médecins référents dont elle avait obtenu les contacts. Environ 35 ont répondu, avec lesquels la FACS a échangé par téléphone. Ils se sont montrés très réticents, dans le contexte de sortie des premières vagues de l'épidémie de Covid-19 : ils décrivaient leurs équipes comme trop épuisées, ou fragilisées par des absences durables, pour s'engager dans un dispositif aussi complexe qu'une MSPC. De surcroît, les aspects financiers du dispositif étaient rendus incertains par la revalorisation en cours du forfait.

Une seule candidature a finalement émergé, dans la MSP de Cazilhac (11) : elle disposait d'un psychologue et d'un travailleur social, tous deux libéraux, mais aucun psychiatre n'a pu être mobilisé. Cette équipe a été formée par la CNRMS à l'automne 2022, et la MS a ouvert en novembre.

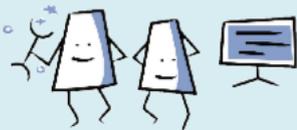
La CNRMS et l'ARS ont assuré un second démarchage en janvier 2023, reposant sur un courrier de la CNRMS aux CPTS et aux MSP, envoyé par l'ARS. Une quinzaine de structures de soins primaires se sont manifestées, dont la moitié participant à Equip'addict, qui ont échangé avec le coordinateur médical et la chargée de mission de la CNRMS. La CNRMS, l'ARS et la FACS en ont alors sélectionné 4, selon des critères d'opérationnalité des équipes, de disponibilité de bureaux pour accueillir les professionnels, d'absence de fragilité connue par les DD de l'ARS, ou encore d'offre de soins sur les territoires :

- Deux MSP accueillant déjà une MSMA, à Bessèges (30) et au Collet-de-Dèze (48),
- Deux MSP devant ouvrir une nouvelle MS, à Foix (09) et Toulouse (31).

Il s'agit maintenant de compléter les équipes et de les former : une MSP a obtenu qu'une travailleuse sociale réduise son ETP au Conseil départemental afin d'intervenir une demi-journée par semaine en libéral, une MSP pourrait disposer d'un psychiatre en raison de liens existants avec un CMP. Les circuits de financement sont aussi en cours de finalisation.

Ressources humaines, facturation et redistribution des forfaits

À Cazilhac, la coordinatrice de la MSP collecte les fiches d'inclusion auprès des médecins, vérifie qu'elles sont complètes et comportent bien le NIR, puis les transmet par messagerie sécurisée au coordinateur de la FACS. Tous les professionnels étant libéraux, les reversements sont ensuite très simples.



Coordination interne des MS

La FACS ne s'estime pas à même de l'assurer, car elle ne travaille pas ordinairement avec les professionnels concernés par les MSPC, et n'intervient pas sur l'organisation concrète des soins.

Animation et accompagnement

Des activités transversales ne sont pas encore prévues, mais pas non plus possibles avec une seule MSPC en activité.

Conseils et formations en santé mentale

Un coordinateur médical dédié aux MSPC n'a pu être recruté dans la région, mais celui de la CNRMS est disponible pour aider les équipes face aux situations complexes.

Principales difficultés rencontrées

Financières

Les psychiatres sollicités auraient jugé le forfait insuffisant.

Le coordinateur de la FACS souligne la nécessité de disposer d'un interlocuteur administratif dans les MS, pouvant lui transmettre les données de facturation qui n'apparaissent pas dans Maia.

2.5. Provence-Alpes-Côte d'Azur

Données

Entretiens

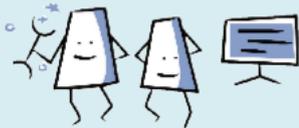
- Porteurs & référents ARS
 - Danièle Bader, présidente, CNRMS
 - Juliette Rault, chargée de mission, CNRMS
 - Céline Mansour, référente Article 51, Direction des politiques régionales de santé, ARS
 - Maud Maignault, responsable de l'unité personnes confrontées à des difficultés spécifiques, DD13, ARS
- Coordinateurs
 - Céline Vander-Elst, coordinatrice administrative, Bus 31/32
 - Renaud Clarté, coordinateur médical, Bus 31/32
- Acteurs
 - 1 psychiatre
 - 2 patients

Études de cas : 1 MS mixte en 2023

Questionnaires EMS : 1 réponse

Avancement de l'expérimentation au printemps 2023

- Nombre de MS : 4
- Dates d'ouverture : 3 MS préexistantes à l'expérimentation, 1 ouverte en 2023
- Répartition géographique : 4 MS dans les Bouches-du-Rhône
- Structures porteuses : 2 cabinets, 1 MSP, 1 centre de santé
- EMS de rattachement : 1
- Professionnels
 - 4 médecins



- 3 psychologues dont 2 libéraux
- 2 travailleurs sociaux
- 2 psychiatres
- Files actives : 85 patients, ainsi qu'une quarantaine de patients suivis hors expérimentation depuis 2021

Modalités de déploiement

L'expérimentation s'est déployée autour du dispositif existant dans les Bouches-du-Rhône, où les premières MS ont ouvert en 2005. Elles étaient portées par un réseau indépendant sur les toxicomanies, héritier d'un réseau ville-hôpital sur le VIH et disposant d'un lieu de soins dans le centre de Marseille : le Cabanon. Ce réseau s'est appuyé sur ses correspondants dans le département pour ouvrir une douzaine de MS en quelques années, à l'aide d'un financement conjoint par la DDASS, les conseils généraux et régionaux, ainsi que la ville de Marseille. Quelques années plus tard, à l'occasion d'une réforme générale du secteur addictologique, l'ARS a souhaité rationaliser ce dispositif en transférant son portage vers un réseau de DAC et en développant les MS vers les territoires isolés plutôt que les centres urbains. Faute d'un accord, elle a retiré son soutien au réseau, aboutissant à la fermeture du Cabanon et de la majorité des MS. Les fonds restants, ainsi que le portage des 3 MS encore en activité, ont été transférés à l'association Bus 31/32. Cet épisode reste assez douloureux pour l'ensemble des acteurs, et contribue à expliquer pourquoi l'ARS ne s'est pas engagée dans l'expérimentation Equip'addict.

En parallèle, les MS se sont ouvertes à la santé mentale, devant la forte comorbidité des addictions avec les troubles psychiques. L'épidémie de Covid-19 a justifié cette orientation, en fragilisant de nombreux patients et en accroissant leur besoin d'être accompagnés dans leur parcours de soins. Elle a ainsi conduit au développement de l'expérimentation MSPC, que les Bouches-du-Rhône ont rejoint naturellement.

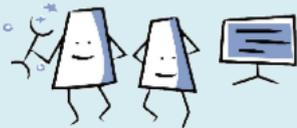
NB. Il existe aussi 2 MSMA dans l'arrière-pays niçois, à Roquebillière et Valdeblore, qui ne participent à aucune expérimentation.

Constitution des MS

L'intégration des 3 MS existantes n'a pas soulevé de difficulté particulière. Elles ont bénéficié d'une formation, incluant notamment une présentation du logiciel Maia par la CNRMS, puis d'un accompagnement rapproché par la coordinatrice administrative du Bus 31/32.

Une 4^e MS a ouvert début 2023 dans le cabinet d'un médecin ayant candidaté spontanément, après avoir découvert le dispositif au sein d'un réseau d'addictologie. Il se sentait assez seul face à ses nombreux patients sous TSO, qui nécessitent un suivi renforcé. La coordinatrice administrative l'a rencontré, en compagnie d'un médecin de l'équipe, pour lui présenter le fonctionnement des MS. Il a immédiatement adhéré au dispositif, et la MS a ouvert peu après avec deux professionnels du Bus 31/32. En deux mois, une quarantaine de patients ont été inclus.

Deux autres structures de soins primaires ont fait connaître leur intérêt, l'une à Martigues, l'autre à La Ciotat, tandis que le Bus 31/32 envisage de solliciter un centre de santé venant d'ouvrir dans les quartiers Nord de Marseille. Il n'est pas sûr que des MS puissent y être ouvertes avant la fin de l'expérimentation.



Ressources humaines, facturation et redistribution des forfaits

La coordination administrative est assurée par le Bus 31/32, une association indépendante disposant d'un CSAPA, d'un CAARUD, d'un bus proposant la délivrance de TSO en rue, d'un service intervenant dans le milieu festif, etc., avec une quarantaine de salariés.

- Concernant les psychologues, 2 sont libéraux et 1 détaché par le Bus, avec un recrutement en cours pour compléter les équipes du CSAPA et du CAARUD, mais qui permettra aussi l'ouverture d'une MS supplémentaire.
- Concernant les travailleuses sociales : 2 sont détachées par le Bus, dont 1 intervenant dans les 3 MS de Marseille, et 1 dans la MS d'Aix-en-Provence. Cette dernière a été recrutée à 0,2 ETP pour intervenir en MS. Elle habite à proximité, et ce qui simplifiait l'organisation.
- Concernant les psychiatres, 2 sont détachés par des établissements hospitaliers. L'un intervient dans les 3 MS de Marseille, l'autre participait à la MS d'Aix-en-Provence, mais vient de partir et n'a pu être remplacé.

Coordination interne des MS

La coordinatrice administrative aide les équipes à trouver leur organisation initiale, qui dépend surtout de la disponibilité des bureaux. Elle programme aussi les RCP, qui sont mensuelles et permettent de discuter des situations complexes.

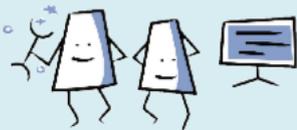
Elle se rend tous les mois dans les MS, à l'occasion des RCP : elle recense les patients suivis et vérifie qu'ils apparaissent bien dans le logiciel Maia, en aidant éventuellement les médecins à procéder aux saisies nécessaires. Elle précise aussi les motifs d'inclusion, qui déterminent si les patients relèvent ou non de l'expérimentation. En principe, elle inclut seulement au titre de la santé mentale ceux qui présentent des problèmes psychiques spécifiques, comme des troubles de la personnalité traités par neuroleptiques, associés ou à des conduites addictives. Elle repart avec les fiches d'inclusions, puis saisit les données de facturation sur la plateforme A51 de la CNAM.

Animation et accompagnement

La coordinatrice administrative soutient beaucoup les équipes, notamment au travers de ses visites mensuelles. Elle juge cet accompagnement essentiel au bon fonctionnement des MS, même après plusieurs années d'existence, en raison de la saturation des médecins : il faut les soulager du maximum de choses, comme la transmission des données de facturation, l'organisation des réunions... Cela exige un temps conséquent à cause des déplacements : elle pense qu'il faudrait évoluer vers un ETP complet pour coordonner 6 ou 7 MS, par rapport ou 0,6 dont elle dispose aujourd'hui pour en coordonner 4.

Le coordinateur médical intervient en tiers auprès des MS, à l'occasion des RCP mensuelles, auxquelles les équipes éprouvant des difficultés l'invitent à participer. Il aide les équipes à dialoguer lorsqu'elles n'y parviennent plus, de manière à débloquent des situations et restaurer les dynamiques collectives. Ainsi dans une MS où le médecin n'arrivait pas à communiquer avec le psychologue, qu'il trouvait trop froid, et dont il craignait qu'il ne puisse entendre ses demandes.

Des RCP communes aux 4 MS sont organisées tous les trimestres. Elles sont animées par la coordinatrice administrative et le coordinateur médical. Elles permettent de présenter les évolutions administratives liées notamment à l'expérimentation, d'offrir



une intervention sur un thème addictologique, et de discuter de quelques cas cliniques.

Conseils et formations en santé mentale

Aucune formation n'est proposée au sens strict, car il est difficile d'obtenir des médecins libéraux qu'ils y participent. Il est plus efficace de les former de manière informelle lors des événements collectifs, qui sont toujours conçus dans cette perspective.

Le coordinateur médical intervient lorsque des patients dysfonctionnent aux yeux des médecins : ils ne prennent pas leurs traitements, manquent des consultations, s'y consultent de manière inappropriée... Il aide les médecins à comprendre la signification de ces conduites, ce qui les rassure beaucoup, même lorsque cela aboutit seulement à confirmer leurs décisions. En revanche, pour éviter toute confusion, le coordinateur médical refuse de recevoir des patients, sauf lorsque leur suivi en MS n'est plus viable et qu'il devient nécessaire de les orienter ailleurs. Il intervient aussi bien au sujet des addictions que de la santé mentale.

Principales difficultés rencontrées

Financières

Le forfait ne rémunère pas suffisamment les démarches hors-consultation des travailleurs sociaux.

Organisationnelles

Il est parfois difficile de trouver des bureaux dans les cabinets médicaux. Dans une MS, les professionnels consultent dans la cuisine, que la coordinatrice administrative a dû aménager pour qu'elle soit suffisamment accueillante.

Professionnelles

Les médecins risquent de s'épuiser, car ils participent à beaucoup de projets : il faut absolument les soulager. C'est pourquoi ils sont dispensés du recueil des données sanitaires, et la coordinatrice administrative les aide à saisir leurs inclusions.

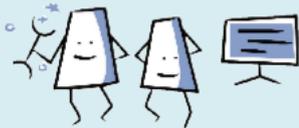
Il est nécessaire de bien expliquer le fonctionnement des MS aux patients afin qu'ils se les approprient.

Leviers

Les MS permettent d'accéder à des patients plus insérés que les usagers habituels des EMS, et de mener des actions de prévention. Elles compensent aussi les difficultés d'accès aux CSAPA, découlant de leur saturation ou des réticences des patients.

Les MS permettent de soulager les médecins, qui sont parfois en souffrance avec des patients en grande difficulté, auxquels ils ne savent que proposer.

Les MS permettent aux travailleurs sociaux de se diversifier, car ils peuvent y faire à la fois de l'administratif (papiers, droits sociaux, prestations sociales, etc.) et de la réduction des risques (notamment dans une MS dont la patientèle comporte beaucoup de cocaïnomanes insérés). Elles leur apportent aussi une respiration, en intervenant auprès de patients moins difficiles que les usagers habituels du Bus 31/32.



3. Résultats des enquêtes d'expérience et satisfaction patient

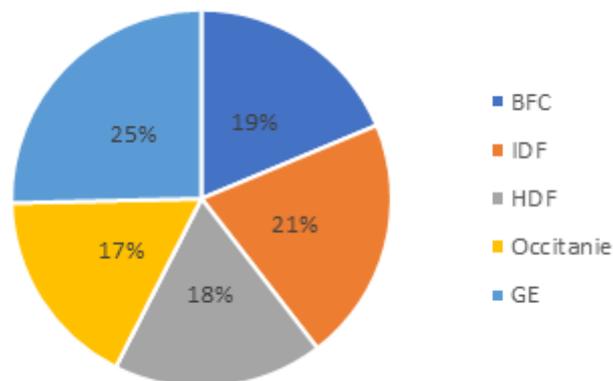
Entre juin 2022 et mai 2023, **134 questionnaires** ont été remplis par des patients puis transmis à la CNRMS via les coordinations régionales.

Parmi les patients répondants :

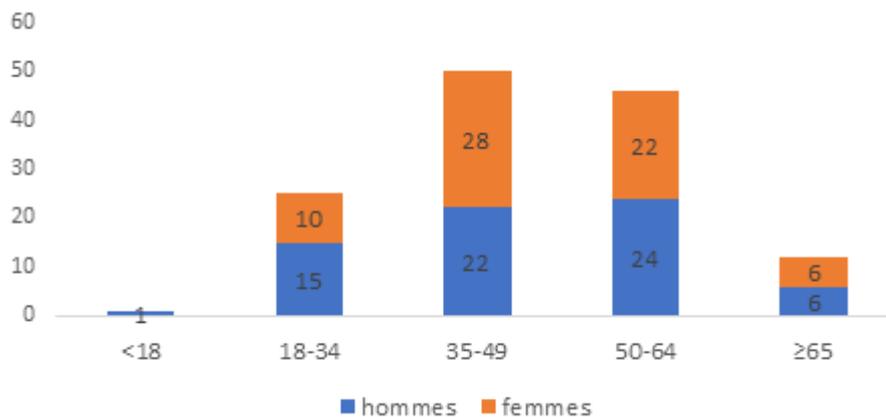
- 68 hommes (51%)
- 66 femmes (49%)

Les patients sont suivis en moyenne depuis 18 mois lors de la réponse aux questionnaires.

Région de prise en charge des patients :



Répartition de l'âge selon le sexe :

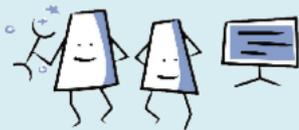


- Répartition du sexe homogène par classe d'âge

Avant d'entrer dans la microstructure :

- 61% n'avaient jamais vu un psychologue
- 78% n'avaient jamais vu un TS
- 72% n'avaient jamais vu un addictologue
- 66% n'avaient jamais vu un psychiatre

Dans la microstructure, les patients rencontrent :



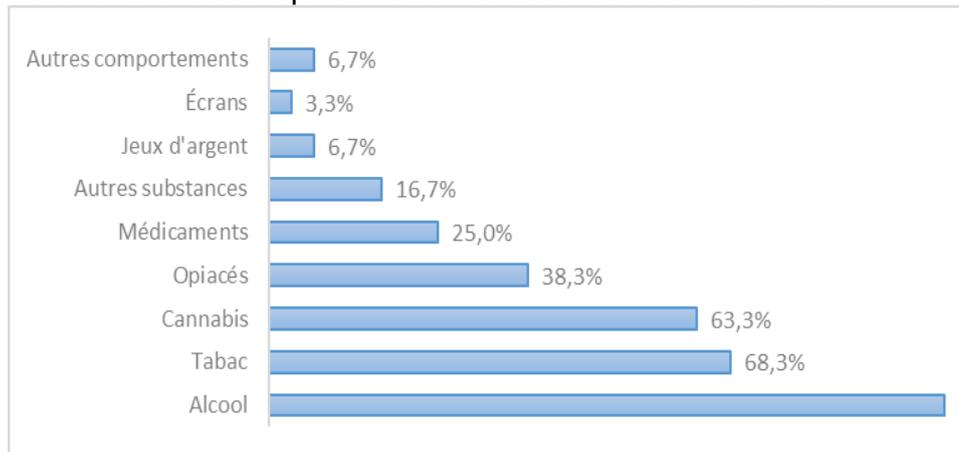
- Le psychologue pour 76% d'entre eux
- Le travailleur social pour 54% d'entre eux

Détail des professionnels vus :

- 45% des patients voient le psychologue uniquement
- 23% des patients voient le TS uniquement
- 32% des patients voient et le psychologue et le TS en microstructure

Evolution de l'état de la personne suivie en microstructure :

- 87% des patients sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que leur qualité de vie s'est améliorée depuis leur entrée dans la microstructure



Concernant, l'amélioration de la qualité de vie :

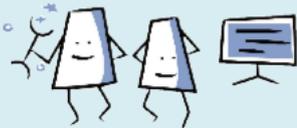
- 49% déclarent avoir une amélioration avec leur entourage
- 65% déclarent avoir une amélioration de leur bien-être psychique
- 30% déclarent avoir une amélioration de leur situation sociale
- 40% déclarent avoir une amélioration de leur situation somatique
- 25% déclarent avoir une amélioration de leur situation professionnelle
- 72% des patients sont d'accord ou tout à fait d'accord avec l'idée qu'ils ont une meilleure gestion de leurs consommations depuis l'entrée dans la microstructure

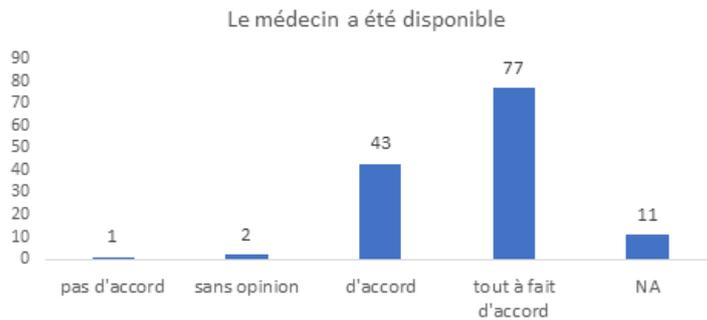
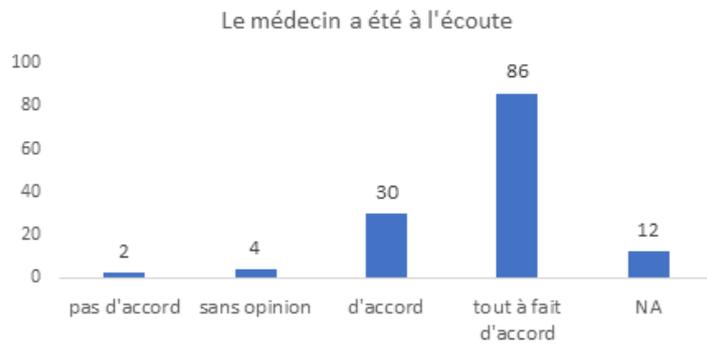
Avis global sur la microstructure :

- 96% des patients trouvent que le lieu (cabinet du médecin généraliste) est adapté à leurs suivis
- 92% recommanderaient la microstructure à des personnes dans la même situation qu'eux

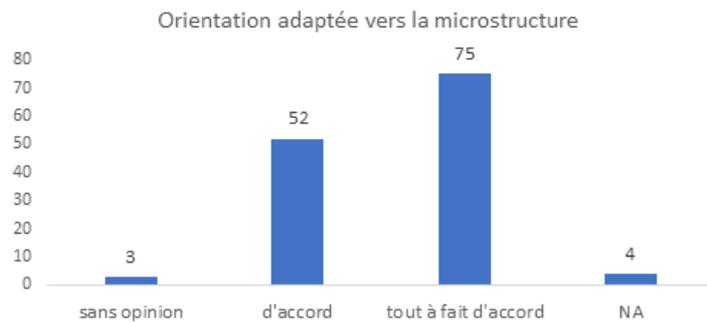
Note globale attribuée quant à la qualité du suivi en microstructure : 8,9/10

Intervention du médecin généraliste





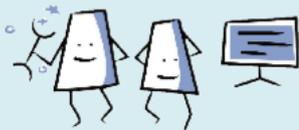
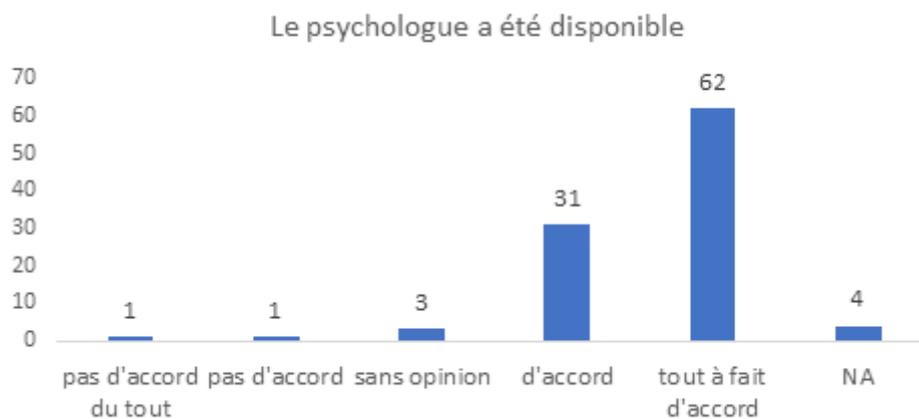
Note moyenne attribuée au médecin pour ses explications : 8,9/10



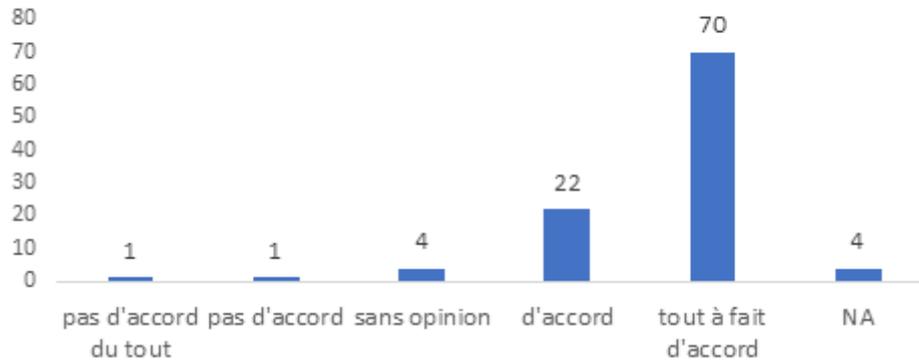
- 95% des patients répondants ont trouvé que leur orientation vers la microstructure était adaptée à leurs besoins

Intervention du psychologue

- Parmi les patients qui rencontrent le psychologue en microstructure (n=102) :



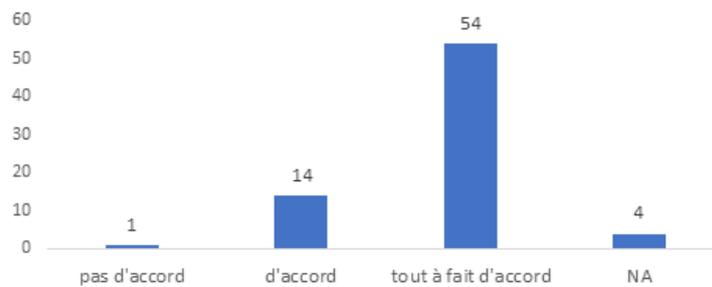
Le psychologue a été compréhensible



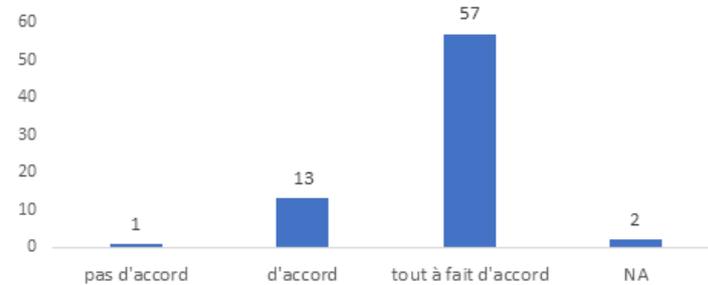
Intervention du travailleur social

- Parmi les patients qui voient le travailleur social (n=73) :

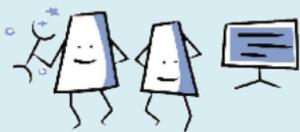
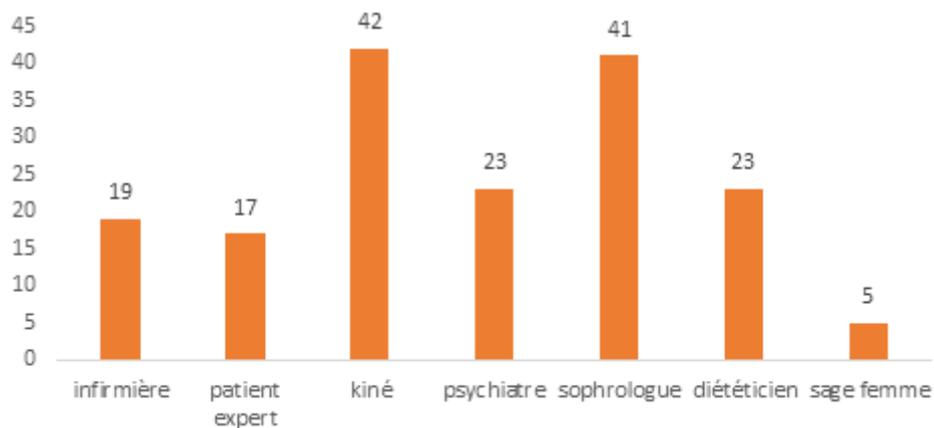
Le travailleur social a été disponible



Le TS a été à l'écoute

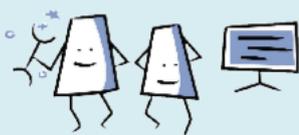
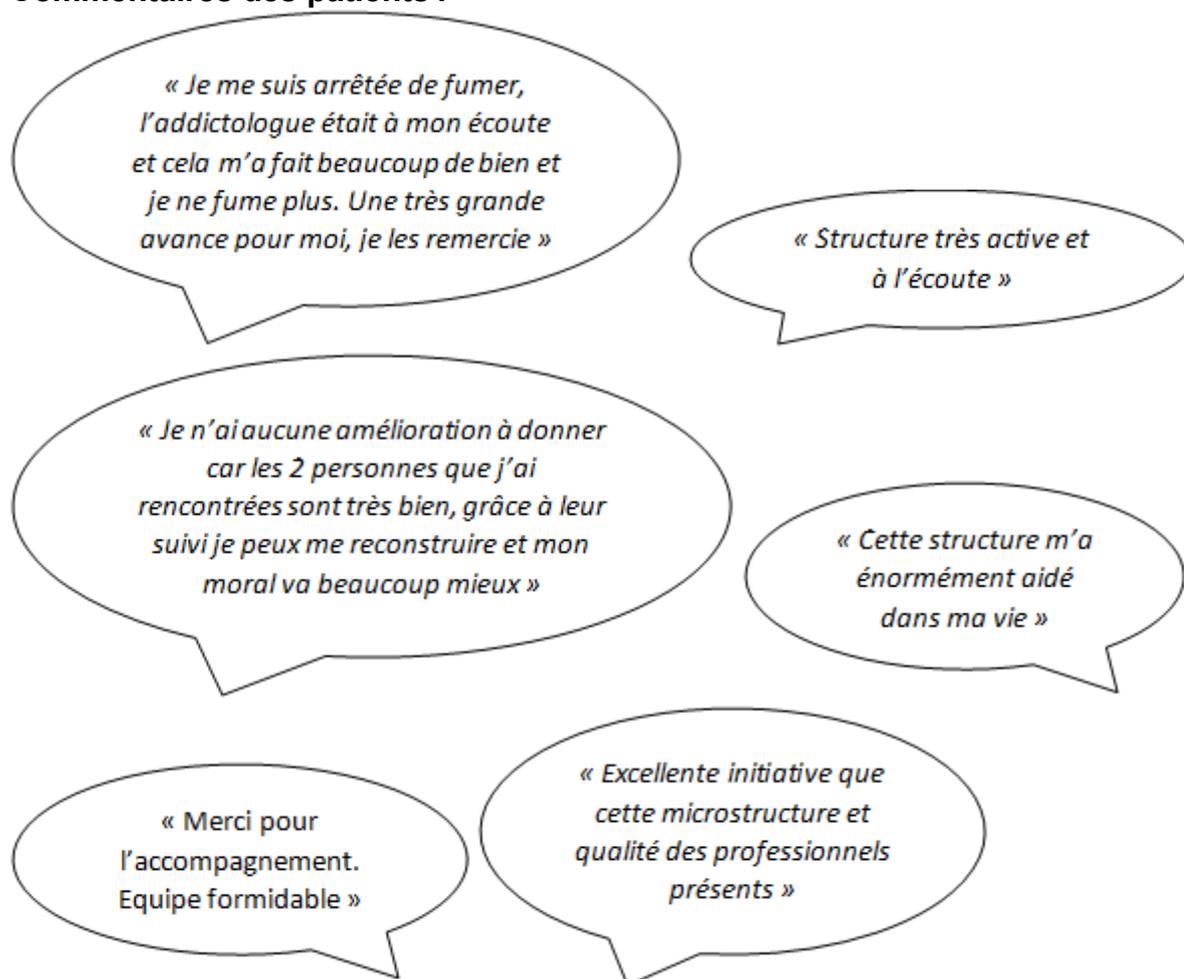


Souhait de rencontre d'autres professionnels de santé en microstructure :



- 42 patients ont déclaré vouloir rencontrer un kinésithérapeute en microstructure ;
- 41 patients ont déclaré vouloir rencontrer un sophrologue en microstructure ;
- 23 patients ont déclaré vouloir rencontrer un psychiatre et 23 patients ont déclaré vouloir rencontrer un diététicien en microstructure ;
- 19 patients ont déclaré vouloir rencontrer une infirmière en microstructure ;
- 17 patients ont déclaré vouloir rencontrer un patient expert en microstructure ;
- 5 patients ont déclaré vouloir rencontrer une sage-femme en microstructure ;
- 49 patients ont déclaré ne pas avoir besoin de rencontrer d'autres professionnels en microstructure

Commentaires des patients :



4. Résultats communs à Equip'addict et MSPC

4.1. Fonctionnement des MS : organisation des RCP et implication des médecins

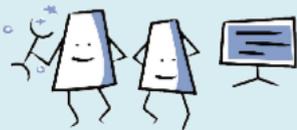
Les RCP constituent le principal vecteur de pluriprofessionnalité dans le dispositif Equip'addict. Les données qualitatives témoignent cependant de difficulté à les organiser, devant l'accaparement des médecins par une patientèle pléthorique et de multiples dispositions concurrents. Ils ne parviennent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

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

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

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

D'autres études de cas ont révélé un fonctionnement moins satisfaisant, avec des médecins concevant davantage leur MS comme une structure spécialisée, à laquelle déléguer la prise en charge des conduites addictives. Ces médecins se contentent d'inclure des patients, sans intervenir dans les suivis proposés ensuite, ni chercher à se coordonner avec les professionnels. Ces derniers n'avaient pas le sentiment de faire équipe.



4.2. Expérience des patients

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

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

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

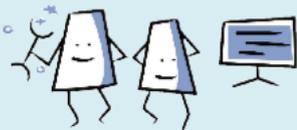
Une majorité de répondants à l'enquête de satisfaction a déclaré ne voir qu'un seul des deux professionnels en MS : 45 % d'entre eux voient exclusivement le psychologue, 23 % ne rencontrent que l'intervenant social. Ils sont 35 % à bénéficier d'un suivi combiné entre psychologue et intervenant social.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

Les répondants ont estimé que l'offre de soins en MS était adaptée à leurs besoins : 95% des patients répondants ont trouvé que leur orientation vers la MS était adaptée à leurs besoins ; 92 % d'entre eux ont déclaré qu'ils recommanderaient la MS à des personnes dans la même situation qu'eux, et 96 % trouvent que le lieu (cabinet du médecin généraliste) est adapté à leur suivi.

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

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

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



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

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

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

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

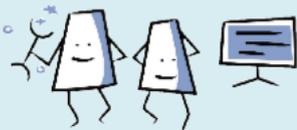
Les réponses à l'enquête de satisfaction sont globalement concordantes avec les perceptions des professionnels concernant la qualité du suivi en MS : les MSMA permettent de suivre des patients qui ne consomment habituellement pas le type de soin qu'elles proposent ; elles permettent, en outre, un suivi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

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

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

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

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



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

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

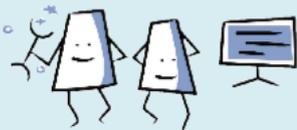
En conclusion, le contenu des entretiens avec les patients confirme les perceptions des professionnels concernant la plus-value des MSMA : la proximité géographique est un véritable atout, en particulier pour les patients peu mobiles. Les patients y trouvent un espace où ils se sentent en confiance,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

4.3. Circuits de facturation

Les circuits de facturation se caractérisent d'abord par les acteurs qu'ils impliquent, selon la manière dont la coordination administrative est assurée :

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

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



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

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

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

Depuis la variété des circuits de facturation observés, on peut estimer que la transmission des données de facturation n'est pas optimale pour une généralisation.

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

