



## INNOVATION EN SANTE – CAHIER DES CHARGES PERIODE TRANSITOIRE POST EXPERIMENTATION

### Dispositif EQUIP'ADDICT

**NOM DU(DES) PORTEUR(S)° et son statut juridique :** Agences Régionales de Santé (ARS) : Bourgogne Franche-Comté (BFC), Ile-de-France (IDF), Grand Est (GE), Hauts de France (HDF), Occitanie.

#### Résumé du projet :

Le projet vise à proposer un nouveau mode d'organisation et de financement d'une équipe de soins primaires en exercice coordonné : les microstructures médicales addiction (MSMA) sont organisées *a minima* autour de trois professionnels : médecin généraliste/psychologue/travailleur social (libéraux ou salariés), auxquels s'ajoute parfois un médecin disposant d'une spécialité ou d'une compétence en addictologie et d'une coordination médicale et administrative. Elles assurent une prise en charge et un accompagnement global en proximité au cœur de la structure de soins de premier recours (centre de santé, maison de santé, cabinet) à des patients présentant une ou plusieurs addictions dont la prise en charge s'avère complexe et n'étant pas pris en charge dans le cadre d'un dispositif destiné aux personnes souffrant d'addiction préexistant en ville. L'objectif est d'améliorer le maillage territorial et l'accès aux soins des patients par une approche pluri professionnelle, en articulation avec une structure coordinatrice spécialisée ou non, centrée autour du médecin traitant.

La coordination est assurée majoritairement par des structures médico-sociales spécialisées (CSAPA et CAARUD). L'animation territoriale du dispositif relève d'acteurs au niveau du territoire (département ou région) et au niveau national (CNRMS). L'innovation est déployée sur 5 régions autour d'un CDC national.

#### CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	
National	X



## GLOSSAIRE

<b>ESMS</b>	Etablissements Social et Médico-Social
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>CAARUD</b>	Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques pour Usagers de Drogue
<b>CAI</b>	Crédits d'amorçage et d'ingénierie
<b>CSAPA</b>	Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
<b>CDS</b>	Centre de Santé
<b>SSP</b>	Structures de Soins Primaires (MSP+CDS +cabinets individuels ou de groupe)
<b>MSMA</b>	Microstructures Médicales Addiction
<b>MSP</b>	Maisons de Santé
<b>PPS</b>	Plan Personnalisé de Santé
<b>RCP</b>	Réunion de Coordination Pluri-professionnelle
<b>URPS</b>	Union régionale des professionnels de santé

## Table des matières

I porteurS et PARTENAIRES CONCERNES.....	4
II Résultats de l'expérimentation et avis du conseil stratégique .....	4
III Description de l'innovation faisant l'objet de la période transitoire .....	5
III.1 Objet de l'innovation en santé .....	5
III.2 Population cible .....	5
III.2.A Critères d'inclusion.....	6
III.2.B Critères d'exclusion .....	6
III.2.C Effectifs cibles.....	6
III.3. Parcours du patient .....	6
III.4 Durée de la période transitoire .....	7
III.5. Pilotage, gouvernance et suivi de la période transitoire.....	7
IV. Financement de l'innovation en santé.....	7
IV.A Estimation du besoin en crédits d'amorçage et d'ingénierie (CI).....	7
IV.1B Estimation du besoin de financement au titre des prestations dérogatoires .....	8
IV.C Besoin de financement total .....	9
IV Autres sources de financement .....	9
v Dérogations nécessaires pour la PERIODE TRANSITOIRE de l'innovation .....	9



## I PORTEURS ET PARTENAIRES CONCERNES

**Porteurs du projet :** Agences Régionales de Santé (ARS) : Bourgogne Franche-Comté (BFC), Ile-de-France (IDF), Grand Est (GE), Hauts de France (HDF), Occitanie

**Partenaires concernés :** Représentants du secteur médical et paramédical (médecins en cabinets, maisons et centres de santé), établissements sociaux ou médico-sociaux (CSAPA et CAARUD), unités d'addictologie hospitalières, secteurs hospitaliers psychiatriques dont CMP, fédérations d'exercice coordonné, dispositifs de coordination (DAC, CPTS), CCAS, ...

## II RESULTATS DE L'EXPERIMENTATION ET AVIS DU CONSEIL STRATEGIQUE

L'expérimentation a montré l'intérêt des professionnels et des patients pour cette organisation souple et pluridisciplinaire, la capacité à inclure des patients qui n'auraient pas osé se rendre dans des structures spécialisées en addictologie et une amélioration du maillage territorial, quelles que soient les modalités de déploiement et d'accompagnement du dispositif mises en œuvre par les ARS.

87,7% des MSMA prévues devraient être ouvertes au terme de l'expérimentation.

81% d'entre elles reposent sur des structures d'exercice coordonné (MSP ou centre de santé).

La coordination administrative du projet est jugée satisfaisante. En fonction des régions, cette coordination est soit complète et dédiée, portée par des associations départementales ou régionales, soit disséminée entre plusieurs acteurs locaux et régionaux.

Même si l'évaluation a soulevé certaines difficultés, notamment l'insuffisance de coordination médicale et la lourdeur du système d'information, il apparaît que le dispositif Equip'Addict est très apprécié des professionnels et des patients. Il est simple, agile et il permet d'atteindre une patientèle nouvelle, notamment les femmes, peu à l'aise dans les structures spécialisées d'addictologie et à laquelle il autorise un accès aux soins rassurant car non stigmatisant. Les MSMA proposent une prise en charge de premier niveau, complémentaire de celle offerte par les CSAPA.

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

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

1. Clarifier le périmètre d'intervention des MSMA, notamment vis-à-vis de la thématique précarité comme motif d'inclusion ;
2. Arbitrer sur les modalités de coordination (administrative et médicale) et d'animation territoriale du dispositif sur les régions. Dans tous les cas, le choix de consacrer un acteur spécifiquement dédié à la coordination administrative et un à l'animation au niveau régional ou départemental semble le plus judicieux ;

3. Renforcer la coordination médicale, en repensant l'intégration du coordinateur dans le dispositif et en faisant éventuellement appel à d'autres partenaires spécialisés en dehors des structures médico-sociales ;
4. Fixer les prérequis pour les MSMA, en prenant particulièrement en compte les temps de coordination formalisés entre professionnels et la nécessité de locaux suffisants pour assurer la coordination informelle et limiter les risques d'isolement des psychologues et des intervenants sociaux ;
5. Repenser le système d'information, en faisant le choix d'un logiciel ou d'un module qui s'intègre aux pratiques et aux logiciels métiers des médecins généralistes. Pour cela, une réflexion juridique sera nécessaire pour harmoniser les pratiques autour du partage d'information (notamment messagerie sécurisée et partage d'informations via les outils e-parcours) ;
6. Affiner le modèle économique, notamment en distinguant :
  - Un forfait d'inclusion dans la MSMA, couvrant une consultation longue par le médecin généraliste et une première consultation commune par les deux professionnels, qui n'aurait vocation à être renouvelé que lorsqu'un patient change de MSMA ;
  - Un forfait d'accompagnement semestriel renouvelable jusqu'à deux ans, en fonction des besoins des patients. Ce forfait inclurait la participation aux RCP ;
  - Une dotation de fonctionnement incluant le financement pour le travail de prospection et de consolidation ainsi que la coordination administrative et médicale.

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

### III DESCRIPTION DE L'INNOVATION FAISANT L'OBJET DE LA PERIODE TRANSITOIRE

#### III.1 OBJET DE L'INNOVATION EN SANTE

L'innovation a pour objet d'améliorer le maillage territorial des prises en charge et l'accès à des soins de proximité pour les patients présentant une situation complexe avec une ou plusieurs conduites addictives et à l'aide d'un nouveau modèle économique unique (forfait annuel par patient) de rémunérer une équipe pluriprofessionnelle autour du médecin généraliste en ville.

#### III.2 POPULATION CIBLE

Sont ciblés tous les patients adultes ou adolescents présentant une ou plusieurs situations complexes objectivées avec une ou plusieurs conduites addictives. L'addiction s'entend avec substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites, médicaments...) et sans substances psychoactives (jeux d'argent, écrans, ..).

### III.2 A CRITERES D'INCLUSION

Tout patient qui présente une ou plusieurs addictions complexes objectivées peut se voir proposer un suivi par la microstructure médicale addiction. L'adhésion formalisée du patient et /ou du représentant légal, le cas échéant, est nécessaire pour la mise en place d'une prise en charge.

### III.2.B CRITERES D'EXCLUSION

Les critères d'exclusion sont :

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

### III.2.C EFFECTIFS CIBLES

L'innovation vise un objectif de **149** microstructures médicales ouvertes et de **8 532** inclusions sur les 16 mois de période de transition du 1<sup>er</sup> janvier 2024 au 30 avril 2025.

**Tableau de la cible en termes de MSMA et d'inclusions :**

16 mois	Occ	BFC	HDF	GRAND EST	IDF	Total
Cible inclusions 16 mois	2080	557	1167	3328	1400	<b>8 532</b>
Cible nbre de MSMA	30	11	35	48	25	<b>149</b>
Nombre moyen de patients suivis / MSMA	52	38	25	52	42	

### III.3. PARCOURS DU PATIENT

Le patient concerné peut être repéré de deux manières différentes :

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

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

capable d'effectuer un suivi adapté aux besoins identifiés du patient qui passe par des entretiens réguliers avec les différents professionnels de la MSMA.

Cette prise en charge sera ponctuée par d'autres RCP *a minima* une fois par trimestre au cours desquelles il sera décidé collégalement de la reconduction, de l'adaptation ou de l'arrêt de la prise en charge par l'équipe de la MSMA. Un médecin spécialisé en addictologie peut être associé à ces RCP ou à la prise en charge.

Le suivi peut prendre fin pour plusieurs raisons :

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

### III.4 DUREE DE LA PERIODE TRANSITOIRE

La durée de cette période transitoire est fixée à 16 mois soit du 1<sup>er</sup> janvier 2024 jusqu'au 30 avril 2025.

### III.5. PILOTAGE, GOUVERNANCE ET SUIVI DE LA PERIODE TRANSITOIRE

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

- ✓ Un COPIL inter-régional se réunissant au moins une fois au cours de la période de transition afin de partager avec les porteurs les avancées du nouveau modèle de droit commun.
- ✓ Un COPIL dans chaque région qui sera composé des acteurs locaux impliqués dans l'innovation et des partenaires. Il aura pour mission de partager les freins rencontrés et les leviers nécessaires et de s'assurer de l'atteinte des objectifs et de la consommation des crédits en regard de l'activité.

## IV. FINANCEMENT DE L'INNOVATION EN SANTE

### IV.A Estimation du besoin en crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI)

Malgré la stabilité des objectifs (plafonnement du nombre de MSMA) déjà atteint dans certaines régions, pendant la période de transition, la dynamique du dispositif reposera sur un équilibre entre les éventuelles équipes qui quitteront l'organisation innovante et d'éventuelles microstructures amenées à la rejoindre. Il convient de ne pas freiner cette dynamique et pour cela, de pouvoir mobiliser et former les nouvelles équipes des MSMA qui démarrent et de disposer de fonds nécessaires à la poursuite de l'ingénierie du dispositif.

Ainsi les ARS sont-elles incitées à encourager l'ouverture des nouvelles microstructures, dans la limite des effectifs fixés dans le présent cahier des charges, dans des zones aujourd'hui faiblement pourvues.

La coordination à l'échelle locale, départementale, régionale ou nationale qui existait durant la phase expérimentale doit être conservée durant la période de transition afin de ne pas bouleverser l'écosystème Equip'Addict jusqu'au passage dans le droit commun. La phase transitoire permettra cependant d'anticiper l'intégration ou l'articulation au modèle de droit commun.

### Tableau Besoin de financement en CAI (FIR)

	Occ	BFC	HDF	GRE	IDF	Total
Crédits FIR CAI 2024 (12 mois)	52 352 €	40 352 €	63 800 €	22 906 €	29 604 €	<b>209 014 €</b>
Crédits FIR CAI 2025 (4 mois)	24 271 €	13 771 €	3 000 €	7 089 €	10 110 €	<b>58 241 €</b>
<b>TOTAL 16 mois</b>	<b>76 623 €</b>	<b>54 123 €</b>	<b>66 800 €</b>	<b>29 995 €</b>	<b>39 714 €</b>	<b>267 255 €</b>

#### IV.1B Estimation du besoin de financement au titre des prestations dérogatoires

Le forfait annuel de prise en charge par patient a été revalorisé au 1<sup>er</sup> décembre 2021 à 806 € par an/patient. Ce montant est conservé au cours de la période de transition.

#### Tableau. Construction du forfait annuel par patient (806 €) d'une microstructure médicale addiction

Prestation	Intervenant	Nb moyen d'actes par patient par an	Coût horaire	Durée moyenne, en min	Nb moyen de patients vus	Forfait annuel par patient
Consultation	Médecin généraliste	1	75 €	35	1	46 €
Remplissage données MAIA	Médecin généraliste	1	75 €	15	1	20 €
Consultation	Psychologue	7	45 €	1		315 €
Consultation	Travailleur social	6	31 €	1		186 €
Traitement de dossiers hors présence patients	Travailleur social	-	31 €	0,5		16 €
Déplacements annuels pour les salariés	Psychologue / TS	-	30,4 €	68	5	7 €
RCP	Médecin généraliste	5	75 €	1,5	9	63 €
	Psychologue		45 €			38 €
	Travailleur social		31 €			26 €
Coordination administrative		-	31 500 €	0,5		38 €
Coordination médicale	Médecin généraliste	-	75 000 €	0,3		54 €
<b>Forfait annuel par patient</b>						<b>806 €</b>

Ce calcul est basé sur un nombre moyen d'actes par professionnel et ne constitue qu'une référence qui n'a pas vocation à être utilisée comme protocole de prise en charge. Le parcours individuel peut varier en fonction des besoins du patient.

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

Le nombre de MSMA fixé au 1<sup>er</sup> décembre 2023 est pris comme élément pour le calcul de l'activité cible au cours de la période de transition de 16 mois. Le nombre moyen d'inclusions/renouvellements annuels par microstructures servant au calcul des dotations est plafonné à 52.



### Tableau Besoin de financement en prestations dérogatoires (FISS)

16 mois :	Occ	BFC	HDF	GRAND EST	IDF	TOTAL
<b>Crédits FISS 2024 (12 mois)</b>	1 257 360€	336 908 €	705 250 €	2 011 776 €	846 300 €	<b>5 157 594 €</b>
<b>Crédits FISS 2025 (4 mois)</b>	419 120 €	112 034 €	235 352 €	670 592 €	282 100 €	<b>1 719 198 €</b>
<b>Total 16 mois</b>	<b>1 676 480 €</b>	<b>448 942</b>	<b>940 602 €</b>	<b>2 682 368 €</b>	<b>1 128 400</b>	<b>6 876 792 €</b>

### IV.C Besoin de financement total

	Occ	BFC	HDF	GRE	IDF	Total
FISS+FIR 2024 (12 mois)	1 309 712 €	377 260 €	769 050 €	2 034 682 €	875 904 €	<b>5 366 608 €</b>
FISS+FIR 2025 (4 mois)	443 391 €	125 805 €	238 352 €	677 681 €	292 210 €	<b>1 777 439 €</b>
<b>TOTAL 16 mois</b>	<b>1 753 103 €</b>	<b>503 065 €</b>	<b>1 007 402 €</b>	<b>2 712 363 €</b>	<b>1 168 114 €</b>	<b>7 144 047 €</b>

Le besoin de financement de l'innovation Equip'Addict sur l'ensemble de sa durée représente un montant total de **7 144 047 €** (FISS + FIR). Ce montant est le maximum autorisé si toute l'activité prévue dans le cahier de charges est réalisée. Il se répartit en deux parties, non fongibles entre elles et qui feront l'objet pour chacune d'une convention :

- des crédits d'ingénierie et de formation pour un montant total de **267 255 €** qui seront versés sous forme de dotations (FIR) par l'ARS,
- des financements dérogatoires du FISS, pour un montant maximum de **6 876 792 €**. €, dont les modalités de facturation et de versement seront définies par conventions avec la CNAM.

### IV AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT

Certaines ARS pourront grâce au FIR participer au financement de certaines MSMA en cas de dépassement du nombre moyen des inclusions prévues par le modèle économique. Elles ont la possibilité de plafonner le nombre d'inclusions annuelles par microstructure.

### V DEROGATIONS NECESSAIRES POUR LA PERIODE TRANSITOIRE DE L'INNOVATION

L'innovation nécessite de déroger aux règles de prise en charge ou de remboursement d'actes ou de prestations (article L.162-1-7 du CSS) et de paiement direct des honoraires (article L.162-2 du CSS).

Le forfait pluridisciplinaire inclut des prestations non remboursées telles que les prestations de psychologue et de travailleur social (dérogation au 1°, 2° et 6° de l'article L160-8 du CSS) et un partage d'honoraires entre cabinet médical en exercice regroupé et structure employeur du psychologue et du travailleur social (dérogation à l'article L. 4113-5 du CSP).