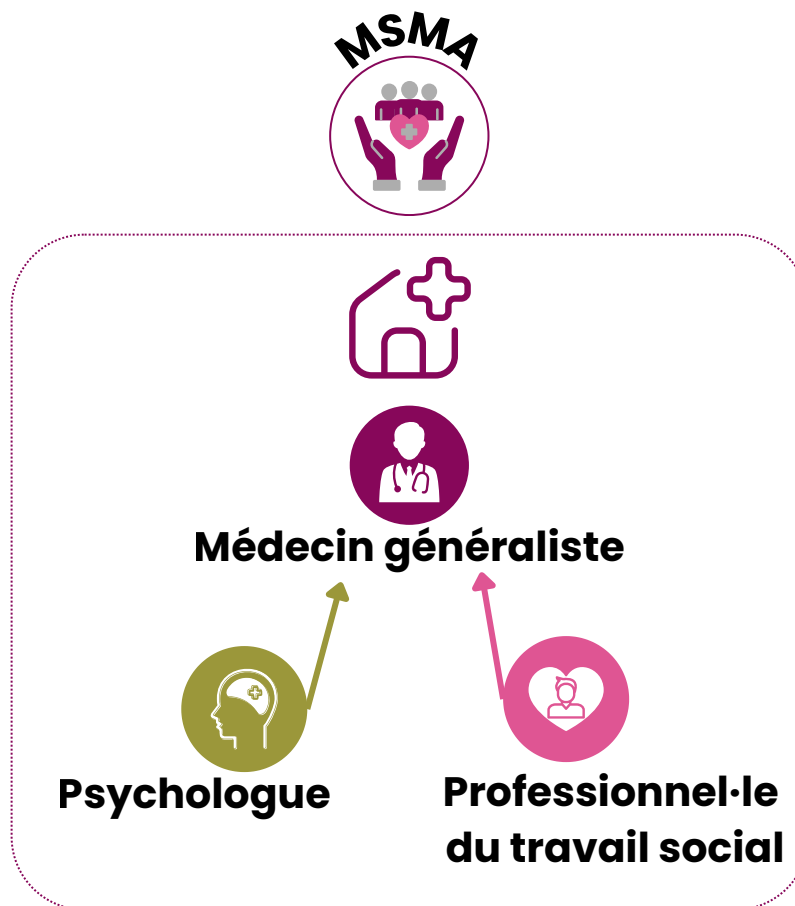




Déploiement de MicroStructures Médicales Addictions (MSMA) en Pays de la Loire





Sommaire

Préambule	3
Microstructures Médicales Addictions (MSMA)	4 à 5
Les objectifs et la mise en œuvre	4
L’histoire du dispositif	5
Les modalités de financement	5
Contexte et historique de l’étude	6 à 12
Pays de la Loire : démographie et épidémiologie	6
Historique de l’étude	8
Méthodologie de l’étude	9
Résultats	13 à 25
Perceptions des acteurs et actrices hors Pays de la Loire	13
Perceptions des acteurs et actrices en Pays de la Loire	15
Synthèse des résultats	25
Eclairages issus de la littérature	26 à 27
Collaboration entre acteurs et actrices des soins primaires et de l’addictologie	26
Territorialisation : cibler les territoires propices au développement des MSMA	27
Perspectives et conclusions	28 à 29
Bibliographie et liste des sigles et acronymes	29 à 31



Préambule



Dans un contexte marqué par la **baisse des effectifs médicaux**, la **saturation des structures spécialisées en addictologie**, l'augmentation des besoins et des demandes de soins, de nouvelles formes d'organisation sont explorées pour améliorer le recours et l'accès aux soins.

Dans cette perspective, la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE) Addictologie des Pays de la Loire s'est engagée dans une réflexion sur les conditions de mise en place des Microstructures Médicales Addictions (MSMA), à l'échelle locale, dans l'optique de la **généralisation du dispositif attendue courant 2025**.

Les **MSMA**, expérimentées dans plusieurs régions françaises, **visent à rapprocher les compétences en addictologie des lieux d'exercice des médecins généralistes**. Elles s'inscrivent dans une **logique de proximité et de renforcement de la coordination entre les professionnels** du soin et du médico-social.

La présente étude vise à **mieux comprendre les attentes, les freins, les leviers et les conditions nécessaires** à une implantation adaptée des MSMA sur les territoires ligériens.

Elle s'appuie sur des **entretiens réalisés auprès de professionnel·les de différents secteurs** : soins primaires, centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), dispositifs de coordination territoriale et institutions.

L'objectif est de contribuer à une **réflexion partagée** sur la manière dont les MSMA pourraient s'insérer dans les dynamiques locales existantes, au service des patient·es et usager·ères concerné·es par des conduites addictives.

Note de rédaction

Ce rapport est rédigé conformément aux recommandations du Guide pour une communication publique sans stéréotypes de sexe du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (29 septembre 2022).

Le présent document est le rapport complet de l'étude. La version synthétique est disponible [ici](#).✧

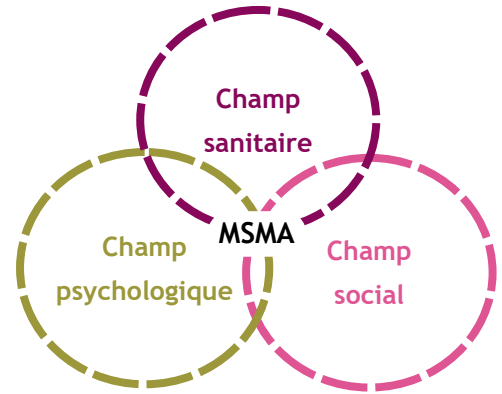


Les objectifs et la mise en œuvre

Il s'agit de dispositifs de proximité destinés à améliorer l'accès aux soins en addictologie.

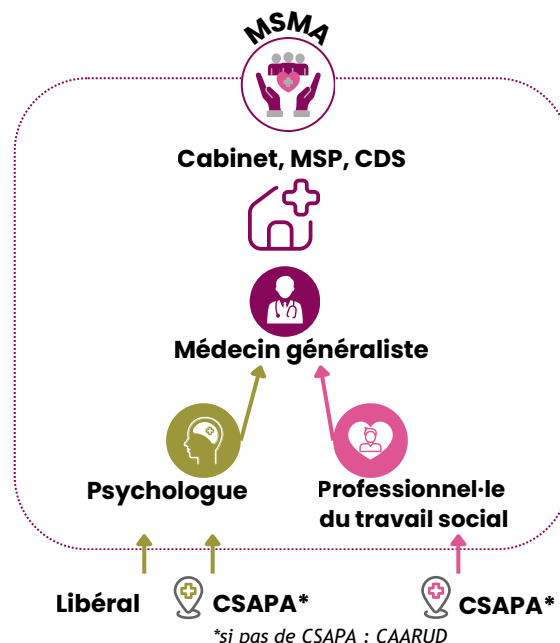
- Les MSMA s'inscrivent dans une logique de **décloisonnement** des différents champs du soin et présentent un triple objectif :

- Appuyer les professionnel·les de soins primaires dans les prises en charge de parcours complexes
- Favoriser la collaboration interprofessionnelle
- Proposer une prise en charge globale, coordonnée et de proximité.



- Leur mise en œuvre repose sur :

- **Une équipe pluriprofessionnelle** intégrant médecin généraliste, psychologue et professionnel·le du travail social, généralement issu·es de CSAPA,
- **Des consultations réalisées sur le lieu d'exercice du médecin généraliste** (cabinet, Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), Centre De Santé (CDS)...),
- **Des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)** régulières,
- Des temps dédiés à la **coordination médicale et administrative**,
- **Financement au forfait** annuel par patient·e pendant la phase d'expérimentation, et une inscription prévue dans le cadre des Parcours Coordonnés Renforcés (PCR) prévus par le Code de la santé publique lors du passage dans le droit commun.





MicroStructures Médicales Addictions (MSMA)



L'histoire du dispositif



L'Article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) permet d'expérimenter de nouvelles organisations en santé et de déroger temporairement aux modes de financements réglementaires.

1999-2003

- Premières MSMA en Alsace et à Marseille
- Contexte d'épidémie de VIH/Sida
- Soutien aux médecins généralistes dans la prise en charge des usager·ères de drogues injectables
- Diffusion progressive du modèle dans d'autres régions à l'initiative d'acteurs locaux.

1^{ère} évaluation des MSMA

2004

2025

Voie vers une **généralisation** du dispositif dans le cadre d'un **Parcours Coordonné Renforcé (PCR)** :

- Validation de la phase expérimentale
- Phase transitoire : maintien des structures existantes et construction d'un cahier des charges national.
- Passage dans le droit commun prévu en mai 2025
 - reporté à juillet 2025,
 - reporté de nouveau à 2026.

Expérimentation nationale des MSMA :

- Régionalement, soutenue par une Agence Régionale de Santé (ARS) et portée par une structure de dimension régionale, sous le nom de projet "Equip'Addict", dans le cadre d'un Article 51
- 126 microstructures en activité dans 5 régions : Île-de-France, Hauts-de-France, Occitanie, Bourgogne Franche-Comté, Grand-Est.
- Intérêt et capacité de transfert dans des contextes différents selon le rapport final d'évaluation et avis favorable du comité technique et du conseil stratégique de l'innovation en santé.

2018-2023



Les modalités de financement

LORS DE L'EXPÉRIMENTATION

- Versement d'un **forfait annuel par patient·e**, à la **structure régionale porteuse** garante de la redistribution entre les professionnel·les impliqués : psychologue, travailleur-travailleuse social, coordinations médicale et administrative.
- Dont le montant a été fixé puis réévalué en fonction d'un nombre théorique d'actes et d'inclusions par an,
- Dans un objectif de **souplesse dans l'adaptation du suivi des patient·es sans équivalence stricte avec le nombre d'actes à réaliser**

LORS DE LA GÉNÉRALISATION

- Financement des professionnel·les doit reposer désormais sur la mise en œuvre d'un **Parcours Coordonné Renforcé (PCR)**,
- Dont le montant fixé par arrêté, est déterminé en fonction de :
 - la **fréquence du suivi**,
 - la **complexité de la situation du bénéficiaire**,
 - moyens humains et cliniques mobilisés**.

« Les interventions des professionnels participant à la prise en charge d'une même personne dans le cadre d'un parcours coordonné renforcé [...] sont exclusivement financées par un forfait, dont le montant couvre l'ensemble des prestations constituant le parcours ainsi que les actions nécessaires à la coordination des interventions. »

Article L.4012-1 du Code de la santé publique

- Rapport - Les microstructures médicales - Evolutions à 24 mois des scores du questionnaire ASI. Université de Strasbourg. Février 2024.
- Rapport final - Equip'addict : Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions. Hospices Civils de Lyon. Septembre 2023.
- Construction des parcours de soins d'usagers d'alcool en microstructures médicales addictions. OFDT. Août 2024.
- Rapport d'activité. CNRMS 2023





Contexte et historique de l'étude

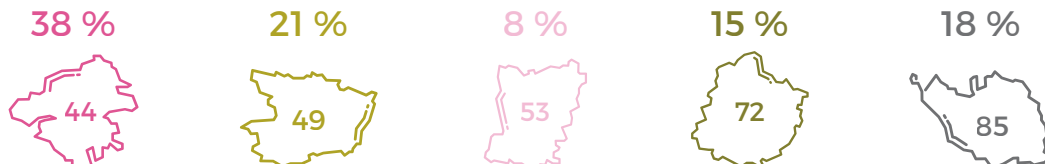


Pays de la Loire : démographie et épidémiologie

La région des Pays de la Loire présente des **disparités territoriales importantes**, concernant la répartition de la population, les besoins en santé, notamment en addictologie, ainsi que la disponibilité des professionnel·les.

La région des Pays de la Loire comptait **3 879 216 habitants et habitantes** selon le recensement de 2022.

La répartition de la population régionale sur les cinq départements des Pays de la Loire :



La région se caractérise par une **forte ruralité** : en 2018, la **moitié de la population vit dans un espace rural**, contre un tiers au niveau national. Si la **Loire-Atlantique est classée en catégorie intermédiaire**, les quatre autres départements relèvent de la **typologie rurale**. Cette configuration influence directement l'**accessibilité aux services de santé**, souvent plus limitée hors des pôles urbains.

DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNEL·LES

L'**indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)** a été développé par la Drees et l'Irdes pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin.

Sous sa forme actuelle, il est disponible pour les médecins généralistes, les infirmier·ères, les sages-femmes, les masseurs et masseuses-kinésithérapeutes, ainsi que les chirurgiens et chirurgiennes-dentistes.

L'APL moyenne aux médecins généralistes âgés de 65 ans ou moins représente le **nombre moyen de consultations et visites "accessibles" par personne et par an**.

Démographie des médecins psychiatres, psychologues et médecins généralistes - année 2022

Répartition du nombre de CSAPA et nombre d'ETP (données KPMG 2022)

	Densité* de psychiatre	Densité* de psychologue	APL aux médecins généralistes	Nombre de CSAPA ambulatoire	ETP** médicaux	ETP** socioéducatifs
Loire-Atlantique 44	24	115	3,8	3	0,72	1,1
Maine-et-Loire 49	22	111	3,9	1	0,41	2,21
Mayenne 53	9	90	2,5	1	0,55	1,58
Sarthe 72	12	85	2,5	2	0,49	1,56
Vendée 85	8	79	2,9	2	0,43	1,02
Pays de La Loire	18	97	3,4	9	0,56	1,43
France	23	106	3,3	-	-	-

* Nombre de professionnel·les du secteur libéral et salarié·es pour 100 000 habitant·es

** Equivalent temps plein pour 100 000 habitant·es

Sources : densités Drees / ANS, répertoires Adeli et RPPS - Exploitation ORS PDL, APL Sniiram, EGB (Cnam), Insee, traitements Drees.

Champ : psychologues de moins de 62 ans, médecins généralistes de 65 ans ou moins

La région est **moins bien dotée en psychiatres** (18 pour 100 000 habitants contre 23 en France) et présente une **densité inférieure de psychologues** (97 vs 106). La **Mayenne et la Vendée** sont particulièrement concernées par cette sous-densité, avec moins de 10 psychiatres pour 100 000 personnes.

L'**APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans** est légèrement supérieure à la moyenne nationale (3,4 en Pays de la Loire vs 3,3 en France), mais **fortement inégalitaire entre départements**. Par ailleurs, il n'existe pas de données libres d'accès concernant la densité de professionnel·les du travail social sur le territoire.





Contexte et historique de l'étude

QUELQUES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Revenus mensuels faibles : < 1 170 €
Revenus mensuels élevés : > 1 800 €

TABAC

La **prévalence du tabagisme quotidien en Pays de la Loire est de 23% en 2023** (22% en 2021), cette prévalence régionale est similaire à la prévalence nationale (Enquête EROPP 2023, OFDT).

Comme au niveau national des inégalités sociales persistent et se creusent concernant le **tabagisme quotidien**, nettement plus fréquent chez les personnes avec les revenus les plus faibles et les personnes en emploi ouvrier.

Proportions des personnes fumeuses au quotidien, au cours des 12 derniers mois en Pays de la Loire,
Baromètre santé 2021, Santé publique France

32 %



13 %

35 %



9 %

Personnes vivant avec les
revenus les plus faibles

Personnes vivant avec les
revenus les plus élevés

Personnes en
emploi ouvrier

Personnes en emploi de cadre ou de
profession intellectuelle supérieure

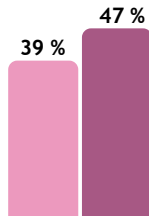
[Fiche épidémiologique tabac](#)

ALCOOL

Malgré des niveaux d'usages en baisse en France, les niveaux de consommations en **Pays de la Loire sont plus importants** qu'au niveau national. Une consommation hebdomadaire plus fréquente chez les ligérien·nes ayant un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat et des API mensuelles plus fréquentes chez les personnes en emploi ouvrier.

Proportions de personnes consommant de l'alcool en fonction de la fréquence de consommation au cours des 12 derniers mois,
en Pays de la Loire et en France

Baromètre santé 2021, Santé publique France



Consommation
hebdomadaire

Consommation
quotidienne

API mensuelle

France

Pays de la Loire

API mensuelle: Au moins une Alcoolisation Ponctuelle
Importante (> 6 verres standards en une occasion) par mois

[Fiche épidémiologique alcool](#)

CANNABIS

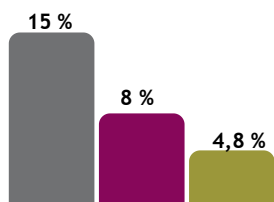
Concernant le cannabis, on observe des niveaux d'usage et des **tendances similaires en Pays de la Loire** par rapport au niveau **national** (Baromètre santé 2021, SPF).

Proportions des personnes consommant du cannabis en fonction de la fréquence de consommation, selon le sexe et le revenu en Pays de la Loire
Baromètre santé 2021, Santé publique France

Au moins un usage au cours des 12 derniers mois

Au moins un usage au cours du dernier mois

Usage régulier au cours du dernier mois



Hommes

Femmes

Personnes avec les
revenus les plus faibles

Personnes avec les
revenus les plus élevés

Usage régulier:
au moins 10 usage au cours du mois

[Fiche épidémiologique cannabis](#)



Contexte et historique de l'étude



Historique de l'étude

OFFRE ET BESOINS DE SOINS EN ADDICTOLOGIE

L'offre de soins est insuffisante et en baisse alors que les besoins et demandes de soins de la population sont en augmentation. Ces éléments impactent et interrogent les professionnel·les de santé des Pays de la Loire sur l'évolution de leurs missions et sur les modalités d'appui au premier recours.

Le poids des inégalités sociales de santé et les indicateurs de santé défavorables en Pays de la Loire impliquent de soutenir le développement des pratiques de repérage et de faciliter l'accès aux soins aux personnes les plus précaires et isolées.

Dans ce contexte, il apparaît nécessaire de soutenir les professionnel·les en facilitant :

- le repérage et l'accompagnement des conduites addictives en soins primaires, notamment pour atteindre des publics en difficulté d'accès aux dispositifs spécialisés, dans une dynamique "d'aller-vers",
- les relais réciproques entre soins primaires et dispositifs spécialisés,
- la coordination entre les acteurs et actrices.

PARCOURS DE SANTÉ ADDICTIONS EN PAYS DE LA LOIRE

Un **Projet Régional de Santé (PRS)** fixe des objectifs opérationnels en prévention, soins et accompagnement médico-social, qui s'inscrivent dans la vision long terme des orientations stratégiques.

En Pays de la Loire, le PRS 2023-2028 fixe, notamment, l'objectif d'une meilleure organisation et **structuration des parcours en santé Addictions**.

C'est dans ce cadre qu'un état des lieux des parcours en addictologie a été réalisé pour la période 2019-2022 en Pays de la Loire.

Ce diagnostic a permis de décrire les fragilités identifiées par les professionnel·les :

- des insuffisances dans l'offre de prise en charge,
- des difficultés spécifiques pour certains publics,
- un déficit de coordination entre les acteurs.

Parmi les **pistes d'actions**, le développement de MSMA a émergé comme un levier pertinent pour répondre à ces enjeux.

QUESTIONNER L'INTERÊT DES MSMA EN PAYS DE LA LOIRE

À partir de ces constats, la SRAE Addictologie des Pays de la Loire — dont la mission est de **soutenir les acteurs et actrices de l'addictologie et leurs partenaires**, pour favoriser une meilleure articulation des parcours de prévention, de soins et d'accompagnement — a souhaité **approfondir la question du déploiement des MSMA dans la région**.

L'étude présentée ici a été réalisée par une interne en santé publique dans le cadre d'un stage sur une période de 6 mois, entre novembre 2024 et avril 2025, au sein de la SRAE Addictologie.

Elle a pour objectif de mieux comprendre les **conditions d'acceptabilité** et de **mise en œuvre des MSMA**, en décrivant les perceptions, attentes et retours d'expérience des professionnel·les des Pays de la Loire.

Elle repose sur une analyse de la littérature et une série d'entretiens individuels et collectifs menés auprès d'acteurs et d'actrices issus de différents secteurs.



Contexte et historique de l'étude



Méthodologie de l'étude

LES OBJECTIFS

- L'objectif principal est d'évaluer l'adhésion des professionnel·les de la région au dispositif au vu de **leurs besoins** et d'**identifier les conditions jugées nécessaires** à une mise en œuvre pertinente et pérenne sur les territoires.
- Pour permettre cette exploration et ouvrir un espace de discussion, une étape a été essentielle : **sensibiliser les professionnel·les interrogé·es au dispositif MSMA**, encore peu connu localement.
- Pour répondre à cet objectif, nous avons mené une **étude d'acceptabilité** visant à explorer la perception du dispositif MSMA, son impact potentiel, les besoins exprimés du côté des professionnel·les des soins primaires et des CSAPA, leurs motivations à y adhérer ainsi que les obstacles a priori, en lien avec les pratiques professionnelles actuelles et les ressources disponibles dans la région.

L'APPROCHE QUALITATIVE

Nous avons adopté une **approche qualitative**, fondée sur l'analyse des discours recueillis lors d'entretiens collectifs et individuels semi dirigés. Cette démarche est particulièrement pertinente pour saisir la complexité des représentations, des dynamiques professionnelles et des enjeux contextuels. Elle permet une compréhension approfondie d'une situation donnée, à la différence d'une approche quantitative, qui mobiliserait, par exemple, des données issues d'un questionnaire diffusé à grande échelle.

En pratique,

- **Vingt-quatre professionnel·les** de la région ont été interrogé·es au cours de **4 entretiens collectifs**.
- Des **entretiens individuels exploratoires** ont été menés à la fois auprès de professionnel·les qui expérimentent ou accompagnent des MSMA dans d'autres régions et des professionnel·les des Pays de la Loire qui travaillent au sein de dispositifs de coordination territoriale (DAC, CPTS) ou des institutions régionales.

LE DEROULEMENT

PHASE 1 : TRAVAUX PRÉPARATOIRES

- Compréhension de l'organisation des soins en addictologie et des **dynamiques régionales**, du rôle et des thématiques portées par la SRAE addictologie par le biais de participation à des réunions, groupes de travail, recherche bibliographique.
- Acculturation sur le sujet des **MSMA**, son organisation, l'historique du développement, le cadre de l'**article 51**, par revue de la littérature, visionnage de conférences, site internet des organisations porteuses etc.
- Compréhension des modalités concrètes de mise en œuvre des MSMA et recueil du point de vue de professionnel·les déjà impliqué·es dans le dispositif au sein d'autres régions.



Contexte et historique de l'étude

Cinq entretiens individuels en visioconférence ont été réalisés auprès d'acteurs et actrices des **régions expérimentatrices** et de la **structure nationale de coordination** :

- Une chargée de projet à la Coordination Nationale des Réseaux de MicroStructures (CNRMS),
- Une coordinatrice régionale à la Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné (FeMaSCo),
- Une coordinatrice régionale du réseau MSMA Île-de-France porté par un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD),
- Un médecin généraliste engagé dans une MSMA et coordinateur régional en Bourgogne Franche-Comté,
- Un cadre responsable d'un CSAPA porteur d'une MSMA.

La diversité des profils des personnes interrogées et des territoires d'exercice offre des **regards complémentaires** :

- certain·es sont en responsabilité de coordination et ont une vision globale du dispositif,
- d'autres directement impliqué·es dans sa mise en œuvre au quotidien.

Certaines personnes interrogées ont été identifiées à partir de publications ou communications liées à l'expérimentation avec une prise de contact par courriel, accompagnée d'une présentation du projet d'étude ; d'autres ont été sollicitées sur recommandation de professionnel·les déjà rencontré·es, dans une logique de réseau.

Ces entretiens ont permis d'élaborer des pistes de réflexion pour **construire un guide des entretiens collectifs** et à apporter des **réponses concrètes** lors de la présentation du dispositif. Ils ont permis d'identifier des contacts ressources mobilisables pour une mise en pratique future et de mieux connaître le réseau.

La sollicitation d'une structure porteuse expérimentatrice, aux missions similaires à la SRAE Addictologie des Pays de la Loire, n'a pu aboutir pour des raisons organisationnelles.

PHASE 2 : ENQUÊTE AUPRÈS DES ACTEURS DE TERRAIN

- La participation à l'étude dans la région Pays de la Loire s'est appuyée sur un **appel à volontaires**, par courriel et via les réseaux professionnels et institutionnels existants telles que l'Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel (APMSL) et des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

L'appel à volontaires constitue un biais de représentativité quant à l'acceptation des MSMA. Une attention a été accordée à la diversité des profils des participant·es aux entretiens (métiers, territoires, modalités d'exercice).

- Des **entretiens collectifs spécifiques par secteur d'activité des professionnel·les** ont été réalisés pour explorer les perceptions propres de chaque secteur ainsi qu'un **entretien mixte** avec des professionnel·les des CSAPA et du soin primaire pour croiser leurs regards et questionner les articulations possibles entre ces deux champs du soin.
- **24 volontaires ont participé aux entretiens collectifs**, ce qui témoigne d'un intérêt important pour cette thématique chez les professionnel·les concerné·es : **11 exerçant** dans 7 des CSAPA de la région et **13 en soins primaires**.

Des refus de participation ont été enregistrés, essentiellement motivés par un manque de disponibilité, une surcharge de travail, le développement de projets sur la thématique, mais aussi par une certaine réserve face à un projet encore perçu comme peu opérationnel à ce stade.



Contexte et historique de l'étude

- Si trois entretiens d'1h30 étaient initialement envisagés, le format a été adapté en fonction des disponibilités des professionnel·les dans le temps imparti du stage, aboutissant à la tenue de quatre entretiens collectifs.

4 ENTRETIENS COLLECTIFS

1 groupe
"CSAPA"
(1h30)

2 groupes
"Soins
primaires"
(1h30 et 1h)

1 groupe
"Mixte"
(1h30)

CSAPA

Directeurs et directrices d'établissement, responsables de service, travailleurs-travailleuses social, psychologues, infirmier·ères

SOINS PRIMAIRES

Médecins généralistes, infirmières Asalée, pharmacien, sage-femme, psychologue libérale, coordinateur et coordinatrices (CPTS et MSP)

- Chaque entretien collectif a débuté par une **présentation courte des participant·es** et une **présentation du dispositif des MSMA**. A l'issu de ces présentations, ont suivi des échanges concernant les **expériences** professionnelles actuelles, leurs perceptions et représentations concernant la mise en œuvre potentielle des MSMA. Ces perceptions ont été mises en miroir des besoins actuels en addictologie de ces professionnel·les, afin de comprendre si ce dispositif y répondrait.
- Les échanges ont été **coanimés** par l'interne en charge de l'étude ainsi que 2 professionnelles de la SRAE Addictologie. Les entretiens se sont appuyés sur un **guide d'entretien**. Ils ont été enregistrés avec l'accord des participant·es pour analyse, accompagnés de prises de notes, puis restitués aux participant·es afin de valider l'analyse des propos tenus.

PHASE 3 : ENQUÊTE AUPRÈS DES INSTITUTIONS EN PAYS DE LA LOIRE

- **Cinq entretiens individuels** ont été menés auprès de professionnel·les exerçant en Pays de la Loire, identifiés comme **acteurs et actrices institutionnel·les** impliqué·es dans le pilotage des politiques publiques ou dans des dispositifs susceptibles de participer à la mise en œuvre des MSMA.
- La majorité de ces entretiens s'est déroulée en visioconférence, un entretien a été réalisé en présentiel.

Ces acteurs et actrices ont été repérés au fil des recherches documentaires, des premiers entretiens et des temps d'échanges en équipe, en raison de leur rôle stratégique ou opérationnel dans l'écosystème régional. Ces échanges permettent de mieux comprendre les enjeux stratégiques, techniques et organisationnels liés au déploiement des MSMA dans les Pays de la Loire. Ils complètent ainsi les entretiens collectifs, majoritairement composés de professionnel·les de terrain, et enrichissent l'analyse sur la question des MSMA grâce à la diversité des points de vue.

Les professionnel·les suivants ont été interrogé·es :

- Une personne représentant l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire, pour éclairer la vision stratégique régionale ;
- Une personne représentant la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), au sujet des circuits de facturation et de la mise en œuvre opérationnelle ;
- Une personne représentant le Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé (GRADES / GCS e-santé), pour aborder les enjeux liés aux systèmes d'information ;
- Un coordinateur et une coordinatrice respectivement de CPTS et de Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), en tant que dispositifs susceptibles de soutenir la coordination interprofessionnelle.

Certaines **prises de contacts n'ont pas abouti** à la réalisation d'entretiens (notamment avec l'APMSL, l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), Inter-Union Régionale des Professionnels de Santé (inter-URPS) et le Département de médecine générale (DMG) de l'Université de Nantes). Ces absences de réponse ou refus peuvent être mises en lien avec la **forte sollicitation** dont font l'objet ces structures, conjuguée à une **temporalité de l'étude** ne permettant pas toujours un engagement dans les délais proposés.

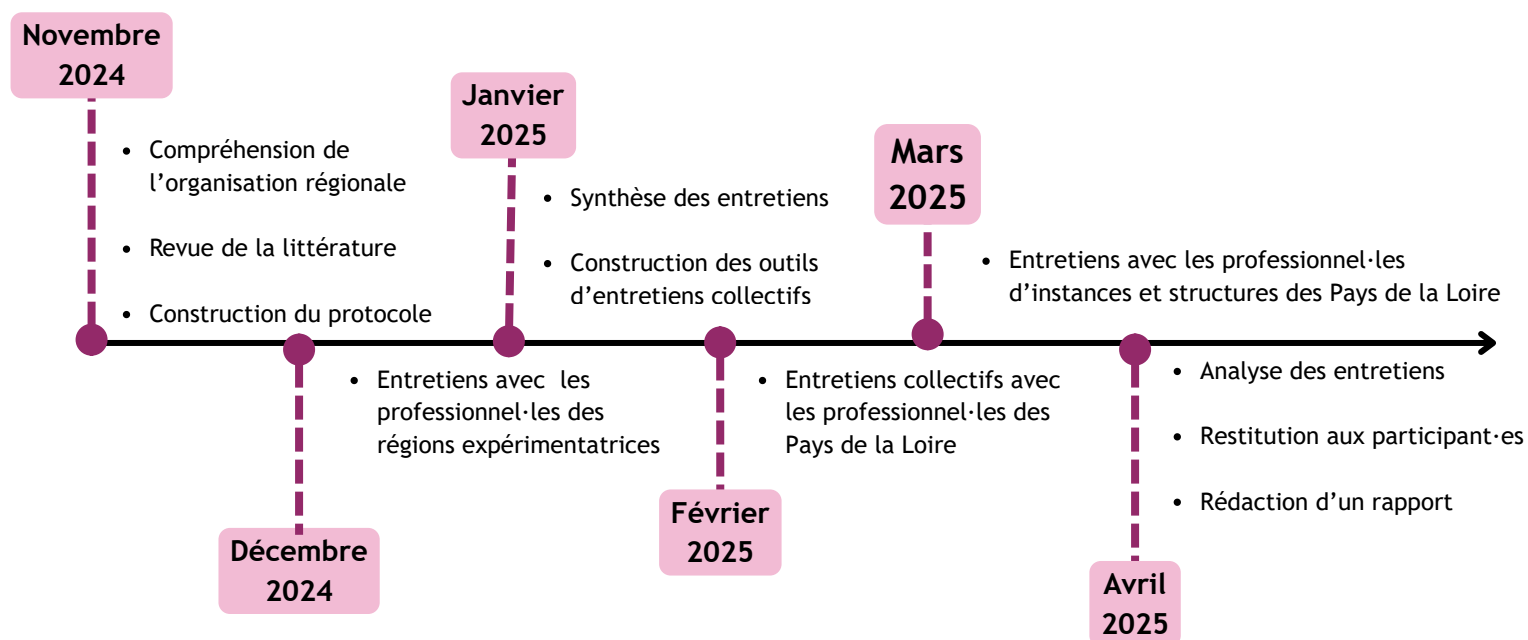


Contexte et historique de l'étude

PHASE 4 : ANALYSE ET RÉDACTION

- Après transcription une analyse thématique des entretiens collectifs a été réalisée manuellement, en s'appuyant sur les notes prises lors des échanges.
 - **Plusieurs thèmes** ont été mis en évidence et sont présentés dans la partie "Résultats".
- Dans un second temps, certains de ces thèmes ont été mis **en regard de la littérature** existante afin d'enrichir la compréhension des résultats et de mieux appréhender **deux problématiques essentielles** :
 - la collaboration interprofessionnelle et
 - la territorialisation.
- Un temps de **restitution** auprès des participant·es aux entretiens collectifs a eu lieu pour présentation et validation des résultats ainsi que l'exploration des perspectives envisagées par ces dernier·ères.
 - Des acteurs et actrices institutionnel·les ont pu participer à ce temps de restitution et échanger avec le groupe.
- Après validation des résultats présentés par les participant·es, le travail de rédaction d'un rapport complet ainsi que d'une synthèse a été engagé pour une diffusion en septembre 2025.

EN RÉSUMÉ :





Résultats



Perceptions des acteurs et actrices hors Pays de la Loire

Les entretiens réalisés avec des **professionnel·les impliqué·es dans le déploiement de MSMA** dans d'autres régions ont permis de mieux comprendre les **modalités concrètes de mise en œuvre** du dispositif et les **enseignements tirés** de leur expérimentation.

Ces retours d'expérience ainsi que la littérature produite sur ce dispositif apportent un éclairage précieux pour nourrir la réflexion régionale en Pays de la Loire, ainsi 4 axes principaux ont été identifiés.

DES MISES EN ŒUVRE VARIABLES SELON LES CONTEXTES

Les expérimentations décrites par les acteurs et actrices interrogé·es témoignent d'une **forte hétérogénéité** dans les modalités d'implantation, influencées par :

- Le profil et l'organisation des professionnel·les,
- Le territoire d'intervention (urbain, rural),
- Le type de structure porteuse (CSAPA, CAARUD, dispositif de coordination des soins),
- Le développement d'outils et de modalités d'organisation locales.

Cette diversité reflète une logique d'**adaptation au contexte local** : les expérimentations ont généralement ciblé des territoires perçus comme propices à l'implantation d'une dynamique collective, en s'appuyant sur des professionnel·les déjà sensibilisé·es à la pratique pluriprofessionnelle et aux soins en addictologie.

L'INTERPROFESSIONNALITÉ AU CŒUR DU DISPOSITIF

Ces entretiens ont permis d'illustrer une des principales caractéristiques de ce dispositif, pointée également par l'évaluation de l'expérimentation, qui est l'interprofessionnalité. Plusieurs éléments ont été relevés comme importants à prendre en compte pour un éventuel déploiement en Pays de la Loire.

ÉVOLUTION DES PRATIQUES

Les MSMA favorisent une dynamique d'évolution des pratiques professionnelles tant dans le champ des soins primaires que dans celui de l'addictologie, **avec le développement d'une culture commune et d'un langage partagé**.

Les MSMA facilitent et s'appuient sur l'**interconnaissance**, et une meilleure compréhension du rôle et des compétences des travailleurs et travailleuses sociaux souvent mal identifiés par les professionnel·les de santé. Ce travail nécessite toutefois du temps et un accompagnement du dispositif dans la durée.

UN INTÉRÊT PERÇU PAR LES PARTICIPANT·ES AU DISPOSITIF

Pour les personnes interrogées, la démarche est **perçue comme valorisante**, permettant une **prise en charge de qualité**, porteuse de **sens dans la pratique**, favorisant une **montée en compétences**, et un **cadre d'exercice plus sécurisant**. Elles rapportent également des bénéfices perçus pour les patient·es qui apprécient la **proximité géographique**, la **fluidité du parcours** et leur **implication dans les décisions**, notamment lors des participations aux RCP.

La dynamique d'interprofessionnalité, le **soutien de la coordination** ont permis le développement de **nouveaux partenariats** avec d'autres structures, notamment **associatives**.

COORDINATION ET COMMUNICATION

La coordination, qu'elle soit portée par un CSAPA ou une structure régionale, est déterminante **pour faciliter les échanges**, organiser les **RCP**, **animer les travaux des équipes** et maintenir une **dynamique interprofessionnelle**. Les RCP ont été décrites comme une plus-value par rapport aux **consultations avancées** dont la limite réside principalement dans le manque de temps dédié à la communication et l'échange entre les professionnel·les impliqué·es.

ENJEUX LOGISTIQUES ET ORGANISATIONNELS

Les défis organisationnels concernent notamment :

- La **gestion du temps de travail** et de la charge des professionnel·les (temps partagés pour les professionnels des CSAPA, éloignement géographique, planification des RCP, possibilité de temps informels entre professionnel·les)
- La disponibilité des **espaces de consultation pour les professionnel·les des CSAPA**.
- La **continuité de l'implication** des structures partenaires (MSP, CSAPA etc)



Résultats

FINANCEMENT ET STRUCTURATION DU DISPOSITIF

Le financement est apparu comme un levier déterminant, mais également comme une source de complexité :

- Le financement repose sur un **forfait spécifique pour l'expérimentation** avec des soutiens sous forme de crédits d'amorçage pour couvrir les premières dépenses avant l'inclusion des premières personnes à prendre en charge.
- Les expérimentations ont bénéficié d'un **soutien fort des ARS** auprès de structures porteuses avec une grande liberté laissée dans l'opérationnalité.
- Plusieurs professionnel·les ont exprimé une **difficulté à s'approprier le mode de facturation au forfait**, peu utilisé en routine et parfois perçu comme abstrait.
- Deux phases se distinguent tant dans l'engagement financier que des moyens humains : une phase initiale d'investissement majeur pour le lancement du dispositif puis une phase de routine.

PROFIL DES PATIENT·ES ACCOMPAGNÉ·ES

Les professionnel·les décrivent une patientèle en partie différente de celle habituellement rencontrée en CSAPA :

- Une attention particulière portée aux **femmes victimes de psycho-traumatismes et de violences** : les patientes peuvent nécessiter des prises en charges psychiatriques et/ou psychologiques spécifiques.
- Une majorité de personnes concernées par l'**usage d'alcool, de tabac et de cannabis**,
- Des questionnements émergent à propos des **addictions comportementales : pratiques de repérage, suivi et orientation**.

Nous avons mis en évidence des pistes à explorer à l'issue de ces différents entretiens :

ORGANISATION

Prévoir des ajustements organisationnels :

- **Mobiliser de manière adaptée** les ressources humaines des CSAPA (temps partiels, temps partagés) et **co-construire le fonctionnement** avec les acteurs et actrices de terrain prenant part aux MSMA pour intégrer le dispositif aux pratiques existantes sur le territoire.
- Questionner l'**accessibilité des territoires éloignés**, sans pénaliser le temps de travail des intervenant·es exerçant en CSAPA.

FINANCEMENT

Améliorer la compréhension du modèle de financement des MSMA :

- Clarifier les **modalités de financement** du dispositif (montant du forfait, Parcours Coordonné Renforcé, etc.).
- Proposer des référentiels ou de formations pour **accompagner la mise en œuvre** (ex. via l'Assurance Maladie, la CNRMS).

PARTENARIAT

Penser le lien avec les autres secteurs du soin :

- Imaginer l'**articulation avec la psychiatrie**, identifiée comme un partenaire clé mais en tension.
- Questionner le lien avec les **coordinations territoriales** (CPTS, DAC) et/ou de **santé mentale** (PTSM).



Résultats



Perceptions des acteurs et actrices en Pays de la Loire

PROFESSIONNEL·LES DE TERRAIN

Les échanges réalisés en Pays de la Loire ont été constructifs et ont permis de recueillir des données riches et nuancées sur les perceptions du dispositif MSMA, ses enjeux et les conditions de sa mise en œuvre dans le contexte régional. L'analyse qualitative des discours met en lumière plusieurs **thématiques transversales**, témoignant à la fois des **attentes**, des **leviers identifiés**, mais aussi des **freins perçus** à l'installation de MSMA au sein des territoires.

Ces thématiques ont été regroupées en plusieurs axes :

- Réponses à des besoins identifiés
- Conditions nécessaires à une implémentation et une pérennisation de qualité
- Attentes vis-à-vis de la pluridisciplinarité
- Cadrage fixé par les MSMA
- Besoin d'ancrage territorial et vision stratégique
- Points en suspens

L'ensemble des retours permet ainsi de **mieux cerner les conditions d'adhésion** à une mise en œuvre des MSMA dans les Pays de la Loire, **mises en regard des pratiques actuelles, des besoins exprimés et des dynamiques déjà en place.**

LES MSMA REpondraient à des besoins identifiés

Les entretiens collectifs ont mis en évidence un ensemble de **besoins partagés** par les professionnel·les de terrain, qu'ils exercent dans les CSAPA ou en soins primaires. Ces besoins concernent à la fois l'organisation du parcours de soins, les enjeux d'accès aux soins, de coordination et de montée en compétences des professionnel·les non spécialisés.

Des besoins communs entre professionnel·les du champ de l'addictologie et des soins primaires

Un consensus émerge autour de **l'intérêt d'une prise en charge globale**, de **qualité** et de **proximité** pour les personnes concernées par des conduites addictives.

Le **renforcement des liens** entre les structures et la fluidité des relais sont considérés comme des leviers clés pour des prises en charges de qualité, sécurisantes pour les patient·es comme pour les professionnel·les.

Par ailleurs, les MSMA sont perçues comme une opportunité de **favoriser le recours aux soins addictologiques** pour des publics qui peuvent être freinés par la **stigmatisation** associée aux lieux spécialisés ou par leur **éloignement géographique**. Les MSMA pourraient ainsi contribuer à améliorer l'accessibilité aux soins.

Cependant, les professionnel·les soulignent également la nécessité d'une **meilleure lisibilité de l'offre de soins** en addictologie et d'une **clarification des rôles et missions de chacun·e** dans le parcours de soins.

“ On connaît des difficultés pour envoyer les patients [en CSAPA], d'une part parce qu'ils n'ont pas de place et d'autre part que les patients souvent ils ne veulent pas y aller alors que nous, on les a sous la main, on peut les intégrer sur place, ils pourraient. Beaucoup, ils évitent [les CSAPA] donc ça nous permettrait de raccrocher les gens.

Personne exerçant en soins primaires, entretien collectif Soins primaires



Résultats

Des besoins spécifiques exprimés par les personnes exerçant en CSAPA

Elles décrivent des sollicitations croissantes des professionnel·les de leur territoire, notamment en provenance de zones insuffisamment couvertes en offre de soins en addictologie. Les antennes et consultations avancées mises en place ne suffisent pas à répondre à l'ensemble des besoins.

Dans ce contexte, les MSMA sont perçues comme un levier pour mieux structurer la réponse territoriale de l'addictologie :

- créer des ponts avec les professionnels de soins primaires,
- réduire les délais d'accès à leurs consultations spécialisées,
- et mieux orienter les patients-usagers les plus concernés par une prise en charge spécialisée

“
Moi c'est vrai que la vraie plus-value je la vois en termes de commun dans la culture, en terme d'addicto. [...] quelque chose qui permet de toucher les médecins libéraux. [...] on a des difficultés au recrutement de médecins et donc c'est de mettre un pied aussi dans la culture, dans la médecine libérale et travailler ensemble à faire évoluer nos pratiques ensemble. C'est ça la vraie plus-value de mon point de vue.

Personne exerçant en CSAPA, entretien collectif CSAPA

Des besoins spécifiques exprimés par les personnes exerçant en soins primaires

De leur côté, les besoins identifiés relèvent surtout du **renforcement de l'expertise** en addictologie et de la **coordination**. Les professionnel·les expriment :

- un besoin de soutien et de ressources accessibles en addictologie,
- une demande de montée en compétences pour pouvoir mieux repérer, orienter, voire initier certaines prises en charge,
- le souhait de pouvoir adresser des patient·es vers des structures spécialisées dans des délais “raisonnables
- tout en gardant un positionnement centré sur leur cœur de métier : les soins somatiques et la santé globale.

“
Après effectivement moi ce que j'ai besoin aujourd'hui c'est plus le réseau et de pouvoir avoir des interlocuteurs en cas de difficulté. Parce que c'est vrai que l'addicto c'est quand même bien particulier. Enfin et puis quand on n'y est pas confronté dans son expérience professionnelle, il faut pouvoir avoir le bon discours et puis orienter les gens au bon endroit. Donc pour moi c'est surtout ça en fait de pouvoir avoir du relais ou de pouvoir avoir des réponses aux questions.

Personne exerçant en soins primaires, entretien collectif mixte



Résultats

LES CONDITIONS PRÉALABLES

L'étude a mis en évidence que si les participant·es perçoivent l'intérêt des MSMA, leur mise en œuvre effective nécessite **plusieurs conditions préalables**. Ces conditions relèvent à la fois de la connaissance du dispositif, de la nécessité d'une vision commune entre acteurs et actrices des différents champs, et d'un soutien stratégique et structurel.

Un besoin de clarification du dispositif

Au moment de l'étude, une minorité de professionnel·les déclare avoir une connaissance précise du fonctionnement des MSMA. Quelques-un·es ont entrepris des démarches pour envisager leur implantation sur leur territoire. Toutefois, la majorité de participant·es à l'étude évoque **un besoin d'information approfondie** sur le dispositif, notamment en **comparaison avec les consultations avancées** déjà existantes.

L'attente est forte autour du **cahier des charges définitif** prévu dans le cadre du passage au droit commun. Les professionnel·les expriment le besoin d'éclaircissements sur plusieurs éléments :

- les **modalités de formalisation** d'une MSMA dans un territoire,
- le **montant du forfait** associé au dispositif,
- les **modalités de facturation** et de financement,
- la **diversité des professionnels éligibles** à son intégration,
- les **outils mis à disposition**.

“

En fait, j'essaie de réfléchir par rapport aussi à l'existant [...]

Donc en fait si demain je me projette, je me dis « tiens une microstructure sur mes petites antennes aujourd'hui où j'ai qu'un travailleur social y adosser un psycho avec un temps de médecin c'est peut-être opportun et intéressant là, mais combien de temps de Psy je pourrais déplacer ? » [...] Ça devient une petite gymnastique donc j'avais besoin de voir un petit peu sur les autres microstructures ce qu'ils avaient imaginé.

Personne exerçant en CSAPA, entretien collectif CSAPA

“

On parle que de psychologues et d'intervenants socio-éducatifs, on ne parle pas du rôle de l'IDE, parce que nous les IDE elles ont un rôle aussi bien particulier en CSAPA, donc on est bien d'accord, je veux juste me faire bien reconformer que quand on parle de l'intervention on parle bien d'intervention d'un CSAPA en termes de psychologues et de, d'intervenants sociaux ?

Personne exerçant en CSAPA, entretien collectif CSAPA

“

Là on parle de financement, on voit qu'il y a du financement pour le médecin etc. Est ce que vous en savez plus sur le comment ? Comment on formalise ? Comment au niveau du financement, comment ça se répartit, est ce que... à qui est versée la dotation ? Enfin voilà, sur cet ordre là, ouais.

Personne exerçant en CSAPA, entretien collectif CSAPA

“

Et donc là, ben on a des...on aurait des ressources dans les microstructures en termes de psychologues pris en charge. Donc dans le public cible assez rapidement on se pose quand même la question de, de cibler les personnes qui ont pas les moyens de payer un psychologue en libéral. Je pense que c'est un point quand même à préciser.

Personne exerçant en soins primaires, entretien collectif mixte



Résultats

La nécessité de travailler en amont une vision commune entre acteurs et actrices de terrain

La mise en œuvre des MSMA semble nécessiter en amont un **travail d'interconnaissance** entre les différentes personnes impliquées : addictologie spécialisée, soins primaires, structures sociales, etc.

Ce travail permettrait à chacun·e de :

- Clarifier son **domaine de compétences**, ses **besoins** et ses **objectifs** dans le cadre de la MSMA,
- Construire une **culture commune** du soin et de l'accompagnement en addictologie : savoir quand orienter les patient·es vers la MSMA, comment les repérer, "parler le même langage" et
- Favoriser une **co-construction des parcours de soins** autour des patient·es.

Cette **vision partagée** pourrait se matérialiser à travers des **outils communs** (supports de communication, outils de coordination, protocoles de liaison...) facilitant les échanges entre structures.

Un objectif transversal, largement partagé, concerne le recours aux soins pour les **publics précaires et isolés**, notamment en zone rurale ou insulaire.

“ Et donc c'est de mettre un pied aussi dans la culture, dans la médecine libérale et travailler à ensemble à faire évoluer nos pratiques ensemble. C'est ça la vraie plus-value de mon point de vue.

Personne exerçant en CSAPA, entretien collectif CSAPA

“ Il va falloir qu'on travaille sur justement la culture commune et le système de de secret... Enfin ouais, de partage d'informations de ce secret partagé ou je sais pas comment on peut le qualifier en tout cas parce qu'il y a beaucoup de frilosité hein, de la part en tout cas des professionnels, du médico-social pour le partage d'information, ce qui entrave parfois la collaboration avec d'autres partenaires de santé.

Personne exerçant en CSAPA, entretien collectif CSAPA

Des écueils à anticiper

Plusieurs risques ont été identifiés par les participant·es, soulignant la nécessité d'un **accompagnement soutenu** :

- Le risque d'**épuisement** et de **désengagement** des professionnel·les déjà fortement sollicité·es avec la crainte de la **complexification des pratiques**.
- Une **lourdeur administrative**, notamment en cas de double saisie des informations du suivi des patient·es dans différents logiciels, qui pourrait freiner l'adhésion et la pérennisation du dispositif.
- Une **interdépendance fragile** entre les acteurs et actrices: le bon fonctionnement du dispositif repose à la fois sur l'implication des médecins généralistes pour le repérage et l'inclusion, et sur la mobilisation de professionnel·les du CSAPA pour assurer le suivi.
- Enfin, certains soulignent les **limites du modèle des consultations avancées** déjà expérimentées : bien que souvent porteuses de sens, elles peuvent montrer leurs limites si une culture commune et du temps de coordination ne sont pas mis en place.

“ On est dans le même constat, c'est à dire que à moyen constant, il est extrêmement difficile de développer les choses, développer des projets, « d'aller vers », c'est très complexe, c'est très usant. Maintenant, il y a un choix qui se fait, c'est comment on se redirige vers les publics prioritaires, nos publics prioritaires.

Personne exerçant en CSAPA, entretien collectif CSAPA

“ On a l'expérience de consultations avancées, en MSP notamment, qui peuvent nous mettre en difficulté, ou en tout cas qui sont pas forcément toujours simples. Donc on est, on est preneurs de faire évoluer un peu le modèle.

Personne exerçant en CSAPA, entretien collectif CSAPA

“ On voit bien à travers ce qu'on met en place dans les consultations avancées et la différence avec les microstructures, c'est qu'il y a un vrai travail d'acculturation à faire avec les microstructures je pense. Il y a un vrai partage non seulement de la culture addicto, mais aussi des processus, des procédures internes. [...] On a fait le bilan la semaine dernière avec la consultation avancée Y, avec le médecin généraliste. Il y a un besoin en tout cas de... pour eux de prendre le temps nécessaire de s'approprier les process internes au CSAPA. Je parle là notamment des initiations métha de tout ce qui est procédure TSO etc. Il y a un besoin en tout cas de venir travailler avec les soignants sur cette question là et au-delà d'accueillir un patient commun, c'est vraiment avoir un partage de ce qui se travaille sur le fond et pas uniquement sur la forme.

Personne exerçant en CSAPA, entretien collectif CSAPA



Résultats

L'INTERPROFESSIONNALITÉ : UN ENJEU CENTRAL POUR RÉPONDRE AUX BESOINS IDENTIFIÉS

Le déploiement des MSMA repose fortement sur une **approche interprofessionnelle**. Cette collaboration entre acteurs et actrices des soins primaires et du médico-social est perçue comme un levier essentiel pour répondre aux besoins identifiés sur les territoires. Toutefois, cette **dynamique coopérative nécessite un accompagnement adapté**, ainsi qu'une implication durable des équipes.

Une collaboration à soutenir par une stratégie multi-niveaux

L'interprofessionnalité ne peut se construire sans une **stratégie claire**, pensée à différents échelons :

- **À l'échelle régionale**, l'ARS a un rôle central à jouer dans l'implémentation et l'articulation de cette stratégie au sein des Contrats Locaux de Santé (CLS). Cet appui apparaît nécessaire aux participant·es pour ancrer durablement les MSMA.
- **À l'échelle locale**, la coordination pourrait s'appuyer sur les dispositifs déjà existants : maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), des CPTS ou des DAC.

“ Les CPTS elles ont ce rôle de coordination et elles ont du financement pour ce temps de coordination [...] Et qui peut être support juridique ou support, enfin vraiment formaliser ce type de structure et moi je pense que à voir du côté des CPTS qui ont déjà des médecins et qui sont qui sont aux prises avec ces difficultés par rapport à ce public.

Personne exerçant en CSAPA, entretien collectif CSAPA

Un investissement important des équipes

La mise en œuvre d'une collaboration interprofessionnelle efficace repose sur l'**implication active des professionnel·les**. Plusieurs éléments ont été mis en évidence lors de l'analyse :

- Un **temps initial d'organisation** est nécessaire (concertation, coordination, création d'outils). Les participant·es soulignent qu'il peut générer, à moyen terme, un **gain de temps clinique en limitant l'aggravation des situations**.
- Les professionnel·les souhaitent construire le partenariat collectivement, en s'appuyant sur une **formalisation d'outils et des protocoles communs**.
- Les participant·es insistent sur la nécessité de **flexibilité**, afin d'**adapter** le fonctionnement des MSMA à la réalité de chaque **équipe** et de chaque **territoire**.
- Cette dynamique reste **dépendante de la disponibilité des professionnel·les**, elle-même fortement influencée par la **démographie** des acteurs et actrices ainsi que leur **charge de travail**.

UN CADRE QUI POSE QUESTION

Si le dispositif MSMA suscite un intérêt partagé, plusieurs éléments de **son cadrage soulèvent des interrogations** importantes de la part des participant·es. Ces questions portent à la fois sur le modèle de financement, la structuration du parcours de soin, et l'articulation avec l'existant sur les territoires.

Un modèle de financement à clarifier

Le financement des MSMA, reposant sur un **système au forfait**, reste globalement mal compris. Les professionnel·les expriment un besoin d'éclaircissements sur :

- Le **montant** du forfait envisagé,
- Les **modalités précises de facturation** et les **outils** associés,
- Les **types de professionnel·les** pouvant intégrer le dispositif,
- La publication du **cahier des charges définitif**.

Cette incertitude rend difficile la projection opérationnelle des structures sur leur implication dans le dispositif.

“ Je voyais 6 rencontres par rapport aux travailleurs sociaux et du coup j'ai essayé de voir si s'il y avait eu des réflexions sur comment optimiser le temps et le concentrer par exemple sur des sur des plans d'information collectives, sur certaines thématiques.

Personne exerçant en CSAPA, entretien collectif CSAPA



Résultats

Un parcours normé face à des trajectoires non linéaires

Les participant·es s'interrogent sur la capacité du forfait à **s'adapter aux parcours** de soin des patient·es en addictologie, souvent marqués par des allers-retours et des ruptures. S'il permet une **certaine souplesse** dans la répartition des consultations (psychologue, professionnel·les du travail social) selon les besoins des patient·es, il est néanmoins perçu comme restrictif et peu adapté aux prises en charge.

Le cadre du forfait suppose d'être attentif à différents points :

- Clarifier les **critères d'inclusion et de sortie**,
- Prévoir des **relais fluides** vers d'autres dispositifs en cas de rupture ou de réorientation,
- Éviter la **tentation de modéliser le profil "d'un·e patient·e type"** théorique et trop éloigné de la diversité des situations réelles,
- **Ne pas positionner la MSMA comme une solution de substitution** face aux difficultés d'accès aux soins, et aux délais d'attente au sein des structures d'addictologie.

“ En fait mon questionnaire il est surtout sur comment utiliser la temporalité des 6 h qui sont un petit peu standardisées que j'ai vu tout à l'heure et d'avoir la possibilité de préciser d'entrée de jeu sur l'accompagnement [...] Comment sur une temporalité donnée on arrive à être efficient et pas faire du saupoudrage au niveau de l'accompagnement quoi ?

Personne exerçant en CSAPA, entretien collectif CSAPA

Des craintes sur la lisibilité des parcours

Les MSMA sont perçues comme une opportunité d'**enrichir l'offre de soins en addictologie du territoire**, mais sous certaines conditions :

- Il est crucial que cette **nouvelle offre reste lisible**, aussi bien pour les professionnel·les que pour les patient·es,
- La complexification de l'offre, sans coordination et communication, **pourrait générer de la confusion**, voire des **redondances** entre différents dispositifs.
- Une attention particulière doit être portée à l'**articulation** avec les dispositifs existants d'aller-vers : consultations avancées, équipes mobiles, dispositifs en milieu précaire, actions en lien avec le secteur du handicap, etc.

Enfin, certaines personnes exerçant en CSAPA expriment leur crainte d'une **perte de l'identité propre des CSAPA** en multipliant les dispositifs « d'aller-vers » sans maintien d'un socle et d'un lieu commun pour les professionnel·les des CSAPA avec de possibles conséquences sur :

- La **qualité de vie au travail** des équipes spécialisées,
- Leur **engagement professionnel**

“ Entre les modalités de consultation avancées, les microstructures, voilà comment on se repère dans tout ça quoi ? On souhaite aussi développer les équipes mobiles, donc une équipe mobile, enfin pourquoi pas une équipe mobile qui avance dans un cabinet médical, quoi ?

Enfin voilà, comment on arrive à s'y retrouver par rapport à potentiellement un nombre de structures, de modalités différentes, de financements différents, un financement au forfait, un financement global quand il s'agit de consultations avancées avec un financement en équivalent temps plein.

J'ai peur qu'on complexifie aussi. Enfin en tout cas, et faire attention à pas complexifier tous ces dispositifs quoi.

Personne exerçant CSAPA, entretien collectif CSAPA

“ Aujourd'hui, en tout cas pour le CSAPA X, on voit à quel point on va retravailler même la stratégie d'établissement sur le déploiement de microstructures ou de consultations avancées de manière plus importante que nos sites principaux. Aujourd'hui, on va avoir plus de consultations avancées que d'antennes, donc on voit qu'on va vraiment sur cet « aller-vers » [...] Dans cette stratégie d'aller-vers, donc on a des professionnels qui sont moteurs là-dedans et en même temps, jusqu'où ? Jusqu'à quel point ? A moyen constant, quelle limite on a ? On va avoir affaire à des professionnels qui sont plus à l'extérieur de l'établissement, beaucoup plus en mouvement qu'en consultation derrière leur bureau, au sein des antennes.

Enfin, ça, ça pose aussi la question de la qualité de vie au travail

Personne exerçant en CSAPA, restitution



Résultats

ANCRAGE TERRITORIAL ET STRATÉGIE POLITIQUE

La perception d'un déploiement favorable des MSMA repose en grande partie sur leur ancrage dans une dynamique territoriale cohérente, inscrite dans une vision politique claire et partagée à moyen et long termes.

Promouvoir un axe stratégique lisible à l'échelle régionale

Les participant·es soulignent l'importance de donner du sens à la démarche en inscrivant la mise en œuvre des MSMA dans **les stratégies régionales de santé** (contrats pluriannuels des CSAPA), **avec une déclinaison territoriale** (intégration dans les CLS, Conseils locaux de santé mentale (CLSM), lien avec les délégations territoriales (DT) des ARS...) **et une coordination territoriale** soutenue, assurée par une structure d'appui ou un référent identifié.

Un projet de territoire structuré de la sorte permettrait de :

- Diminuer la pression sur les professionnel·les, régulièrement sollicité·es pour participer à des projets isolés.
- Eviter la juxtaposition de projets non coordonnés, qui peut nuire à la cohérence de l'offre et à l'adhésion des acteurs et actrices.
- Dédier du **temps valorisé** au développement des collaborations, notamment entre les équipes des CSAPA et les équipes de soins primaires, ainsi que les liens ville-hôpital,
- Apporter une réponse collective aux nombreuses sollicitations dont les territoires font l'objet, en se dotant d'une position cohérente lisible et partagée entre les acteurs et actrices du territoire.

Un levier pour structurer les parcours

D'après certain·es participant·es, **plusieurs expériences de mise en œuvre**, notamment en lien avec des **CLS** ou des **CPTS**, ont montré que la **dynamique territoriale** pouvait jouer un **rôle facilitateur** dans la construction de projets : ces espaces et dispositifs permettent la mobilisation d'acteurs et d'actrices clés dans la coordination des parcours de soin ainsi que le **décloisonnement des pratiques** en portant une **politique d'accompagnement au changement**, prenant en compte les **enjeux organisationnels** et les **temporalités** de mise en œuvre. Ils peuvent tenir **lieux de gouvernance partagée**, garants d'une **cohérence territoriale** dans le déploiement de nouveaux dispositifs, qui peut inclure des **professionnel·les extérieur·es aux domaines du sanitaire et du social** (enseignement, élus, culture, associatifs etc.).

Risques de complexification

Toutefois, les participant·es attirent notre attention sur le **risque d'une complexification accrue de la lecture de l'offre de soins si le développement des MSMA ne s'inscrit pas dans une stratégie globale et lisible** :

- Il est essentiel de reconnaître que les MSMA n'ont **pas vocation à se déployer systématiquement** sur tous les territoires, mais qu'elles doivent **s'adapter aux besoins, ressources et dynamiques locales**.
- **Complexification dans les échelles et les stratégies entre différents acteurs et projets territoriaux** : Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), CLS, CLSM, DT ARS etc.
- Il convient de travailler activement à la **lisibilité du parcours**, pour les professionnel·les impliqué·es dans les MSMA, les professionnel·les de santé hors MSMA, comme pour les patient·es-usager·ères et l'ensemble des partenaires.

POINTS EN SUSPENS

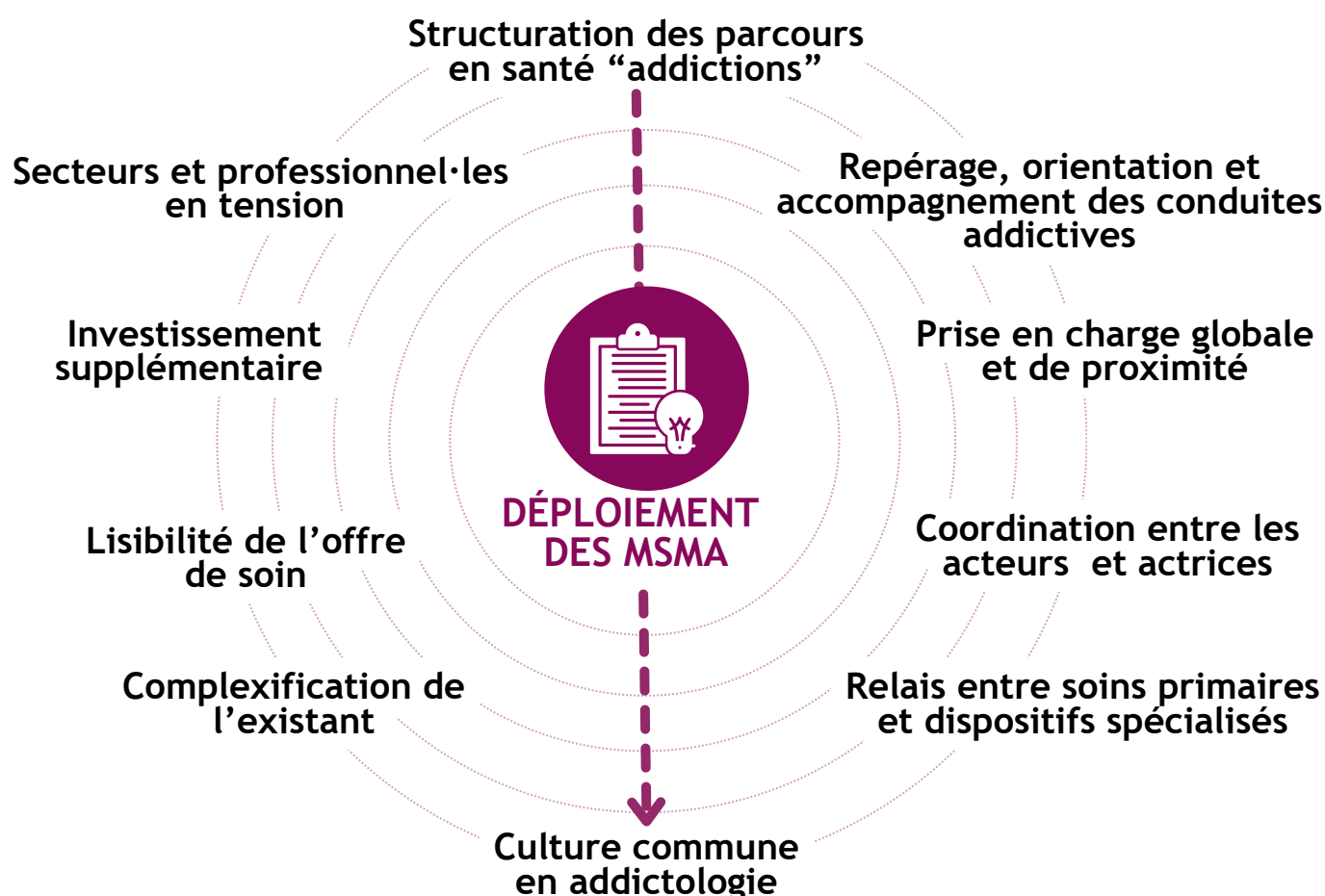
Les réflexions ont mis en évidence plusieurs axes restant à définir, indépendamment de l'intérêt des personnes interrogées.

- La définition et la communication d'un cadre réglementaire clair avec la publication d'un **cahier des charges** permettant de penser la mise en œuvre est un prérequis.
- Une fois ce cadre établi, les professionnel·les s'interrogent sur le **portage de la stratégie régionale** ainsi que la coordination en Pays de la Loire :
 - Quel soutien sera apporté par les institutions ?
 - Qui portera la coordination régionale et locale ?
- Les participant·es se questionnent sur la **mise en œuvre territoriale** :
 - le choix des territoires prioritaires pour le déploiement,
 - les modalités concrètes au plan administratif et financier,
 - la mise en lien des acteurs et actrices des différents secteurs d'activité,
 - les modalités de déploiement des professionnel·les des CSAPA en MSMA,
 - la communication sur les MSMA etc.



EN RÉSUMÉ

- Les MSMA représentent un **dispositif d'intérêt** pour les participant·es. Celui-ci répond aux besoins identifiés, notamment par l'opportunité de mise en lien entre le secteur médico-social et les professionnel·les des soins primaires par le biais de la **création d'une culture commune**.
- Une vigilance exprimée concerne la **charge supplémentaire** pour des acteurs et actrices connaissant des difficultés pour assurer leurs **missions socles** auprès de l'ensemble des publics concernés. L'implantation de MSMA est fortement dépendante des **capacités financières et humaines mobilisables**.
- Outre le développement de l'interprofessionnalité au sein des MSMA, il semble primordial d'ancrer cette dynamique d'action au sein d'une **stratégie politique et d'une logique de coordination régionale et territoriale**.
- Des questions restent en suspens dans l'attente de la publication du cahier des charges national.





Résultats

MEMBRES D'INSTITUTIONS ET DISPOSITIFS SUPPORTS

Les échanges menés avec les professionnel·les d'institutions locales et représentant·es de dispositifs supports (ARS, DAC, CPTS, GRADeS, CPAM) ont permis de mieux cerner les **enjeux stratégiques, techniques et organisationnels liés au déploiement des MSMA** dans la région Pays de la Loire. Ces entretiens apportent un éclairage complémentaire à celui des professionnel·les de terrain, en resituant leurs **attentes et questionnements dans un cadre de mise en œuvre opérationnelle**.

Ils permettent également d'identifier des leviers partagés mais aussi des points de vigilance spécifiques, en lien avec les fonctions de coordination, de financement, de pilotage ou d'appui numérique.

POINTS COMMUNS ENTRE LES ACTEURS

Plusieurs convergences fortes se dégagent de ces échanges :

- Une **adhésion forte** au principe des MSMA, perçues comme un dispositif pertinent pour répondre en partie aux fragilités actuelles du champ de l'addictologie, dans l'attente du cahier des charges national.
- Une volonté partagée de favoriser l'**ancrage territorial du dispositif**, en s'appuyant sur les **dynamiques locales existantes** (CPTS, DAC, PTSM...).
- L'intérêt et la capacité à favoriser le **décloisonnement** entre les secteurs du soin et du médico-social.
- L'importance accordée à la **coordination** des acteurs et actrices, au **partage d'information** et à la nécessité de **construire des outils communs** (systèmes d'information, protocoles, référentiels...).
- Une attention commune aux **risques de surcharge et de dispersion** des professionnel·les, incitant à un **déploiement ciblé, progressif et accompagné**.
- Les MSMA sont également reconnues comme un levier de soutien aux personnes exerçant en soins primaires en particulier les **médecins généralistes, souvent isolés** face à des situations addictologiques complexes.





Résultats

SPÉCIFICITÉS ÉVOQUÉES PAR LES ACTEURS ET ACTRICES



Agence Régionale de Santé (ARS Pays de la Loire)

L'ARS porte une vision stratégique du déploiement des MSMA, intégré aux **priorités régionales pour 2025**.

La personne représentante de l'ARS souligne l'importance du passage d'Equip'Addict dans le droit commun comme **levier structurant** ainsi que la définition des **objectifs de dimensionnement des équipes et du forfait**.

Elle insiste sur la nécessité d'ancrer les MSMA dans les dynamiques territoriales existantes avec une cible de deux territoires par département.

Elle identifie aussi les MSMA comme des **espaces potentiels de formation continue** et de **valorisation du rôle expert des professionnel·les des CSAPA**.



Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)

La personne représentant la CPAM met en avant le forfait parcours coordonné renforcé - addictions, permettant la coordination des professionnel·les autour du patient et leur **rémunération en fonction de l'intensité et de la complexité** de la prise en charge. Ce mécanisme est perçu comme un **soutien incitatif** pour le fonctionnement des MSMA, dans une logique de **gradation des soins** et de **coordination pluri-professionnelle**.



GRADEs (Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé)

Le GRADEs pilote le déploiement de la solution numérique régionale Parcours, qui vise à faciliter la coordination des prises en charge complexes entre le sanitaire, le social et le médico-social. L'outil, soutenu par l'ARS, est **déjà utilisé** par plusieurs professionnel·les et **accessible via différents supports numériques** (ordinateurs, tablettes, mobiles). Plusieurs enjeux sont soulevés :

- la double saisie des données, notamment pour les professionnels des CSAPA ;
- des freins persistants au partage d'informations en santé mentale et en addictologie (confidentialité, identitovigilance)

La personne représentant le GRADEs souligne également qu'une adhésion au GRADEs sera nécessaire pour permettre aux futures équipes de MSMA de bénéficier pleinement de l'outil.



Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)



Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Les personnes représentant ces dispositifs se disent prêtes à s'impliquer, en mobilisant des **outils déjà existants** : organisation de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), mise à disposition de locaux, systèmes d'information partagés et liens entre soins de ville et établissements de proximité. Elles apparaissent comme des **interfaces essentielles** pour favoriser la fluidité du parcours de soins.

UN CONTEXTE FAVORABLE EN PAYS DE LA LOIRE

- Intérêt des pouvoirs publics pour le dispositif
- Acteurs structurants mobilisés (SRAE Addictologie, GRADEs, CPAM, ARS)



Résultats



Synthèse des résultats

LES MSMA, UN DISPOSITIF PERÇU POSITIVEMENT POUR :



Faciliter les parcours et l'accès aux soins

- Prise en charge de proximité, de qualité et intérêt d'une approche globale
- Renforcement de l'accès aux soins notamment pour des publics spécifiques (femmes, personnes en situation de précarité, ruralité)
- Fluidité des parcours



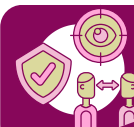
et développer la coopération

- Renforcement des liens entre les professionnel·les des secteurs des soins primaires et spécialisés en addictologie ainsi que les relais réciproques.
- Développement des compétences en addictologie pour les acteurs et actrices de soins primaires
- Développement d'une culture commune en addictologie



avec des attentes fortes

- Diffusion et appropriation du cahier des charges national :
 - Clarification et appropriation du modèle de financement
 - Vigilance sur les outils des systèmes d'informations
- Attentes d'orientations stratégiques fortes portées par l'ARS
- Co-construction du projet sur chaque territoire avec les personnes concerné·es et les partenaires : CPTS, CLS, DAC, PTSM...
- Co-construction des outils communs



et des points de vigilance

- Lisibilité de l'offre
- Articulation entre les acteurs
- Risque d'un parcours normé, figé non adapté aux spécificités et à la complexité des parcours en addictologie
- Vigilance sur les ressources humaines au sein des CSAPA





Eclairages issus de la littérature

L'analyse de la littérature vient enrichir les résultats issus des entretiens, en éclairant deux axes majeurs soulevés par les acteurs : **les enjeux de la collaboration interprofessionnelle** dans le champ de l'addictologie et du premier recours, et **les indicateurs territoriaux** à considérer pour un déploiement pertinent des MSMA.



Collaboration interprofessionnelle entre acteurs et actrices des soins primaires et de l'addictologie

La littérature rejoint les constats issus des entretiens de terrain, en soulignant un **manque de lien et de coordination** entre les professionnel·les de santé de premier recours et les structures spécialisées en addictologie. Cette difficulté est particulièrement bien illustrée dans une étude qualitative menée dans le bassin de Saint-Nazaire (44), où des médecins généralistes expriment le **besoin d'une meilleure connaissance réciproque, d'échanges d'expériences et d'un partage de compétences** avec les professionnel·les du secteur spécialisé en addictologie (14).

Les propos recueillis dans les entretiens collectifs font écho à plusieurs dimensions de la collaboration décrites dans la littérature, notamment dans le modèle typologique de D'Amour et al. (2008)(15) et dans les récents travaux sur les conditions de la pluriprofessionnalité dans les MSMA de Duprat (2024)(16).

UNE VISION COMMUNE MALGRÉ DES MOTIVATIONS DIFFÉRENTES

Les participant·es reconnaissent la diversité des approches et des missions (soin, réduction des risques, insertion, etc.) et soulignent l'importance d'un **objectif partagé** centré sur l'amélioration de la prise en charge des patient·es. Cette **convergence sur le sens de l'action** constitue une condition essentielle à la collaboration interprofessionnelle et permet de dépasser les logiques de métier et de structures.

L'INTÉRIORISATION DU PROCESSUS COLLABORATIF

Les acteurs et actrices interrogé·es expriment une conscience croissante de leur **interdépendance** et de la **complémentarité de leurs rôles**. Cette prise de conscience doit être nourrie par une meilleure connaissance mutuelle des compétences, valeurs et limites de chacun·e, rejoignant la notion d'**intérieurisation** du processus collaboratif, fondée sur la confiance mutuelle et l'apprentissage collectif.

LA FORMALISATION DU TRAVAIL COMMUN

Le recours à des outils partagés (réunions de coordination, protocoles, grilles d'évaluation) facilite l'**explicitation des attentes et des responsabilités** de chacun·e. Néanmoins, le **manque d'espaces de rencontre informelle** et la **disparité des temporalités professionnelles** sont cités comme des freins à la collaboration fluide.

UNE GOUVERNANCE ET UN SOUTIEN AU CHANGEMENT

La dynamique collaborative repose sur un **cadre stratégique** porté par une autorité régionale (comme l'ARS), mais trouve sa traduction concrète au **niveau local**, grâce au rôle des coordinateurs et coordinatrices. Ces derniers facilitent non seulement l'organisation, mais aussi l'**évolution des pratiques** via la formation, les échanges et les ajustements progressifs des rôles professionnels.

Ces dimensions rejoignent les conclusions de Duprat (2024), qui insiste sur **le caractère à la fois fragile et structurant de la pluriprofessionnalité dans les MSMA**. L'auteure identifie plusieurs leviers essentiels :

- une approche commune centrée sur la réduction des risques,
- une collaboration différenciée mais non hiérarchique entre les professions,
- le rôle fondamental de la coordination locale, dans un contexte marqué par la tension sur les ressources humaines,
- des **inégalités persistantes d'accès à des espaces de collaboration**, tant du point de vue géographique que temporel,
- et la nécessité de **laisser une marge de manœuvre aux équipes locales**, pour ajuster les modalités d'organisation à leur contexte.



Eclairages issus de la littérature



Territorialisation : cibler les territoires propices au développement des MSMA

Le recueil des besoins du territoire, la prise en compte des dispositifs existants et des spécificités du territoire constituent également les points saillants de cette étude.

INDICATEUR D'ACCESSIBILITÉ POTENTIELLE LOCALISÉE

La littérature apporte également **des éléments utiles pour cibler les territoires les plus pertinents** dans une perspective de déploiement progressif des MSMA. Un indicateur s'avère particulièrement éclairant : **l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL)** aux médecins généralistes (cf Pays de la Loire : démographie et épidémiologie). Utilisé dans l'évaluation de l'expérimentation Equip'Addict menée par les Hospices Civils de Lyon, il permet d'observer que **75 % des MSMA déjà en activité sont situées dans des communes où l'accessibilité médicale est supérieure à la moyenne nationale**.

Cette tendance, y compris dans les régions ayant ciblé les zones rurales, s'explique par la nécessité de garantir **un accès médical effectif**, le point d'entrée dans les MSMA reposant sur un·e professionnel·le de santé des soins primaires. Cet indicateur, librement accessible en ligne et facilement mobilisable, pourrait donc être utilisé à la fois pour **analyser des candidatures de structures volontaires** et pour orienter des **stratégies de prospection**.

RÉPARTITION ENTRE TERRITOIRES URBAINS ET RURAUX

Les données disponibles dans le rapport d'évaluation montrent également une **répartition équilibrée des MSMA** entre milieux ruraux et urbains :

- 46 % des MSMA sont implantées dans des zones rurales autonomes ou sous faible influence d'un pôle,
- 14,1 % dans des zones rurales sous forte influence,
- et 39,9 % dans des territoires urbains.

Quel que soit le territoire, les MSMA sont perçues comme **utiles et pertinentes par les personnes y travaillant**. Dans les zones rurales, **les difficultés de mobilité des patient·es** (coût, éloignement, absence de transports individuels ou en commun) sont largement évoquées comme un frein à l'accès aux structures spécialisées. Alors qu'en milieu urbain, **la présence de structures spécialisées ne garantit pas toujours l'accessibilité**, notamment en raison de délais d'attente ou de critères d'admission.

Ainsi, même dans des contextes très différents, les MSMA apparaissent comme **un complément**, qui permet de pallier certaines limites du système existant. Les retours de patient·es appuient également ce constat, notamment pour ceux vivant en zones rurales, qui mettent en avant **la proximité géographique des MSMA** comme un facteur facilitant leur engagement dans le soin.

Ces éléments issus de la littérature permettent de mieux comprendre les dynamiques à l'œuvre dans la mise en place des MSMA, et d'identifier les conditions à réunir pour favoriser leur inscription dans des logiques de coopération durable et d'ancrage territorial adapté.

Ils nourrissent ainsi les **perspectives de développement du dispositif**, en éclairant les leviers à mobiliser et les points de vigilance à anticiper dans la suite de sa structuration.



Perspectives

Au regard des résultats de l'étude et de la littérature, plusieurs axes d'action ont été identifiés pour accompagner un éventuel déploiement des MSMA dans la région Pays de la Loire. Ces perspectives s'articulent autour de deux niveaux complémentaires : un **cadre stratégique régional à construire**, et des **dynamiques territoriales à soutenir**.



Perspectives exprimées par les acteurs de terrain

Les participant·es à l'étude ont formulé plusieurs propositions concrètes pour favoriser l'émergence et la pérennisation des MSMA :

- Renforcer la **communication** autour du dispositif, encore peu connu, en direction des professionnels de santé et des partenaires locaux.
- Travailler les **articulations** avec les dispositifs existants, notamment les CPTS et les structures de santé mentale, pour assurer une **bonne intégration territoriale**.
- Se rapprocher d'**autres régions**, notamment la Bretagne, également engagées dans une réflexion sur les MSMA, afin de mutualiser les outils, les retours d'expérience et les modalités d'organisation.
- Mandater la **SRAE Addictologie** pour assurer un rôle d'**appui** et de **coordination au niveau régional**.



Perspectives identifiées par la SRAE Addictologie

CO-CONSTRUIRE UN CADRE RÉGIONAL

- Former un **comité de pilotage régional**, associant institutions, professionnels de terrain, usagers et territoires pilotes.
- Créer un **groupe de travail régional**, chargé de produire des **outils communs** (protocoles, bonnes pratiques, outils de coordination et de systèmes d'informations).

CO-CONSTRUIRE UNE STRATÉGIE RÉGIONALE

- Identifier les **territoires prioritaires**, en croisant données de santé, cohérence avec l'offre de soins, et dynamiques locales existantes.
- Intégrer une **dimension évaluative** dès le départ, avec des indicateurs adaptés pour suivre la mise en œuvre et l'impact du dispositif.
- Réaliser un **état des lieux territorial préalable**, en mobilisant les outils disponibles (ex. PISSTER, données ORS, travaux existants...).

ACCOMPAGNER LE DÉPLOIEMENT LOCAL

- Soutenir les professionnels dans la **construction locale des projets**.
- Proposer des actions de **sensibilisation et de formation**, pour faciliter l'**appropriation du dispositif**.



Conclusions

Les résultats de cette étude mettent en évidence un **intérêt partagé des professionnel·les** interrogé·es pour les MSMA, perçues comme une réponse pertinente à plusieurs problématiques rencontrées sur les territoires : améliorer l'accès aux soins en addictologie, renforcer les coopérations entre acteurs et actrices des différents champs, soutenir les professionnel·les de santé de soins primaires dans la prise en charge de situations complexes. La logique de proximité des MSMA représente un atout important notamment dans les zones géographiquement isolées.

ADHÉSION GLOBALE

Amélioration de l'accès aux soins en addictologie

Proximité

Interprofessionnalité

Intérêt partagé

Approche globale

CONDITIONS DE RÉUSSITE

Clarification du cadre national

Accompagnement institutionnel

Souplesse et adaptabilité locale

Mobilisation de ressources

Temps d'appropriation

Ancrage territorial fort

Co-construction

Enfin, cette étude rappelle que les MSMA **ne constituent pas une réponse unique**, mais qu'elles doivent être intégrées à une **stratégie globale de santé publique en addictologie à l'échelle régionale**, fondée sur la complémentarité des dispositifs et la participation des professionnel·les.

Leur succès dépendra des capacités à construire des réponses accessibles, souples et adaptées aux réalités locales.

Outre l'intérêt pour le dispositif, ces échanges ont mis en lumière l'importance de travailler à l'élaboration de modèles de collaborations entre les acteurs et actrices du territoire.

NB 1: Depuis la rédaction de cette enquête, les textes soutenant le développement des Parcours Coordonnés Renforcés sont en cours de finalisation. Le Décret n° 2025-394 du 30 avril 2025 liste des catégories de structures autorisées à coordonner des parcours coordonnés renforcés (17). Un arrêté chapeau, à paraître, doit désormais lister les parcours inscrits en droit commun et les dispositions communes à tous les parcours dont le taux de participation de l'assuré. Enfin, un arrêté correspondant à chaque parcours coordonné renforcé sera ensuite publié. Ce dernier précisera s'il faut passer par un appel à manifestation d'intérêt régional auquel l'agence régionale de santé peut recourir pour fixer le nombre de structures pouvant être autorisées, sur une base territoriale ou démographique. Source Hospimedia

NB 2 : En juillet 2025, la phase transitoire de l'expérimentation a été prolongée pour une durée maximale d'un an. Durant cette période, l'ouverture de nouvelles MSMA n'est pas autorisée. Les structures déjà en activité poursuivent leurs missions conformément au cahier des charges de l'expérimentation, dans l'attente de la publication d'un cahier des charges national.

Irène Valay, interne en santé publique et la SRAE Addictologie des Pays de la Loire remercient l'ensemble des participantes et des participants à cette étude pour leurs contributions et les échanges riches.



Bibliographie

-  1. Collège de la médecine générale. Fiche pratique : MicroStructures Médicales Addictions. Décembre 2024.
-  2. Haute Autorité de Santé (HAS). Réunion de concertation pluridisciplinaire. Novembre 2017.
3. Hospices Civils de Lyon. Dieudonné M. Equip'addict : Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions. Septembre 2023.
-  4. OFDT. DUPRAT L. Construction des parcours de soins d'usagers d'alcool en microstructures médicales addictions. Août 2024.
-  5. CNRMS. Rapport d'activité 2023.
-  6. Insee. Région des Pays de la Loire (52). Juillet 2025.
-  7. Insee. DELHOMME I. Pays de la Loire - Un Ligérien sur deux vit dans une commune rurale. Avril 2021.
-  8. ORS Pays de la Loire. PISSTER Panier d'indicateurs sociosanitaires territoriaux 2024. Mai 2024. PISSTER.
-  9. ORS Pays de la Loire. Démographie des psychiatres et psychologues en Pays de la Loire. Éléments d'état des lieux. Diaporama présenté à: Deuxième journée régionale en psychiatrie et santé mentale, par l'ARS et la CRSA. Septembre 2022.
-  10. SRAE Addictologie Pays de la Loire. Fiches épidémiologiques : Alcool - Tabac - Cannabis. Décembre 2024.
-  11. COSTARD A. Analyse qualitative de la coordination entre addictologues et médecins généralistes : attentes des médecins généralistes du bassin nazairien. Octobre 2021.
-  12. D'AMOUR D. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Serv Res. Décembre 2008.
-  13. Duprat L. The fragile conditions of pluriprofessionalism between doctors and support professionals: the case of microstructures médicales addictions (MSMA). Sciences Sociales et Santé. Septembre 2024.
-  14. Code de la santé publique. Chapitre II : Parcours coordonnés renforcés (Article L4012-1).



Liste des sigles et acronymes

AM	Assurance Maladie
API	Alcoolisation Ponctuelle Importante
APMSL	Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel
ARS	Agence Régionale de Santé
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues
CDS	Centre De Santé
CLS	Contrat Local de Santé
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CNRMS	Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures Médicales
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement, de Prévention en Addictologie
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
DMG	Département de Médecine Générale
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DT	Délégation Territoriale de l'ARS
FeMaSCo	Fédération des Maisons de Santé et de l'exercice Coordonné
GRaDeS	Groupe Régional d'Appui au Développement de la e-Santé / GCS e-santé
IDE	Infirmier·e Diplômé·e d'Etat
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
MSMA	MicroStructure Médicale Addictions
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
OFDT	Observatoire Français des Drogues et Tendances addictives
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PDL	Pays De la Loire
PCR	Parcours Coordonné Renforcé
PISSTER	Panier d'Indicateurs Sociaux Sanitaires TERRitoriaux
PRS	Projet Régional de Santé
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SPF	Santé publique France
SRAE	Structure Régionale d'Appui et d'Expertise
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine



Etude

Déploiement de MicroStructures Médicales Addictions (MSMA) en Pays de la Loire

Septembre 2025



SRAE Addictologie des Pays de la Loire
2 rue de la Loire 44200 Nantes



02 40 41 17 36



contact@srae-addicto-pdl.fr



<https://srae-addicto-pdl.fr/>