



N°2 – juillet 2013

Mentions légales : Directeur de la publication : George-Henri Melenotte

## SOMMAIRE :

Trois questions à  
Michel Doffoel,  
SELVHA p. 2

Résumé de l'étude sur le  
comportement vaccinal  
antiviral B p. 3

Quelques nouvelles  
de la CNRMS p. 5

Focus sur La Ciotat  
p. 6

### Réseaux adhérents à la CNRMS

CASA 65, Midi Pyrénées  
RESAAD 72, Pays de Loire  
Réseau Addiction de la Somme-Le Mail,  
Picardie,  
Réseau Canebière, PACA  
RMS Alsace  
RMS Vosges - La Croisée, Lorraine  
RTVH 54, Lorraine

Si vous souhaitez recevoir *Entrelacs*  
ou réagir à ses articles, vous pouvez  
nous contacter :

CNRMS 12 rue Kuhn 67000 Strasbourg  
Tél : 03 88 52 04 04  
coordination-nationale@reseau-rms.org

**Au sommaire du prochain numéro :**  
La microstructure en réseau, une  
pratique de la délibération en  
médecine

# Entrelacs

## Bulletin trimestriel de la CNRMS Coordination Nationale des Réseaux de MicroStructures médicales

### Editorial

#### **Quand le médecin hospitalier sort des murs**

Quand le médecin hospitalier sort des murs et rencontre une équipe de microstructure médicale, se produit un événement : la rencontre de sa compétence avec celle de l'équipe de la microstructure.

Ceci ne se traduit pas seulement par l'amélioration de la qualité des soins, mais permet le développement d'une recherche clinique de bon niveau portant sur une population d'usagers de drogues suivis en médecine de ville.

Dans ce numéro, *Entrelacs* vous présente les résultats d'une étude menée par le Réseau des Microstructures médicales d'Alsace (*RMS Alsace*), en collaboration avec le Professeur Michel Doffoël, responsable du Service Expert de Lutte contre les Hépatites Virales d'Alsace (*SELHVA*). Cette étude porte sur le comportement vaccinal antiviral B tant des médecins que des patients suivis dans ce réseau. Une interview de Michel Doffoël accompagne cette présentation.

Le renforcement de la médecine générale de proximité passe par l'apport de la compétence hospitalière. En sortant des murs de l'hôpital, le médecin hospitalier favorise un transfert fructueux de son savoir à la ville. Se noue ainsi un partenariat équilibré entre les deux parties, indispensable au développement d'une recherche clinique de qualité.

Merci de diffuser ce numéro sans modération.

A bientôt, pour la poursuite de notre expérience.

Dr George-Henri Melenotte  
Président de la CNRMS

## Trois questions de la CNRMS au Professeur Michel Doffoël, responsable du SELHVA\*

\*Service Expert de Lutte contre les Hépatites Virales d'Alsace

**George-Henri Melenotte :** Lors du dernier Colloque national Hépatites qui s'est tenu à Paris, vous avez présenté, avec George-Henri Melenotte, les résultats d'une étude menée en Alsace, portant sur le comportement vaccinal antiviral B des médecins et de leurs patients.

**Quelles sont les principales conclusions que vous tirez de cette étude ?**



**Michel Doffoël :** Parmi les usagers de substances psycho-actives (USPA) la couverture vaccinale anti-VHB a progressé entre 2010 et 2012, passant de 35% à 52%, soit une augmentation de 50% en 30 mois. Cependant, cette

couverture vaccinale reste insuffisante. Le taux de vaccination au sein de RMS est supérieur chez les USPA entrés dans le réseau après 2010 (59%) par rapport à ceux entrés dans le réseau avant 2010 (40%).

Pour les USPA, la pratique de la vaccination est associée à la connaissance de la gravité potentielle de la maladie avec le risque de progression vers la cirrhose et/ou le carcinome hépatocellulaire. Ainsi, la gravité potentielle de la maladie est connue chez 91% des USPA appartenant au groupe vacciné versus 61% chez les USPA appartenant au groupe non vacciné. Près du quart des usagers non vaccinés déclarent un risque vaccinal. Dans le groupe vacciné, ce risque n'est que de 13 %.

Alors que 84 % des médecins généralistes exerçant au sein des microstructures déclarent être favorables à la vaccination chez les USPA, 12% seulement considèrent la vaccination comme une priorité versus 29% pour les USPA. Ainsi, la priorité de la vaccination reste relative par rapport aux problèmes sociaux (logement, travail) et économiques (salaire, dettes).

Le calendrier vaccinal paraît complexe pour 19% des médecins des microstructures versus 8% pour les USPA. Enfin, le risque vaccinal est similaire pour les médecins (16%) et pour l'ensemble des USPA (17%).

Au total, la couverture vaccinale a progressé de façon significative chez les USPA durant ces dernières années. Cette progression a probablement été favorisée par les actions de formation menées et répétées auprès de l'ensemble des professionnels de santé, qu'il s'agisse des médecins généralistes, des psychologues, des travailleurs sociaux et des pharmaciens d'officine. La formation a été non seulement théorique, mais également pratique sous forme d'ateliers interactifs et de discussions au cours des réunions de synthèse concernant le diagnostic et le traitement des hépatites chroniques B et C chez les usagers du réseau. Ainsi, un climat de confiance s'est instauré, à l'origine d'une meilleure adhésion des médecins généralistes aux mesures de prévention. Néanmoins, les problèmes socio-économiques des USPA demeurent et « le sanitaire passe par le social » comme l'a indiqué George-Henri Melenotte dans sa conclusion de synthèse.

**Q2.** Si la recherche clinique semble actuellement être l'apanage des médecins hospitaliers, l'originalité de votre étude tient à ce qu'elle a été menée conjointement par vous-même et par un réseau de médecine générale.

**Pensez-vous que ce type d'action de recherche en médecine de ville a un avenir possible et, si oui, à quelles conditions ?**

**Michel Doffoël :** Une recherche clinique de qualité peut être développée entre les médecins généralistes et les médecins hospitalo-universitaires. Elle passe obligatoirement par des actions de formation sur le terrain. Par ailleurs, le médecin hospitalo-universitaire doit être disponible pour répondre à toute question pratique posée par le médecin généraliste amené à prendre en soins un patient atteint d'une hépatite chronique à virus B ou C. Cette disponibilité est favorisée par le développement des réseaux informatiques ville - hôpital. Ici encore, un climat de confiance doit être instauré avant de pouvoir développer une recherche clinique. Cette dernière nécessite également la participation d'un attaché de recherche clinique proche des médecins généralistes et susceptible de les aider dans le

recueil des données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Enfin, le médecin hospitalo-universitaire a un rôle essentiel dans l'élaboration du protocole de recherche clinique qui doit être adapté à la pratique du médecin généraliste, et dans l'analyse et l'interprétation des résultats.

**Q3.** Aujourd'hui plus de 90% des patients usagers de drogues bénéficient d'un traitement de substitution aux opiacés en médecine de ville. Cela rend nécessaire le développement d'un travail partenarial Hôpital/médecine de ville.

**Selon vous, quels sont les axes prioritaires à donner à une action coordonnée entre la médecine de ville et l'Hôpital en matière de lutte contre les hépatites B et C ?**

**Michel Doffoël :** Les axes prioritaires pour mener une action coordonnée entre la médecine de ville et l'hôpital en matière de lutte contre les hépatites B et C sont la prévention et l'incitation au dépistage par la pratique du fibroscan et/ou des TROD. Une formation est indispensable pour que le médecin généraliste apprenne à initier le bilan diagnostique d'une hépatite chronique à virus B ou

C avec les examens virologiques par PCR, les tests hépatiques et l'échographie abdominale. Le bilan diagnostique est complété par le médecin hospitalier pour poser l'indication d'un traitement antiviral et initier ce dernier. Par la suite, le médecin généraliste intervient dans la coordination des soins, aussi bien pour le traitement antiviral que pour la prise en soins des polyaddictions et des co-morbidités. Pour les formes sévères ou compliquées d'hépatite chronique à virus B ou C, le suivi thérapeutique est principalement assuré par le médecin hospitalier, mais toujours en coordination avec le médecin généraliste. Enfin, le médecin hospitalier intervient dans le dépistage de la cirrhose, de l'hypertension portale et du carcinome hépatocellulaire qui constituent les principales complications des hépatites chroniques à virus B ou C. La coordination concerne non seulement les médecins, mais également tous les autres professionnels de santé et les associations de patients. Une telle action est facilitée par un travail en réseau. Encore faut-il donner les moyens pour que ces réseaux fonctionnent et ne reposent pas sur un simple bénévolat.



## Résumé de l'étude sur le comportement vaccinal antiviral B

Lors de la Journée Nationale Hépatites qui s'est tenue à Paris le 30 mai dernier, le professeur Michel Doffoël, du Service Expert de Lutte contre les Hépatites Virales d'Alsace (SELHVA) et le Docteur George-Henri Melenotte, du Réseau des Microstructures médicales d'Alsace (RMS Alsace) ont présenté les résultats d'une étude portant sur l'amélioration de la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les usagers de substances psychoactives suivis dans les 18 microstructures médicales réparties dans la région Alsace.

Cette étude, menée par Fiorant Di Nino, chargé de recherche à RMS Alsace, a été réalisée en lien avec le professeur Michel Doffoël, sous l'impulsion du Professeur Jean Louis Imbs.

La méthode utilisée consistait en la mise en place d'un cycle de formation des équipes pluridisciplinaires des microstructures : les médecins généralistes liés aux microstructures, mais également les psychologues et les travailleurs sociaux qui interviennent au sein même du cabinet des généralistes.

Le but de ces formations était de réinstaurer le dialogue autour de la vaccination contre l'hépatite B.

Pour mesurer les effets de ces formations, nous avons mesuré le niveau de la couverture vaccinale sur 30 mois de la population cible : les usagers de drogues suivis en médecine de ville par le Réseau

des microstructures médicales d'Alsace. Les formations ont débuté en juin 2010.

## Résultats

Alors que la couverture vaccinale était de 28% en 2008 et en 2009 (n = 448 et n= 489), dès fin 2010, suite aux démarrages des formations, elle a augmenté, passant à 35% (n = 482), puis à 39% en 2011 (n = 707) et à 52% en 2012 (n = 675). Ainsi en 30 mois la couverture vaccinale a doublé parmi les patients usagers de drogues suivis par le réseau RMS Alsace.

L'étude a également mis en évidence une différence significative dans la couverture vaccinale entre les patients inclus dans le réseau après le début des formations et ceux dont la présence est plus ancienne. En effet, le taux de vaccination des patients entrés dans le réseau après 2010 est de 62% (n= 267) dont 59% ont été vaccinés après le démarrage des formations ; contre 47% pour les patients entrés dans le réseau avant 2010 (n =408), dont 40 % ont été vaccinés depuis 2010. Ainsi, bien que le taux de vaccination a considérablement augmenté pour les deux groupes, il semble plus facile d'aborder le sujet de la vaccination contre le VHB avec les patients lors de leur entrée dans le dispositif.

Dans le but de connaître les freins à la vaccination contre le VHB, des questionnaires anonymes ont été adressés entre août et novembre 2012, tant aux usagers de substances psychoactives suivis par le réseau *RMS Alsace* (n= 328, 54 % de taux de retour) qu'aux médecins généralistes du réseau (n = 33, 100% de taux de retour).

L'analyse de ces questionnaires a mis en évidence que si les principaux modes de transmission sont connus par les usagers de substances psychoactives (93% déclarent la voie sanguine, 82% la voie sexuelle, 58% la voie materno-fœtale), 33% déclarent une transmission possible par « voie alimentaire » et 2% évoquent une voie aérienne. De plus, seuls 29% des usagers de substance psychoactives ont répondu correctement aux 5 propositions relatives aux modes de transmission. Ainsi un travail de connaissance des modes de transmission du VHB reste à faire, même s'il apparaît que la vaccination n'est pas associée à la connaissance des modes de transmission. Dans le groupe des patients ayant un bon niveau de connaissance (n= 95),

59% d'entre eux sont vaccinés. Dans le groupe des patients n'ayant pas un bon niveau de connaissance (n=233), 60% sont vaccinés.

On note par contre que la vaccination est associée à la connaissance de la gravité potentielle de la maladie. Dans le groupe des patients vaccinés (n=198), 91% jugent la maladie comme potentiellement grave, contre 61% dans le groupe des non vaccinés (n=130) ( $p<0.001$ ). De même, sur une échelle de 0 à 10, si globalement les patients notent 6.5/10 le caractère prioritaire de la vaccination, les patients vaccinés le notent à 7.5/10, contre 4/10 pour les patients non vaccinés ( $p<0.001$ ).

Quand on demande aux usagers de substances psychoactives quelle priorité ils accordent à ce vaccin par rapport à leurs autres problèmes, ils notent à 3/10 la priorité vaccinale vis-à-vis de leurs problèmes économiques (salaires, dettes) et à 5/10 la priorité vaccinale vis-à-vis de leurs problèmes sociaux (logement, travail).

A propos du risque vaccinal tel qu'il est perçu chez les usagers de substances psychoactives, seuls 17% pensent qu'il existe : 13% du groupe des vaccinés, contre 23% dans le groupe des non vaccinés ( $p<0.05$ ). Par contre, 16% des médecins pensent encore que ce risque existe.

Il apparaît par ailleurs que le calendrier vaccinal n'est cité comme frein à la vaccination que par 8% des patients, alors que 19 % des médecins le pensent ( $p<0.05$ ).

Enfin, il apparaît que la vaccination, pour les médecins (n=33), est encore moins prioritaire que pour les usagers de substances psychoactives (n=328) avec 88% des médecins qui ne la jugent pas prioritaire contre 71% des patients ( $p<0.05$ ).

En conclusion, nous retenons trois points :

1/ La couverture vaccinale a presque doublé chez des patients usagers de drogues, trente mois après une formation continue, homogène et adressée tant au médecin qu'au psychologue et au travailleur social des microstructures. Cette formation pluridisciplinaire a été accompagnée par des actions complémentaires interactives (fibrosan, formations concernant les nouvelles



molécules contre le VHC, par exemple) susceptibles de créer une atmosphère attentive à la vaccination chez les praticiens.

2/ Le risque vaccinal est déclaré identique entre les médecins et les usagers. Près du quart des usagers non vaccinés déclarent un risque vaccinal. Un travail de sensibilisation et de formation reste à faire.

3/ Chez les patients, la vaccination n'est pas considérée comme une priorité par rapport aux problèmes sociaux (logement, travail) et surtout économiques (salaires, dettes), problèmes qui doivent être résolus dans le temps du traitement médical par le travailleur social de la microstructure. Chez les médecins, la réticence à la vaccination tient principalement à ce qu'ils

pensent que "les patients ont d'autres chats à fouetter".

Ainsi, en matière vaccinale anti virus B, et chez les usagers de drogues, le sanitaire passe par un travail simultané autour des problèmes économique et sociaux.



FIORANT DI NINO  
Chargé de recherche



## Quelques nouvelles de la CNRMS

### **Réseau Canebière**

Le Réseau Canebière porte actuellement 9 microstructures réparties dans les Bouches du Rhône, certaines ouvertes depuis 2005. Elles sont situées à Arles, Aix en Provence, Salon de Provence, Marignane, Martigues, Miramas, La Ciotat et Marseille (2).

Cette année, 230 patients ont bénéficié du dispositif fréquenté par 50% de femmes et 50% d'hommes, un mixte TSO (34 %) et alcool (48.5 %), ainsi qu'une ouverture en marge à des suivis hors addiction liés à des situations difficiles de précarité et/ou de santé mentale, mais en augmentation en pourcentage dans la file active.

En 2012, 1 604 consultations médicales, 1 155 consultations psychologiques et 631 consultations sociales ont été honorées. La moyenne d'âge des patients est de 46 ans, leur durée moyenne de suivi de 24 mois. En sus des réunions mensuelles régulières propres à chaque microstructure, une réunion régionale est instituée tous les deux ans.

Réseau Canebière, 34 rue du Petit Chantier, 13007 Marseille

### **RTVH 54**

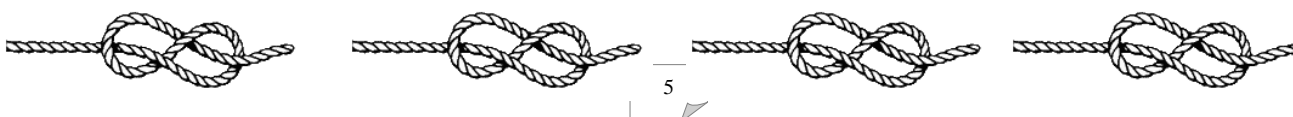
Bonne nouvelle à Nancy : L'ARS Lorraine prend le relais du financement de deux microstructures (Nancy centre et Jarville-la-Malgrange) qui ont démarré en septembre 2012, sur un Fonds d'intervention régional (FIR) à compter de la fin de l'année d'expérimentation. En parallèle, la MILDT finance deux nouvelles microstructures : lieu d'implantation à définir en collaboration avec la MILDT et l'ARS. Nous envisageons une expérience en territoire « isolé » rural ou semi urbain.

RTVH 54, 12 rue d'Amerval, 54000 Nancy

### **Réseau addiction de la Somme Le Mail**

Autre bonne nouvelle : L'ARS Picardie a accordé un financement pérenne aux microstructures, pour un poste de psychologue et un poste de travailleur social.

Le Mail, 18 rue Delpech, 80000 Amiens



## Focus sur une microstructure : La Ciotat

Dans cette microstructure des Docteurs Yves Grandbesançon, Daniel Fages et Gaston Ginoux, qui fait partie du Réseau Canebière, interviennent également Sandrine Duhoux, psychologue et Mireille Delarue, travailleur social. L'équipe a mis en commun ses réflexions, avec la collaboration de Marion Thierry-Mieg.

### L'âge de raison

La microstructure de La Ciotat est la plus ancienne des Bouches du Rhône, elle fonctionne depuis 8 ans (2005). Notre groupe a développé au fil du temps sa capacité à prendre en charge, de façon pluridisciplinaire, des patient(e)s complexes. Un des suivis de la microstructure a d'ailleurs été fondateur de l'ancrage de la microstructure dans le paysage de La Ciotat. Ce patient mettait « en échec » tous les suivis, celui de la microstructure comme celui de toutes les institutions médico-psycho-sociales de la ville. Un réseau de soins réunissant toutes ces structures a été créé pour s'essayer à maintenir en vie ces patients particuliers dont personne ne voulait plus se préoccuper.

Face à des situations complexes, un partenariat de travail s'est développé avec les diverses structures psycho-sociales et administratives de la ville. L'un des médecins et l'assistante sociale participent régulièrement aux réunions du Réseau Précarité de La Ciotat. Le travailleur social intervient à domicile pour des personnes ne pouvant pas se déplacer facilement, pour constater l'état d'un logement ou encore pour faire du tri dans les courriers. Il accompagne physiquement les personnes les plus fragiles ou peu autonomes dans des démarches administratives ou à des rendez-vous.

Sur le plan médical, et en plus des prises en charge classiques des différents types d'addictions en ambulatoire, la souplesse de la microstructure a permis, grâce au partenariat rapproché avec le CSAPA local, de mettre en place des cures de sevrage alcool à domicile avec la participation de l'hospitalisation à domicile (HAD). Cela permet un autre regard pour les familles, les patients, ainsi que pour les professionnels ; le suivi est vécu comme plus humain et dans la proximité du lieu de vie, il facilite ainsi le suivi ultérieur essentiel à ce type de prise en charge.

La conséquence de ce maillage a été un accroissement rapide de l'activité de la microstructure (20 patients en 2005, 54 en 2012). Nous avons dû doubler le temps de vacation de la psychologue et de l'assistante sociale (en 2012, 31 patients suivis sur le plan social et 12 régulièrement par la psychologue, avec une durée moyenne de suivi de 32 mois).

Selon le principe des microstructures, les patient(e)s entrent dans une démarche de soins à partir de la relation qu'ils établissent avec leur médecin généraliste, ce qui favorise l'expression de la parole. La microstructure de La Ciotat est aussi particulière en ce qu'elle s'est construite dans un cabinet de groupe, avec des médecins engagés, ayant des approches différentes et complémentaires, et grâce à l'accueil indispensable de la secrétaire du cabinet.

Le regard spécifique des différentes professions et des professionnels s'enrichit de celui des autres lors des réunions de synthèses qui ont lieu autour d'un bon repas convivial, propice à des échanges engagés et spontanés. Chacun sort de son domaine de compétence pour participer de plus en plus à un travail d'équipe. A ce niveau, une analyse des pratiques nous a paru indispensable et nous l'effectuons, selon les besoins, 3 à 4 fois par an avec la supervision d'un psychiatre : cela nous permet de construire une clinique « existentielle » qui va vers le réel en formalisant les présupposés théoriques.

Aider certains patients à rester en vie, accepter qu'ils vivent de leur survie, c'est comme cela que nous avons accepté de les accompagner à travers un réseau dit « santé précarité ». Avec, quelquefois, de très belles surprises.



### Synthèse de l'activité en 2012

Nb de médecins : 3  
Nb de patients suivis : 54 (31A, 23HA)\*  
Nb de patients inclus : 20 (12A, 8HA)  
Nb de consult. médicales : 439 (291A, 148HA)  
Nb de patients sortis : 10 (5A, 5HA)  
Durée moyenne de suivi (en mois) : 31,7 A ; 15,4 HA  
Nb de suivis sociaux effectifs : 31 (20A, 11HA)  
Nb de suivis psychol. effectifs : 12 (6A, 6HA)  
Nb de suivis mixtes effectifs : 3 (2A, 1HA)  
Nb de réunions de synthèse : 10

\*A = « addiction » HA = « hors addiction »

