



N°8 – décembre 2014

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

SOMMAIRE :

Éditorial :
Fermeture du réseau des microstructures médicales des Bouches-du-Rhône – p. 1

Trois questions à
François Brun
Réseau Canebière – p. 2

Des témoignages !
– p. 3

Des soutiens argumentés :
– p. 8

L'histoire de D.DAV – p. 10

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
RAVH 54, Lorraine

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

CNRMS 12 rue Kuhn 67000 Strasbourg
courriel : coordination-nationale@reseau-rms.org
Site internet : <http://www.reseau-rms.org/>
Tél : + 33 (0)3 88 52 20 80

Entrelacs

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

Editorial

Un coup porté à la révolution des dispositifs de premier recours

L'ARS PACA décide de la fermeture du réseau des microstructures médicales des Bouches-du-Rhône.

Contre tout sens, contre les recommandations de Mme Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits de la femme, tant dans la Stratégie Nationale de Santé que dans sa récente présentation du prochain Plan de Santé publique, contre l'avis de Madame Danièle Jourdain Menninger, Présidente de la MILDECA, contre le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, contre les recommandations du rapport Dhumeaux en matière de lutte contre les hépatites B et C, l'ARS PACA vient de décider de la fermeture du réseau des microstructures médicales des Bouches-du-Rhône.

Il s'agit là du désaveu d'une stratégie nationale de soins préconisée depuis des années pour protéger une partie de notre population exposée aux risques infectieux et marquée par la précarité.

Cette décision va à l'encontre du mouvement actuel qui voit s'ouvrir dans plusieurs régions de France de nouveaux réseaux de microstructures médicales. Ce mouvement rejoint d'autres innovations comme le développement du travail en équipe de soins primaires, les maisons ou les centres de santé, dont elles sont une alternative ou qu'elles peuvent compléter.

Par une décision de son bureau en date du vendredi 19 décembre dernier, la *Coordination Nationale du Réseau des Microstructures médicales* demande le maintien du réseau des microstructures des Bouches-du-Rhône. La solution est simple: adosser les microstructures au *Bus 31/32* et placer leur activité de recherche clinique sous la direction scientifique du Professeur Lançon. Cette solution permettra d'assurer la continuité des soins délivrés dans les microstructures en partenariat avec le secteur médico-social et hospitalier pour le plus grand bénéfice des patients suivis dans ce département.

À diffuser sans modération

Dr George-Henri Melenotte
Président

La microstructure est une équipe pluriprofessionnelle constituée par un psychologue et un travailleur social autour du médecin généraliste, dans son cabinet. Elle assure un accueil de proximité de qualité pour les personnes présentant des troubles addictifs. Les trois intervenants forment une équipe thérapeutique qui délibère sur chaque cas, à l'occasion de réunions de synthèses.

Les microstructures sont organisées en réseau et travaillent en partenariat avec l'hôpital et le secteur médicosocial.



Trois questions d'Entrelacs au Docteur François Brun



Médecin généraliste, fondateur du réseau des microstructures
des Bouches-du-Rhône, Directeur du Cabanon et du Réseau Canebière Président du
Réseau Canebière et vice-président de la CNRMS

Entrelacs : Vous venez d'apprendre la fermeture des microstructures médicales par votre ARS. **Pouvez-vous nous dire dans quelles conditions cette décision vous a été annoncée, et quelles raisons ont été avancées ?**

François Brun : *La fermeture des microstructures des Bouches-du-Rhône nous a été annoncée le 9 décembre 2014 par notre ARS via son directeur adjoint, suite à une demande d'entretien de notre part. En effet nous avons répondu fin août à l'appel à projet de l'ARS concernant la création « d'un dispositif de coordination départemental en addictologie » lancé fin juin. Nous avons été entendus le 29 septembre parmi les porteurs de dossiers « présélectionnés ». Réponse devait nous être donnée sous 48 heures, mais nous sommes restés sans nouvelle jusqu'au 27 novembre.*

L'appel à projet stipulait clairement et précisément que « le pilotage de l'expérimentation des microstructures en lien avec les structures d'exercice coordonnées, maisons de santé, pôles de santé » devait être impérativement traitées dans les modalités de mise en œuvre de ce projet.

Le 9 décembre, l'ARS jugeait que les microstructures ne pouvaient plus être financées car elles étaient basées sur un dispositif dérogatoire au droit commun, qu'elles ne relevaient pas ou plus du FIR... et que le modèle devait être réinterrogé. Le dispositif concerné par l'appel à projet, incluant les microstructures, devait pourtant être financé par le FIR !

On nous a ditet puis on s'est contredit

comme dans la chanson.

Q2. Avec l'équipe des médecins, des psychologues, des travailleurs sociaux du Cabanon, vous avez lancé l'expérience des microstructures des Bouches-du-Rhône. **A ce moment-là quelles étaient les raisons de cet engagement ?**

François Brun : *Le Cabanon était depuis 5 ans un dispositif médico-psycho-social animé par des médecins généralistes, ouvert aux situations complexes, aux relais avec la médecine ambulatoire, à l'accueil sans délais des usagers. C'était aussi un lieu de formation, d'échanges cliniques, de développement des partenariats. Il était un support pour accueillir, stabiliser et orienter des patients susceptibles de rejoindre les soins de droit commun ou d'intégrer des structures spécialisées ou le secteur hospitalier. Le recrutement était principalement marseillais et nous avions de nombreux contacts en périphérie urbaine (Etang de Berre, La Ciotat, Salon-de-Provence, Aix-en-Provence, Arles) où les médecins ne pouvaient bénéficier d'un accompagnement pluridisciplinaire tout en étant confrontés eux aussi à ces mêmes situations complexes.*

L'expérience des microstructures initiée en Alsace correspondait à un dispositif de même nature, permettant de renforcer le travail des médecins généralistes, d'être pleinement des accueillants de premier recours et de résoudre des problèmes de proximité. De plus, les microstructures intégraient des pratiques de recherche clinique qui donnaient plus de sens à l'action sanitaire. Il y avait donc comme une évidence à intégrer en complémentarité du travail effectué au Cabanon le développement des microstructures.

Q3. Aujourd'hui, nombreux sont ceux qui demandent que votre ARS maintienne le réseau des microstructures des Bouches-du-Rhône.

Pouvez-vous nous dire les raisons sanitaires qui vous amènent à demander ce maintien ?

François Brun : En 2013, le réseau des microstructures des Bouches-du-Rhône a permis de prendre en charge 250 personnes en situation complexe d'addiction et ou de précarité. Depuis plusieurs années, 50% de femmes en constituent la file active. Ce sexe ratio est très différent des structures de soins institutionnelles et de celles du Cabanon. Ceci montre que l'accès aux soins en matière d'addiction est facilité dans l'espace de la médecine ambulatoire généraliste. Il s'agit en grande majorité de personnes n'ayant jamais fréquenté les structures spécialisées ou ne souhaitant pas s'y rendre...ou y retourner. De plus, nous avons montré que l'accès aux soins en microstructures avec les seuls critères de précarité incluait pour une très large part des comportements addictifs même si ceux-ci ne figuraient pas dans l'indication initiale de l'orientation.

Les suivis en addictologie nécessitent par ailleurs un accompagnement dans la durée. Les liens étroits et personnalisés en microstructure permettent cet engagement. Les médecins généralistes impliqués en

addictologie ont besoin d'un support concret, pluridisciplinaire, pour faire face à des complications récurrentes.

De plus, ils ont besoin de tisser des liens de partenariat privilégiés avec d'autres acteurs de proximité (pharmaciens, IDE, associations). Rien ne remplace la coordination effective de son action par une équipe maintenant en son sein un lien permanent.

Les questions en travail en addictologie montrent que notre système de santé doit innover en matière de « Réductions des Risques » comme en matière de « Soins ». Les microstructures répondent pour une part à ces interrogations. Elles sont évaluables, en prise avec la recherche clinique et donc un instrument de santé publique dont l'arrêt témoignerait d'un gâchis sanitaire après 10 années d'effort.

Tous les acteurs des microstructures s'accordent sur un point : après avoir travaillé en microstructures, il n'est pas concevable d'envisager leur extinction et de revenir à l'isolement.

Il faut faire place aux acteurs de terrain et entendre leurs arguments. Notre ARS doit les entendre dans l'intérêt de tous, de nos patients en particulier.

Interview réalisée par George-Henri Melenotte



Des témoignages



Vous trouverez ici des extraits des premiers témoignages qui nous sont parvenus :

Sophie Auriol

Psychologue de la microstructure de Marignane

Un témoignage en quelques lignes sur dix ans de travail en microstructure.

Souvenirs des moments de réunions avec les

médecins et l'assistante sociale où nous avons appris à travailler ensemble

Eux à savoir à quel moment adresser un patient. Nous à mieux entrer dans l'intelligence des prises en charge médicales autour des addictions, à mieux entrer dans l'intelligence du tissu social environnant grâce à l'assistante sociale. Dans la microstructure, je parlais d'une alchimie pluridisciplinaire unique (pour ce qui est de mon

expérience). Maillés par le réseau (formation, information, richesse des échanges pluridisciplinaire...), nous sommes maillage pour nos patients

Maillage pour nos patients parce que ce qui m'est apparu d'emblée dans ce dispositif de « chevaux légers », c'est qu'on y recevait fréquemment des patients qui ne s'adressaient jamais ailleurs ; les plus en difficultés, les plus abîmés, ceux dont on ne sait jamais rien à part, trop précocement, quelques lignes dans un rubrique nécrologique. Tous les visages me reviennent des suivis médico-psycho-sociaux les plus emblématiques Morcelés, ces patients sont morcelants et mettent en échec, de par leurs difficultés, l'aide qu'on peut vouloir leur apporter

La misère sociale, la précarité psychique, vous grève là où vous êtes comme s'il n'était pas possible de s'éloigner de ce qui, pour soi, est le plus familier. Il faut bien dire que si, dans cette frange, on trouve le triptyque misère sociale, précarité psychique et addictions, c'est parce qu'il y a des personnes qui sont dans une radicale difficulté (voire impossibilité) de séparation (les problématiques de sevrage et leur cortège). Or la séparation c'est la vie, le mouvement, la capacité de résilience etc.

C'est pour cela qu'en microstructure, nous avons accueilli et suivi des personnes qui ne vont jamais ailleurs et qui, à partir du cabinet de médecine générale, contenant familier et rassurant, ont pu avoir confiance et se laisser aider. Parce que c'est actif de se laisser aider.

.....



Sandra Carbonel,

Psychologue clinicienne, microstructure d'Aix-en-Provence depuis son ouverture en 2007.

Mardi 9 décembre l'info tombe, l'ARS en dépit d'un appel à projet qui devait permettre le maintien des microstructures décide la fin des financements au 31 décembre 2014. Cette annonce raisonne en moi comme un couperet et apparaît en un flash la tâche qui m'attend : annoncer aux patients qu'à la fin de ce mois ils ne pourront plus être reçus par la

microstructure. Là, tout se mêle, ma frustration d'interrompre un travail en cours, la colère de voir réduits à rien les efforts de multiples mois pour parvenir à tisser le lien avec l'un ou l'autre. Et, quand l'alliance de travail se met en place, c'est fini. L'amertume de devoir renoncer à une collaboration riche avec des médecins et l'assistante sociale. L'incompréhension de cette non reconnaissance d'un dispositif ou, année après année, nous avons pourtant tous œuvré à travers nos bilans, des colloques, des formations, nos témoignages, à en illustrer les bénéfiques.

Ma tâche au-delà de l'annonce de la fin de ce dispositif est de travailler à la suite. En tant que professionnel mon impératif est de réorienter les patients vers d'autres psychologues qui pourront les recevoir. « Rien de plus facile », pourrait-on dire, le bassin aixois ne manque ni de pys, ni de structures pouvant prendre ce relai. Pourtant non rien de plus difficile ! En effet, nous touchons là à une des particularités de ce qu'est là microstructure. Elle est un dispositif atypique qui s'adresse à des patients atypiques. En ce sens, je veux dire que les patients qui s'en saisissent sont des patients pour lesquels les structures de droit commun n'ont pas été opérantes.

Ces patients sont tous, dans des formes variables, des personnes en errance voulant échapper à la stigmatisation d'une structure de soin et dans l'impossibilité psychique et financière d'aller vers une consultation privée.

Ce sont des patients qui, pour moi, nous font sortir d'une neutralité bienveillante. Il m'a fallu adapter mon cadre thérapeutique, inventer pour chacun un accueil, travailler à trouver et retrouver encore la distance la plus juste pour créer un espace psychique propice à la rencontre, à l'ouverture d'un cheminement.

Ce sont des patients qui imposent cet accompagnement à plusieurs. On se doit de décoder les jeux psychiques inconscients auxquels ils nous assignent pour casser le cercle de la répétition.

Ce sont des patients qui peuvent attaquer le cadre, « malmener » l'un ou l'autre des acteurs de la microstructure. L'analyse des situations

menée dans les réunions et supervisions est là essentielle à la prise en charge des patients.

A l'annonce de l'arrêt du dispositif une patiente s'est exclamée : « encore abandonnée ! ». Le travail de relais s'avère difficile et le temps manque. En fait c'est déjà la microstructure qui manque.



Mireille Delarue,

Assistante sociale, microstructures de la Ciotat, Marignane, Martigues et la Busserine.

.... cette aventure de travail reste incomparable et indispensable. Indispensable pour les médecins impliqués et proches des préoccupations réelles de leurs patients, et indispensable aussi pour ces mêmes patients qui ont besoin d'avancer à travers la confiance et la proximité de professionnels réunis pour travailler mieux ensemble.

Ce qui est évident pour nous qui avons éprouvé le sens et l'intérêt de cette expérience ne l'est pas pour tous, manifestement....



Sandrine Duhoux,

Psychologue, microstructure de La Ciotat.

Les psychologues s'intéressent souvent plus aux « pourquoi » qu'au « comment », libérateurs de nouveaux « comment faire », sans plus de « comment taire ».

Il y a cependant, dans le travail avec une microstructure, beaucoup plus de « comment » que de « pourquoi ». La microstructure est le "comment" de l'accompagnement médico-social de proximité.

La familiarité du cabinet du médecin généraliste, l'intime partagé si souvent autour du corps et des soucis, génère la confiance ; dans ce cabinet, le patient parle beaucoup de lui et des autres, de son quotidien, passé, présent et futur.

Il y a dans cette confiance, souvent transgénérationnelle, cet élément de transfert si nécessaire à toute démarche de soin, qu'elle soit physique ou psychique.

Alors quand le médecin généraliste oriente vers le/la psychologue ou une assistante

sociale, qui travaille dans le même cabinet, partage la même salle d'attente et surtout exerce dans une collaboration étroite avec lui, l'ouverture se fait sans encombres. L'accès au soin est facilité.

C'est une petite équipe, une microstructure. Elle n'intimide pas les patients, elle n'est pas « hors » de leur intime car ils restent dans le cabinet de leur médecin. L'adresse du discours est différente mais proche.

Et cette proximité fait toute la différence.

Les patients peuvent alors bénéficier de tous les ressorts de l'accompagnement médico-psycho-social, dans les moments cruciaux de leur vie : un divorce, récent ou ancien, qui les pousse au bord de l'abîme de l'addiction, un chômage qui s'installe comme une gangrène, détruit les liens et les mène à l'exclusion, des troubles psychiatriques compensés par des liens sociaux et médicaux mais qui peuvent flamber au moindre frémissement...

Installée au cœur de la Cité et des familles, la microstructure maintient du lien et de la vigilance.

Et poursuit sa vocation de soutien et d'accompagnement.

Les abandonner, ce n'est pas qu'oublier, c'est nier tout ce que l'accompagnement médico-social doit à la relation humaine, proche et confiante.



Docteur Yves Grandbesançon,

Microstructure de La Ciotat

.... Le temps est à l'indignation et à l'utopie.

Depuis sa création, la microstructure de La Ciotat s'est profondément inscrite dans le tissu médico-psychosocial de la ville, dans l'esprit d'une prise en charge globale pour des patients très difficiles dont leur seule raison de vivre était la survie et pour lesquels aucune structure prise séparément ne pouvait répondre.

Je peux le dire modestement parce que c'est une réalité, la microstructure de La Ciotat est totalement reconnue et appréciée par les partenaires sociaux.

Je vais urgemment les mobiliser pour leur expliquer que nous avons pris une balle dans le pied mais que nous ne sommes pas morts et

que nous avons besoin de leur soutien.

Tout le monde le sait, le travail en microstructure est totalement innovant : chacun a son domaine de compétence mais apprend de l'autre. D'où une puissante synergie.

Cette forme de travail devrait être défendue et promue par les bailleurs car c'est l'avenir de la médecine générale si l'on croit que la vocation de celle-ci est d'offrir un lieu de soins.

.....Nous, médecins, devons clamer haut et fort que le travail en microstructure a profondément modifié nos pratiques et que nous ne pouvons plus travailler sans elles.



Isabelle Grosset,

Psychologue, microstructure Salon de Provence

J'ai rejoint la microstructure de Salon de Provence en septembre 2014 et je mesure déjà l'intérêt de ce travail auprès des personnes que je reçois : engagement dans le soin, remontée de l'estime de soi, actions et démarches entreprises. Je compare avec ce que j'ai pu connaître ailleurs en terme d'accompagnement psychosocial et je pense que les résultats obtenus sont le fruit notamment de l'intervention coordonnée autour des patients et du travail approfondi que nous menons en équipe. Je déplore qu'un travail aussi riche doive s'arrêter.



Docteurs Christine Larpin et Frank Séraphini,

Microstructures de Salon et d'Aix en Provence

Lettre de réponse à la décision de fermeture des microstructures de Soins Addiction Précarité

Les médecins généralistes engagés dans la prise en charge au cabinet médical des patients souffrant de problématiques addictives et / ou en grande précarité ou pauvreté sont consternés par l'annonce faite par L'ARS PACA de mettre fin au dispositif régional qui nous implique au plus proche des patients dans un soin, suivi et accompagnement médico,

psycho social de proximité.

Ce dispositif est en totale adéquation avec les orientations du Ministère de la Santé :

- Approche et soin des usagers de toxiques, alcool et drogues illicites.
- Proximité des patients dans l'espace public
- Partenariats et liens avec les structures de soin locales, services santé municipaux, et
- Réseau de soignants.
- Accès pratiquement généralisé des cette patientèle en 1/3 payant.
- Recentrage de la prise en charge sur les problématiques socio économiques dont la résolution est nécessaire à l'observance du suivi.
- Travail en équipe et coordination des suivis, analyse de la pratique.

Il semble que la décision de l'ARS est de prioriser les lits de sevrage, stratégie de soin fortement remise en cause par toutes les structures de soin addiction.

Le sevrage, étape parfois nécessaire dans le parcours du patient, ne peut être envisagé que dans le cadre d'un accompagnement de préparation et de sortie d'hospitalisation, par les structures de proximité.

Les médecins généralistes des équipes microstructures Addiction sont engagés depuis des années dans une pratique de bas seuil, d'accueil inconditionnel, d'approche globale médico psycho sociale de la santé comme le montre le rapport d'activité, dans la relation humaine de la consultation singulière.

Suite à la fin des financements des réseaux ville hôpital, avec cette décision, il apparaît que l'on redeviendra à de simples prescripteurs isolés reliés par des plateformes de coordination téléphonique ou des messageries.



Dr. Philippe Rodier,

Microstructure de Marignane

Courrier adressé au docteur François Brun et à l'équipe des microstructures.

.....Il est navrant que l'État se retire pour cause "d'économie" d'un domaine où lui seul est légitime d'intervenir. Il est révoltant que ce retrait engendre le licenciement des salariés et

l'abandon des patients pris en charge. Pourtant la défaillance du bailleur principal ne signifie en rien que votre initiative ne méritait pas d'être soutenue, bien au contraire. Avec d'autres, je témoigne que l'approche collaborative que vous nous avez inculquée dans l'accompagnement des patients addicts et dépendants a bouleversé nos pratiques et a décuplé notre impact positif sur le parcours de ces malades. J'imagine mal demain pouvoir faire différemment. Je veux croire que la défaillance du bailleur ne signifie pas faillite, condamnation ou désaveu du concept de microstructure lui-même. A coup sûr nous sommes tous convaincus du contraire. Nous sommes maintenant un peu dans la situation de nos patients, nous y avons goûté, nous ne pouvons plus nous en passer.....



Claire Salomon,

Psychologue microstructure de La Busserine, Marseille.

Depuis plus 10 ans des patients, dont les plus fragilisés, se sont inscrits dans des soins dans des microstructures. Un temps où la présence et l'absence se côtoient, des suivis sont possibles, avec ses rendez-vous, ses ratés, ses reprises. L'arrêt des subventions de l'ARS met en péril ce que nous construisons patiemment. Est ce une réponse brutale et inconséquente à la question fragile de la vie chez nos patients?



Dr Marion Thierry-Mieg,

Coordinatrice médicale du réseau des microstructures des Bouches-du-Rhône

C'est en 2007 que Karine Royer, coordinatrice des microstructures des Bouches du Rhône, et François Brun, président du Réseau Canebière,

m'ont proposé d'intégrer l'équipe de coordination des microstructures. Médecin généraliste et addictologue depuis 2004, j'ai eu et ai toujours diverses expériences en CSAPA (bas seuil au bus 31/32, ambulatoire adultes, et post cure adolescents), mais aussi à l'hôpital sur des consultations VIH-VHC.

Forte de cette expérience « traditionnelle », j'ai pu constater avec grand bonheur et beaucoup d'humilité le travail avec les médecins généralistes sur le terrain. Pendant 8 ans, j'ai été témoin du développement par les équipes des microstructures d'une clinique spécifique de ville, créée par eux, imaginative, de qualité, scientifique, souple, attentive, dans un lien particulier, celui du médecin traitant souvent en charge de la famille, qui n'existe dans aucun des centres spécialisés où j'ai pu travailler.

Cette pratique de proximité pour ces équipes de ville engagées dans le soin aux personnes en situation complexe, est un complément indispensable - et non négociable pour nos patients - à la pratique en CSAPA ou hospitalière. Et en effet, les patients ne s'y trompent pas : certains, que j'ai pu adresser du CSAPA vers les microstructures, ont pu me témoigner de leur reconnaissance pour cette orientation. Par leurs réactions multiples, ils témoignent encore, lorsque les équipes leur annoncent que les financements risquent de cesser.

La fermeture des microstructures serait une perte irréparable pour les patients de ville, qu'ils soient ou non passé par des structures spécialisées, ainsi que pour les spécialistes, médico-sociaux ou hospitaliers, qui ont pu avoir la chance de travailler en contact avec des équipes d'une si grande qualité. Il faut que l'ARS PACA soit bien loin du terrain pour ne pas s'en rendre compte.





Des soutiens argumentés



Une lettre du docteur Karine Royer,

Médecin généraliste, directrice de la santé à Pierrefitte-sur-Seine (93)

.....

En 2002, alors médecin généraliste en formation, je me suis engagée dans un travail de thèse avec le *Laboratoire de Santé publique de la Timone*, dirigé par le Pr Jean-Louis San Marco, intitulé: «Le médecin généraliste face aux addictions aux opiacés». Mon directeur de thèse, le Pr Xavier Thirion, m'a orienté vers le *Réseau Canebière* et le *Cabanon* comme lieu de stage. J'ai alors rencontré le Dr François Brun, médecin généraliste, président du *Réseau Canebière* à qui je tiens à témoigner toute ma reconnaissance, mon admiration pour son engagement et mon affection. Dans ce lieu intermédiaire entre le dispositif spécialisé et la médecine de ville, j'ai pu me former et me confronter à la pratique d'accompagnement et de suivi des usagers de drogues en médecine de ville en m'appuyant sur le travail d'équipe avec les travailleurs sociaux, les psychologues et le large partenariat avec l'hôpital, l'université et le dispositif spécialisé. Très vite je me suis investie dans ce travail de réseau qui répondait à mes valeurs et aspirations professionnelles: accès aux soins pour tous, prise en compte de l'expertise du patient, exercice collectif, réflexion sur les pratiques, mise en œuvre d'actions innovantes, formation continue, recherche clinique... Et en parallèle, je développais une activité de médecine générale libérale où je pouvais mettre en pratique tous ces enseignements.

En 2004, j'ai participé à la création et au développement du réseau de microstructures qui nous est apparu comme une réponse adaptée à la gestion des situations complexes en médecine de ville et dont nous avons étendu le champ à toutes les conduites addictives et à la précarité. Un dispositif qui permet aux professionnels de ville de donner une même attention, un égal accès aux soins pour tous les patients sans discrimination. Les suivis social et psychologique de proximité, en complément

du suivi médical, permettent de dépasser et prévenir de nombreuses situations de crise durant ces accompagnements et de soutenir les demandes et démarches de soins.

Durant ces années, j'ai aussi connu les péripéties et déboires administratifs qui ont sensiblement compliqué la tâche au quotidien depuis 2006 pour pérenniser l'action du *Réseau Canebière*.

Enfin en 2010, j'ai déménagé en région parisienne où je travaille aujourd'hui, grâce à l'expérience acquise, à un poste de direction de la santé et d'un centre de santé en Seine Saint-Denis. Ces nouvelles fonctions me permettent d'appréhender la politique nationale de santé pour l'organisation des soins ambulatoires et de m'impliquer dans le développement de l'exercice coordonné en soins primaires.

Si j'évoque tout cela, c'est que je souhaite témoigner de la richesse et de l'exemplarité d'un tel projet et illustrer les nombreuses et multiples répercussions positives de ce travail de terrain de grande qualité. L'action du *Réseau Canebière* s'est construite dès l'origine avec le concours des différents acteurs et partenaires concernés (médecine de ville, dispositif spécialisé, secteur associatif et hospitalier), le soutien des collectivités locales et de la DDASS, dans un esprit de travail collectif et avec le souci permanent de réinterroger et d'adapter son projet au regard des évolutions du contexte et de l'analyse des besoins.

Aujourd'hui je suis dans l'incompréhension totale face à la décision brutale prise par l'ARS PACA qui ne prend pas en compte tout le travail accompli et l'implication d'un grand nombre d'acteurs dans la durée et qui va à l'encontre des orientations de la politique nationale de santé et de la révolution culturelle des pratiques médicales.

L'arrêt du financement du *Réseau Canebière*

par l'ARS PACA est un énorme gâchis! Il est non argumenté, inconséquent par rapport aux besoins sanitaires réels du terrain. Il signe le renoncement à animer et coordonner la gouvernance locale des politiques de santé publique. Il décourage pour longtemps les acteurs de terrain mobilisés et impliqués depuis de nombreuses années dans les projets originaux et innovants que sont le Cabanon et les microstructures et prive leurs bénéficiaires de dispositifs de soins adaptés en ville.

Je m'associe à la CNRMS pour demander la révision de la décision de l'ARS et la poursuite des microstructures des Bouches-du-Rhône, qui répondent à un besoin sanitaire réel. Elle doit se faire dans un partenariat éclairé entre la médecine de ville, l'hôpital et le secteur médico-social.



Une réflexion sur le travail de première ligne, du docteur Béatrice Stambul,

psychiatre, Présidente du CSAPA-CAARUD Bus 31/32- Marseille, responsable de service CSAPA Villa Floréal, Aix-en -Provence, Présidente d'honneur de l'AFR.

L'usage excessif et la dépendance aux drogues ou à l'alcool sont des problématiques complexes, encore frappées dans les représentations collectives de stigmates moraux négatifs, de rejet et d'exclusion, qui rendent difficiles l'accès aux soins ; la majorité de nos collègues « évitent » de les prendre en charge, ou même parfois refusent. On peut considérer que les médecins manquent de formation spécifique en addictologie, certains malheureusement sont dans le rejet et la stigmatisation. Parmi ceux qui sont prêts à s'engager dans ces prises en charge, beaucoup se trouvent confrontés à des demandes

globales, médico-psycho-sociales auxquelles ils n'ont pas de réponse en dehors des structures spécialisées (CSAPA, CAARUD).

Les microstructures sont une création originale, suscitées par les médecins généralistes de médecine libérale, offrant, dans le cadre de leur cabinet des options thérapeutiques supplémentaires à une patientèle qui ne veut pas se rendre dans le dispositif addictologique : pour ne pas être identifié comme "taux" ou "alcoolo", par gêne ou par honte, pour ne pas couper ces soins-là de leur suivi, par confiance dans leur médecin traitant, par proximité, etc. L'idée de proposer des consultations de psychologue ou d'assistant social au cabinet est simple et géniale, dans la vraie logique du travail de première ligne. Dans la majorité des cas, c'est au médecin de ville qu'on vient parler en premier lieu de ses problèmes de consommation ; renvoyer à d'autres n'est pas toujours possible, n'est pas toujours souhaitable. Les microstructures, là où elles existent, ne font donc pas doublon avec les structures médicosociales ; elles complètent le dispositif en élargissant l'offre de services, et en intégrant dans le soin une population parfois précaire, souvent cachée qui n'accède pas aux soins. L'argument seulement statistique du nombre de personnes suivi est un mauvais argument, purement comptable : en termes de santé publique, il est impératif que la palette de prévention/soins/réhabilitation couvre au mieux les besoins de TOUS les bénéficiaires, y compris les plus marginalisés. Inclure dans le réseau de soins en addictologie des généralistes motivés, compétents et bien outillés est une des meilleures façons d'y parvenir.





L'histoire de D. DAV



Ce matin je l'appelle David.
Venu pour rien, aucune demande.
Juste sourire et remercier l'équipe de la microstructure et les médecins qui l'ont accompagné depuis 2 ans sous le nom de D. Dav.

Il a enfin des dents blanches en haut en bas et un grand sourire.

Il y a 2 ans donc, j'ai reçu ce type efflanqué, triste, qui ne regardait nulle part, seul dans un squat avec son chien, seul dans un quotidien d'injections répétées de *Subutex* prescrit sur ordonnance, prescription tous les 28 jours, sans consultation ni discussion, renouvelée dans l'entrée du cabinet médical ou mis à disposition par la secrétaire, vie de boulot au noir, d'angoisses et de phobies, d'impossible relation avec le monde des gens de tous les jours, symptômes que nous n'avons jamais essayé de coffrer dans un diagnostic psychiatrique DSM 4 ou 5.

Timide, maigre, étonné d'être repéré comme un tox alors qu'il traîne une dégaine de mal coiffé, mal lavé, de sauvage tatoué marginal. Il avait arrêté alcool et cocaïne 10 ans auparavant.

Un temps de rencontre et de discussion des possibilités de venir régulièrement depuis M. au cabinet, du rythme des consultations et des frais d'essence nécessaires.

Un temps d'acceptation d'un bilan sanguin qui révèle une hépatite C inconnue, un temps de confiance pour accepter un premier rendez-vous vous de relais de prescription méthadone à T. puis à St B. pour se poser, rendez-vous obtenu facilement grâce aux liens des soignants des réseaux addiction toxicomanie instaurés depuis 20 ans entre médecins et équipes engagées dans la politique de réduction des risques.

De ces contacts, il me dit aujourd'hui qu'il a été gentiment reçu et soigné, considéré,

regardé et qu'il a passé quelques jours dans un super beau centre de soin.

David ne s'est plus injecté et est venu chaque 14 jours, puis des mois et des mois à se restaurer dans le projet de s'occuper de son corps, de son cœur, de son foie et de sa bouche édentée qui l'empêche de manger correctement, de sourire et surtout d'imaginer revoir son fils de 10 ans resté dans le nord avec sa mère. Trop de honte.

Des petits pas, des petites doses de satisfaction, des reculs, des questionnements, des difficultés à trouver du travail.

Des regrets des colères de n'avoir pas été dépisté plus tôt.

Des étonnements sur le retard de traitement de l'hépatite C en raison du coût, dernière étape de soin pour être enfin guéri.

Il est convoqué tous les 6 mois en attente des négociations sur le coût du *Sofosbuvir*.

Il comprend les explications que je lui donne sur le scandale de la politique commerciale du Labo. G., la mobilisation de nos équipes et de la société civile et devient un peu militant dans la compréhension du problème et son indignation.

Alors il reprend des petits boulots, évoquant à chaque rencontre sa fatigue et son inquiétude et l'attente trop longue.

L'équipe le soutient, je cherche désespérément un dentiste qui accepterait de le recevoir et de faire un devis dentaire pour monter un dossier auprès de sa mutuelle.

Une consœur juste en face du cabinet le reçoit. Charleen, notre jeune assistante sociale, s'engage à chercher des fonds Sécu déjà épuisés mi 2014, des aides, des échéances, etc. etc., et trouve une fondation à Lyon qui va boucler le financement en complément d'un remboursement dérisoire Sécu et Mutuelle.

Au fil de ce temps de pensée, de lien, de

travail d'équipe, d'imagination de rires et d'interrogations David va et vient et je constate la diminution progressive des doses de méthadone gélules, puis l'espacement progressif des rendez-vous. Je doute un jour du sérieux du suivi traitement.

« Je mets la force que j'ai mise à me détruire pour me reconstruire »

Et aujourd'hui, jour où il a pris ce rendez-vous important de remerciement, je repose l'éternelle question du médecin :

- "Alors pour la prescription ? Quelle est votre dose actuelle?"

Il me répond :

- "Je ne prends plus de méthadone depuis

quelques semaines, je n'ai besoin de rien."

C'est moi qui me retrouve dans le manque.

David est un homme de 41 ans, plutôt beau gars, bien sapé, nickel, passé chez le coiffeur, bavard, intéressé, inscrit dans une formation, capable de préparer des repas normaux différents des bouillies et pizzas, digne, qui apprend avec tristesse et consternation que notre équipe n'aura plus aucun moyen d'accompagner les patients en galère.

Il est ému.

Je le suis, émue aussi.

-