



N°9-10 – juillet 2015

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

## SOMMAIRE :

Éditorial :  
– p. 1

Trois questions à  
Lionel Diény – p. 2

Pour l'extension des  
microstructures organisées en  
dispositifs de premier recours  
en addictologie  
– p. 4

Éléments de discussion  
– p. 11

Annonce – p. 16

## Réseaux adhérents à la CNRMS

ANPAA 64, Pyrénées-Atlantiques  
CSAPA LES WADS, Lorraine  
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](mailto: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

Au moment où la Loi de Santé est en cours de vote au Parlement, la Coordination Nationale des Réseaux de MicroStructures fait une proposition pour l'extension des dispositifs de premiers recours organisés en microstructures dans chaque région de France.

Cette proposition s'appuie sur l'initiative des acteurs de terrain dans chaque région et sur la validation de cette initiative par leur ARS respective.

Le moment est en effet venu de donner à l'expérience des microstructures organisées en réseau l'extension qu'elle mérite. Le concours de l'Etat tant dans les régions qu'au niveau national y est indispensable, les acteurs de terrain sont nombreux à prendre des initiatives qui leur permettront de se doter d'outils de soin adaptés aux usagers de drogues.

Si un effort considérable a déjà été fait en ce sens, la participation active de la médecine de ville aux dispositifs hospitaliers et médicosociaux permettra de compléter l'action sanitaire dans le cadre de Pôles Régionaux de Santé en addictologie.

Vous trouverez ci-après le texte de cette proposition faite par la CNRMS aux lecteurs d'Entrelacs ainsi que des éléments de discussion que sa confection a provoqués.

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* à Lionel Diény,

Directeur adjoint, Centre «Les WADS/CMSEA » à Metz



**Entrelacs :** A partir de votre expérience locale pourriez-vous nous brosser un tableau de la situation sanitaire, économique et sociale, en particulier nous dire quels sont les nouveaux besoins qui émergent ?



**Lionel Diény :** *L'espace mosellan comprend des zones très diversifiées et dont la proximité avec des zones urbaines est plus ou moins importante. On y retrouve donc des paysages qui vont de la zone urbaine, périurbaine, à la zone rurale. L'accessibilité aux dispositifs de soins est donc quelquefois très compliquée.*

*Ce département, marqué par une histoire industrielle importante (mines, sidérurgie) connaît également les tensions sociales actuelles liées à un marché de l'emploi tendu (exemple le plus connu, celui de l'usine Arcelor Mittal à Florange). Peu d'entre nous savent qu'un quartier de la Moselle est régulièrement identifié comme le plus pauvre de France.*

*Une bonne compréhension de ces environnements démographiques, géographiques, économiques est indispensable pour adapter nos pratiques aux besoins locaux.*

*Cela conduit naturellement à investir de nouveaux espaces en appliquant la philosophie de la réduction des risques à la logique de prise en charge de soin. Il est donc de plus en plus nécessaire d'aller en-dehors des murs de l'établissement, de la cité. Cela conduit à décentraliser les consultations jeunes consommateurs, mettre en place des*

*accès facilités (rencontre au sein des lieux de vies, dans des institutions proches...), créer de nouveaux outils et plateformes d'échanges afin de construire un « care collectif ».*

**Q2 :** En fonction de ces nouveaux besoins, il s'agit pour nous de repenser le soin, quels seraient selon vous les axes principaux que doit emprunter la nouvelle définition du soin ?  
**Quelle extension doit-elle prendre et quels nouveaux acteurs doit-elle mobiliser ?**

**Lionel Diény :** *L'approche des dépendances et des problématiques addictives doit être réfléchiée dans une dimension multifactorielle : facteurs familiaux, sociaux, économiques, situationnels, de personnalité... Ce regard dynamique sur les parcours de vies élargit l'approche de la prise en charge d'une personne autrement que par « la lunette étroite » d'un champ professionnel particulier (social, médical, psychologique...). L'approche médico-sociale des CSAPA apporte toute sa compétence, sa technicité et son énergie.*

*Je vais citer quelques exemples :*

- *Penser l'insertion professionnelle comme un acte de soin : des outils existent ou de nouveaux doivent être pensés. Récemment, notre établissement a développé pour cela le dispositif TAPAJ (Travail Alternatif Payé à la Journée) sur Metz et Forbach.*

- *Dans des zones fortement touchées par la ruralité, nous ne pouvons pas ignorer les difficultés de mobilité. Il est indispensable*

*dans ce sens de s'approprier les notions d'« outreaching » (aller vers).*

*- L'hépatite nécessite d'encourager le dépistage. De nouveaux moyens existent aujourd'hui. Nous avons l'opportunité d'utiliser des TROD VHC et la chance d'être propriétaires d'un Fibrosan mobile.*

*- Des réseaux favorisant la prise en charge, la circulation des personnes dans différents dispositifs d'hébergements existent. A titre d'exemple, les CSAPA avec hébergements sont lorrains, se sont fédérés et ont construit « HETAL » (Hébergement Thérapeutique en Addictologie de Lorraine). Cela permet d'éviter des échecs, des ruptures de soins et de mettre au bénéfice des personnes hébergées la diversité des outils d'hébergements thérapeutiques de notre région.*

*Ce que je souhaite marquer est la nécessité d'aller vers une ouverture forte, un décroisement de nos espaces, une acculturation du médical et médico-social. Au delà de la question des outils, ce sont les représentations des professionnels qu'il faut modifier en encourageant toutes les collaborations permettant un lien entre différents milieux parce que le soin n'est pas somatique, psychologique ou social et éducatif. Il est une combinaison de ces champs d'interventions particuliers.*

**Q3 :** 3. Vous développez actuellement des microstructures dans votre région, selon vous,

**quels outils de soin proposent-elles par rapport aux nouveaux besoins ?**

*C'est en 2006 que le Centre "Les Wads" – CMSEA a proposé ses compétences au Docteur Aubertin, médecin généraliste très impliqué dans la prise en charge des problématiques addictives sur le bassin de Thionville (Moselle).*

*Depuis fin 2014, nous avons effectivement été dotés de moyens nous permettant de développer ces outils sur le bassin houiller.*

*Cette démarche d'aller vers les services de premiers recours (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes,...) permet d'améliorer les collaborations nécessaires avec le Centre « Les Wads ». Cette évolution favorise un continuum de prise en charge nécessaire face à des personnes dont les problématiques se complexifient de plus en plus.*

*Cette démarche entre pleinement dans les orientations actuelles de l'établissement et de notre fédération (Fédération Addiction) d'aller à la rencontre des publics, des professionnels,... Il me semble aujourd'hui important de continuer d'avancer afin de créer les conditions d'acculturation.*

*Interview réalisée par George-Henri Melenotte*



## POUR L'EXTENSION DES MICROSTRUCTURES ORGANISEES EN DISPOSITIFS DE PREMIER RECOURS EN ADDICTOLOGIE



### INTRODUCTION

Dans le chapitre V du dernier projet de Loi de Santé, intitulé « Renforcer les outils proposés aux professionnels pour leur permettre d'assurer la coordination du parcours de leur patient », il est indiqué :

*Art. L.1110-12 :*

*Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à leur coordination, et qui :*

*[...]*

*[2° Soit] se sont vu reconnaître comme ayant la qualité de membre de l'équipe de soins par un médecin auquel le patient a confié la responsabilité de la coordination de sa prise en charge. »*

Les dispositifs des microstructures médicales entrent dans cette proposition. Ils s'intègrent dans les communautés professionnelles territoriales de santé qui y sont proposées. Ils ont déjà fait la preuve de leur faisabilité, de leur efficacité et de leur capacité à durer dans le temps.

Pour se développer, ils doivent partir d'initiatives venant des acteurs de soins à même de connaître les besoins de santé dans leurs territoires. Adressés sous forme de projet à leurs ARS respectives, ils se constitueront à partir de l'accord de ces dernières. Chaque projet aura sa spécificité locale et prendra forme de façon différente selon les régions.

La présente proposition est un outil qui cherche à éclairer chaque projet selon les caractéristiques propres aux microstructures et à leurs dispositifs. Elle se présente comme un canevas pour la mise en place, dans chaque région, d'un dispositif de soins pérennes en médecine générale destiné aux consommateurs de substances psychotropes ou au comportement addictif. Ce dispositif pourra s'inscrire à chaque fois dans un pôle de santé régional en addictologie regroupant la médecine hospitalière, le secteur médicosocial et la médecine de ville, respectueux de l'autonomie de chacun des acteurs.

Le cœur de la proposition est l'amélioration du parcours de soins individualisé pour chaque patient suivi en médecine de ville.

Ainsi la délibération des équipes de microstructure autour du cas et la définition d'un parcours de soins individualisé qui mobilise autour du patient les différentes ressources du pôle régional de santé en addictologie sont les deux leviers de cette proposition.

Le présent projet se veut comme une proposition adressée aux acteurs de terrain travaillant en addictologie pour qu'ils élaborent, moyennant l'autorisation de leurs Agences Régionales de Santé, un projet dans leur région.

Il comprend deux parties :

- 1/ La présentation des microstructures en dispositifs intégrés.
- 2/ La description de ce que pourrait être le canevas d'un projet rédigé par des acteurs de terrain à leur ARS.



## I.

### DESCRIPTION DES MICROSTRUCTURES EN DISPOSITIFS

#### I.A/ LE DISPOSITIF DES MICROSTRUCTURES : UNE EXPERIENCE CONFIRMEE

Les microstructures organisées en réseaux sont nées en Alsace, en 1999, à l'initiative du CSST *Espace-Indépendance* et avec le soutien de la MILDT. Suite à une période expérimentale de trois ans où l'expérience a été évaluée pour sa faisabilité et son impact sur la qualité de vie des usagers de drogues suivis dans ce réseau, elles sont devenues un réseau de santé en 2003, appelé *RMS Alsace*.

En mai 2005, a été créé dans le département des Bouches-du-Rhône, le *Réseau Canebière*.

Avec l'appui du Bureau Hépatites de la Direction Générale de la Santé, et celui de la MILDT, a été constituée la Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures médicales, le 13 mai 2006.

La première action de la CNRMS fut l'organisation des « Premières Rencontres nationales des réseaux de microstructures médicales » le 13 octobre 2006, à l'amphithéâtre Laroque, dans les locaux du Ministère de la Santé et des Solidarités.

Depuis, les réseaux se sont développés progressivement en France. De nouvelles initiatives ont été prises comme l'extension aux situations de précarité par les microstructures précarité dans le *Réseau Canebière*.

Des études cliniques ont été menées dans différents domaines, en particulier l'enquête DEQUASUD, étude d'économie de santé portant sur la mesure comparée de l'efficacité des microstructures en Alsace vs les cabinets de médecine conventionnelle, ou des études portant sur le dépistage, l'accès aux

traitements des patients usagers de drogues atteints par le virus de l'hépatite C, ou sur le comportement des patients et des médecins devant la vaccination antivirale B. Ces deux dernières études, menées en collaboration étroite avec le Pôle hospitalier de référence hépatites du CHU de Strasbourg et le Comité scientifique de la CNRMS, ont été publiées dans le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire.

Aujourd'hui, la Coordination nationale comprend cinq réseaux (Alsace, Lorraine (Vosges, Nancy), Picardie, Bouches-du-Rhône). Trois nouveaux réseaux sont en cours de dépôt de leur projet auprès de leurs ARS (Béarn, Isère, La Réunion). En Belgique, l'association Alto est en cours de confection d'un premier projet. En Allemagne, une première microstructure transfrontalière existe à Kehl-am-Rhein, évaluée par une équipe de l'Université de Tübingen (Land du Bade-Wurtemberg).

Aujourd'hui, la plupart des dispositifs existants bénéficient du soutien de leurs ARS respectives (Alsace, Lorraine, Picardie en particulier). Ce soutien consiste dans leur financement et dans leur choix, par exemple, avec les acteurs de terrain, des sites d'implantation des microstructures selon les besoins sanitaires locaux.

#### I.B/ PRESENTATION DE LA MICROSTRUCTURE EN DISPOSITIF

La microstructure est une équipe de soins pluriprofessionnelle au sein du cabinet du médecin généraliste. Elle soigne les patients présentant des conduites addictives.

##### ○ *Composition de l'équipe :*

L'équipe est constituée par le médecin, un psychologue et un travailleur social qui assurent le suivi de ces patients.

##### ○ *Lieu :*

L'équipe de la microstructure intervient dans un seul lieu : le cabinet du médecin généraliste.



○ *Fonctionnement de la microstructure :*

Le psychologue et le travailleur social reçoivent les patients dans le cabinet du médecin à des plages horaires hebdomadaires fixes. Une fois par mois, l'équipe de la microstructure se retrouve en réunion de synthèse.

○ *Plus values du dispositif :*

Les microstructures forment un dispositif territorial facile d'accès.

Leur organisation et leur mode de fonctionnement permettent d'améliorer l'organisation de la permanence des soins en ville par l'intermédiaire de cabinets de médecine générale ayant une orientation en addictologie. Elles contribuent à l'égalité devant le soin pour des populations souvent précaires.

Elles travaillent en partenariat étroit avec l'hôpital et le secteur médicosocial. Elles s'appuient sur le soutien des collectivités territoriales (villes, communes, départements, régions).

Leurs équipes bénéficient d'une formation permanente et de l'évaluation de leurs actions. Elles mènent des études mesurant leur impact sanitaire sur la population concernée.

La microstructure se différencie radicalement de la consultation avancée en proposant un suivi dans la durée adossé à un travail d'analyse collectif des situations.

○ *La mise en équivalence des compétences :*

Ne travaillant plus seul, le médecin généraliste dégage plus de temps pour l'élaboration diagnostique et le traitement dispensé à ses patients. Cette modalité lui facilite le traitement des cas complexes. Les psychologues et les travailleurs sociaux pratiquent un travail décloisonné centré sur la délibération à plusieurs. Les réunions de synthèse permettent l'élaboration d'une stratégie thérapeutique adaptée à chaque cas. Les patients suivis en microstructures acceptent ce type de suivi. Centré sur leur parole, le dispositif leur permet de participer activement à leur démarche de soins.

○ *Champs d'intervention :*

Le champ d'exercice de la microstructure porte sur toutes les addictions, qu'elles soient avec ou sans produit. Des spécificités locales peuvent apparaître dans les réseaux, en fonction des besoins sanitaires locaux et donner ainsi à chacun un champ d'indication principal. Tel est le cas du réseau des microstructures dans les Bouches-du-Rhône qui a développé des microstructures incluant la précarité comme spécificité.

○ *Souplesse :*

La microstructure est un dispositif à géométrie variable. Selon les cas, d'autres compétences que celles du travailleur social et du psychologue peuvent être requises (pharmaciens, psychiatres, hépatologues, infirmiers).

○ *Décloisonnement ville-hôpital- secteur médicosocial :*

Ce décloisonnement se fait à partir du cas et des difficultés rencontrées : hôpital (addictologie, hépatologie, psychiatrie,...), secteur médicosocial et ville interviennent de façon complémentaire pour assurer le meilleur parcours de soin possible pour chaque patient. Ceci favorise la création de Pôles régionaux de Santé en addictologie où se développe un partenariat effectif, par exemple, par la mise à disposition d'un fibroscan mobile aux équipes des microstructures ou la mise en place de consultations psychiatriques à la demande.

## **I.C/ PRINCIPE GENERAL**

Les microstructures constituent un dispositif innovant et concret d'appui à la médecine de ville visant à améliorer l'accueil et l'accompagnement des personnes présentant des addictions avec ou sans produits.

Il s'appuiera sur les points suivants :

- ✓ Une coordination des soins *in situ* : suivi médical, psychologique et social déterminent le parcours de soins du patient au sein de la microstructure.
- ✓ Un dispositif régional de microstructures : sa coordination

veillera au bon déroulement de l'action et de la veille sanitaire, des actions de recherche et à la formation continue des professionnels.

- ✓ Un pôle partenarial dynamique : il pourra inclure le secteur social et médico-social, le domaine hospitalier (unités d'addictologie, psychiatrie, hépatologie), les spécialistes libéraux médecins généralistes, selon les besoins.

Ces dispositifs seront implantés dans le territoire de la population cible, en fonction des besoins sanitaires évalués en amont, après l'accord de l'ARS et en collaboration avec les structures spécialisées environnantes. Ils se développent en collaboration étroite avec les collectivités locales.

Ces dispositifs de premier recours en médecine de ville en font des partenaires efficaces dans la lutte contre les addictions, les infections virales (hépatite B et C, VIH).

Les microstructures sont clairement des dispositifs de soin qui s'intègrent dans la coordination des diverses structures existantes en addictologie.

### ***I.D/ OBJECTIFS/RESULTATS ATTENDUS***

#### ***I.D.1/ OBJECTIF PRINCIPAL :***

Promouvoir l'implantation de dispositifs innovants, de soin de proximité et de qualité dans le territoire des personnes présentant une addiction.

#### ***I.D.2/ OBJECTIFS ASSOCIES :***

Renforcement du dispositif de soin dans le territoire de santé par :

- la création d'une équipe pluriprofessionnelle autour du médecin traitant,
- la mise en place de réunions de synthèse mensuelles permettant

l'évaluation régulière des pathologies et problématiques portées par chaque cas,

- le développement d'un partenariat renforcé avec l'hôpital et le secteur médicosocial (CSAPA, CAARUD, secteur social, psychologues),
- le soutien du patient dans ses conduites à risques.

#### ***I.D.3/ RESULTATS ATTENDUS :***

Les résultats attendus sont l'amélioration de la qualité de vie des patients usagers de drogues suivis dans ces dispositifs.

L'exploitation des données recueillies sur un système de fiches homogènes sanitaires, psychologiques et sociales permettra de mesurer ces résultats. Sera mesuré l'impact de ces dispositifs sur l'évolution des conduites addictives, la prévention des conduites à risque, l'accès aux soins, le dépistage et les traitements de leurs comorbidités. Les conditions de ces résultats passent par le renforcement de la médecine générale.

## **II**

### **CE QUE POURRAIT ETRE UNE ACTION PROPOSEE PAR LES ACTEURS DE TERRAIN A LEUR ARS**

#### ***II.A/ UN DISPOSITIF DE PREMIER RECOURS ORGANISE EN MICROSTRUCTURES DANS LA REGION***

Il s'agit là d'une invitation adressée par la CNRMS à un groupement d'acteurs de terrain pour qu'ils déposent un projet de dispositif de microstructures à leur ARS.

### *II.A.1/ UN PROJET VENANT DU TERRAIN DEPOSE AUPRES DE L'ARS*

Un regroupement de professionnels, médecins, psychologues et travailleurs sociaux déposerait auprès de son ARS un projet pour la création d'un dispositif élaboré en concertation avec cette dernière. Ils sont déjà une association ou se constituent en association régionale.

La CNRMS pourra épauler les acteurs de terrain dans la confection de leur projet sur la base des expériences déjà menées dans certaines régions.

En vue de son acceptation par l'ARS, le projet pourrait s'inspirer des suggestions suivantes :

#### *II.A.1.a/ ADOSSEMENT DU DISPOSITIF SUR DES STRUCTURES EXISTANTES :*

Le dispositif pourrait s'adosser :

- soit sur un CSAPA ou un CAARUD,
- soit sur un réseau de médecine générale existant préalablement,
- soit sur une unité d'addictologie hospitalière,
- soit par une création s'appuyant sur des acteurs locaux motivés et investis dans le champ des addictions.

Le projet pourrait s'inspirer de l'expérience des dispositifs existants ou ayant un projet en cours : *Réseau Addiction de la Somme - Le Mail* (Picardie), *Réseau Canebière* (PACA), *RMS Alsace* (Alsace), *RMS Vosges - La Croisée* (Vosges), *RAVH 54* (Lorraine), réseau ANPAA 64, CSAPA (Béarn), Réseau CSAPA Les Wads, (Metz), CSAPA Sitoni (Isère).

#### *II.A.1.b/ UNE COORDINATION DANS LA REGION :*

Le dispositif se doterait d'une coordination mixte qui fonctionnerait en binôme médico-administratif.

Cette coordination pourrait être supervisée par un comité de pilotage incluant l'ARS et d'autres financeurs (collectivités territoriales).

Cette coordination pourrait être composée :

- d'une secrétaire,
- d'un coordinateur administratif (il pourra faire partie de la structure sur laquelle le dispositif s'adosserait),
- d'un coordinateur médical (il sera de préférence médecin de microstructure et aura une formation en addictologie ainsi que dans le champ des hépatites).

Pourraient s'y adjoindre un psychologue et un travailleur social travaillant en microstructure.

Les tâches de la coordination sont multiples. Elles pourraient se résumer dans les points suivants :

- la mobilisation des médecins généralistes locaux pour favoriser le travail partenarial en interne et aussi en externe,
- l'embauche et l'organisation du travail des salariés itinérants (déplacement et présence des psychologues et des travailleurs sociaux aux plages horaires convenues avec le médecin),
- le bon déroulement des réunions mensuelles de synthèse dans chaque microstructure
- la mise en place d'un partenariat avec l'hôpital et le secteur médicosocial et notamment les CSAPA et CAARUD, dans le cadre de Pôles de Santé,
- la mise en place de formations des équipes intervenant en microstructure, médecin compris,
- le développement de programmes d'éducation thérapeutique,
- le développement d'une recherche clinique de qualité avec les outils de recueil de donnée, fournis par la CNRMS, la saisie et leur exploitation en vue de publications,
- une bonne intégration de l'action dans les plans régionaux de santé définis par les ARS.
- la recherche de financement et le montage des dossiers de financement,
- le souci des bonnes pratiques déontologiques de chacun,



-la bonne marche des microstructures pour favoriser un parcours de soins du patient bien coordonné et individualisé.

Une fois mise en place, la coordination de chaque dispositif travaillerait en lien étroit avec chaque médecin de microstructure pour :

- déterminer les plages hebdomadaires de présence du psychologue et du travailleur social à son cabinet (deux heures à une demi-journée hebdomadaire par microstructure)
- l'organisation des synthèses mensuelles (durée moyenne trois heures)
- l'organisation des formations et d'une journée de recherche clinique qui réunit chaque année tous les acteurs du dispositif.

#### *II.A.1.c/ LES MICROSTRUCTURES DANS LA REGION :*

Au démarrage, le dispositif pourrait tendre vers un chiffre de 5 à 10 cabinets de médecins généralistes ayant une orientation addictologique.

La CNRMS apporterait son concours, si besoin, avec l'association porteuse du projet. Elle aiderait aux contacts à prendre avec les structures hospitalières en hépatologie, en addictologie, en psychiatrie, les structures du secteur médico-social (CAARUD, CSAPA), les associations ou réseaux de médecine générale, les associations de patients (*SOS Hépatites*, *ASUD*), le secteur médicopsychologique.

Dans le cadre d'un éventuel projet, il est important d'évaluer les besoins sanitaires et sociaux pour une couverture territoriale.

#### *II.A.1.d/ AUTRES INTERVENANTS :*

D'autres intervenants pourraient être utiles selon les besoins. Un psychiatre pourrait donner un avis diagnostique sur des pathologies mentales souvent présentes suite à la consommation de produits.

On pourrait y adjoindre une infirmière d'éducation thérapeutique qui pourrait contribuer tant à la bonne acceptation par les patients de leurs pathologies que des soins à suivre.

Pour le suivi des grossesses, l'intervention de personnes compétentes dans le domaine de la périnatalité pourrait aussi s'avérer nécessaire.

## **II.B/ ORGANISATION /EQUIPE PROJET**

La Coordination Nationale des Réseaux de microstructures médicales pourrait aider à la constitution des dispositifs de microstructures dans les régions.

### *II.B.1/GROUPE D'AIDE A LA CREATION DES DISPOSITIFS :*

Un « Groupe d'aide à la création des dispositifs » serait constitué au sein de la CNRMS. Il comprendrait :

- Un chargé de mission salarié qui travaillerait avec l'association en charge du projet.
- Un chargé de recherche qui veillerait à la mise en place dans chaque dispositif de la base homogène de recueil des données, de la bonne utilisation du logiciel de recherche et d'activité, du module RCP VHC.
- Une secrétaire en charge des tâches administratives liées à la bonne réalisation du projet jusqu'à la réalisation concrète de ce dernier.

Son action cesserait dès la mise en place du projet après son éventuelle acceptation par l'ARS.

### *II.B.2/ ENTRELACS*

La CNRMS fait le lien entre chaque dispositif qu'elle informe par sa revue trimestrielle *Entrelacs*.

## CONCLUSION

Le but des dispositifs proposés est de permettre aux ARS de fournir à leur région le complément indispensable aux structures existantes pour délivrer des soins de qualité auprès des personnes usagères de drogues sur le territoire de la région.

Par son maillage territorial, le dispositif proposé permettrait de réduire l'inégalité de l'accès aux soins.

Enfin, par le partenariat étroit qu'il préconise entre hôpital, secteur médicosocial et médecine de ville, il ouvrirait de nouvelles perspectives pour la création de Pôles régionaux de Santé en addictologie où ces trois instances travailleraient en bonne complémentarité.





## ELEMENTS DE DISCUSSION



### Contribution de Pierre Tryleski

La crise de la Médecine générale

Plutôt que de partir sur l'idée d'une médecine générale en crise, qui aurait besoin d'une revitalisation (voire d'une réanimation !), je crois qu'il faut souligner que bien au contraire la médecine générale est extrêmement dynamique, et produit des nouveaux modèles d'organisation des soins.

Confrontés et attentifs aux problèmes de santé de leurs patients, les médecins généralistes, en raison de leur démarche de soin et d'accompagnement global, inventent des solutions pour optimiser leur intervention :

-regroupements et pluri-professionnalité, concertation et coordination des interventions, travail en équipe de proximité (médecin, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, pharmaciens, sage femme, ...) au sein de pôles ou de maisons de santé, ou de façon plus informelle dans des équipes de proximité ;

-liens avec les intervenants médico-sociaux en particulier pour les enfants avec la PMI mais aussi pour les patients âgés. Cette attention se porte autant sur des problématiques transversales que sur des problématiques thématiques que ces généralistes identifient et cherchent à réduire ;

-création de dispositifs d'accompagnements avec délégation de tâche pour des thèmes spécifiques, tels les troubles diabétiques et nutritionnels, la BPCO, l'insuffisance cardiaque, en inventant le dispositif ASALEE qui consiste en une intervention coordonnée au cabinet du généraliste d'un infirmier de santé publique, chargé de l'accompagnement, de l'ETP, et de certaines tâches déléguées ;

-recours à des réseaux d'appui (réseaux diabète, réseaux maternité, réseaux cardiologiques, etc...)

-face à leurs patients qui présentaient des conduites addictives, des médecins généralistes ont développé les thérapeutiques

de substitution en vue de réduire les risques. Ce sont eux qui ont imposé ces modes de prise en charge au début grâce à l'utilisation de la buprénorphine à haut dosage, puis en favorisant les politiques de réduction des risques et le travail pluri-professionnel.

-par la suite, en Alsace, s'inspirant des modes d'organisation pratiqués dans d'autres pays, une structure associative centrée sur l'accueil des personnes dépendantes, en collaboration avec des médecins généralistes, a inventé le dispositif des microstructures de prise en charge de proximité des patients dépendants. Ils ont été aidés par des professionnels des champs psychiatrique et social, par le monde associatif, qui ont rapidement soutenu ce dispositif en raison de sa cohérence et de sa pertinence. Puis par des institutionnels. Ainsi, les microstructures sont le fruit de la vitalité et de l'inventivité de la médecine générale en interaction avec le monde associatif, et aujourd'hui, conçues comme dispositifs de soin primaires, exerçant leur activité dans les cabinets de médecine générale, continuent de témoigner de cette vitalité.

Les évaluations de ces dispositifs d'appui et de ces nouvelles organisations sont toutes très favorables, autant sur le plan médical que sur leur dimension économique.

Leur intérêt est tel que plusieurs rapports recommandent de développer ces nouveaux modes d'organisation, et que l'IGAS tout récemment recommande que tous les dispositifs d'appuis soient coordonnés par le médecin généraliste, le médecin traitant.

La crise actuelle : une analyse complémentaire

La crise que traverse la médecine générale est à mon avis essentiellement liée à des problèmes démographiques et à une perte d'attractivité du métier, alors même que la crise économique touche durement le pays et réduit les ressources disponibles pour les dépenses de santé.

Parallèlement, la médecine générale me paraît victime d'un défaut de reconnaissance de légitimité par un système de santé qui est construit sur le modèle hospitalo-universitaire, centré sur la pathologie et non sur le patient.

Alors que la médecine générale en Europe est la profession autour de laquelle s'est construit le modèle des soins primaires, les responsables du système de santé français paraissent peiner à se saisir de ce concept et à quitter celui inspiré par le modèle hospitalier.

Les publications qui font état des capacités de réduction des ISS du développement des soins primaires conduisent cependant les politiques à favoriser leur développement, comme en témoigne la récente "Stratégie Nationale de Santé", mais sans les aboutir, à mon sens en raison des résistances des acteurs des modèles antérieurs et du manque de confiance de l'administration centrale de la santé face à des soignants perçus comme mal contrôlables. C'est là à mon avis ce qui constitue le cœur du mécontentement des généralistes face à la loi de santé : la conscience de l'utilité de leur projet mais des entraves qui pourrait les soumettre à des tutelles étouffantes, sans leur reconnaître d'autorité ni leur donner les moyens d'accomplir leur mission.

Bien entendu l'opposition « classique » et ancienne entre médecine libérale et Etat crée un fond de mécontentement supplémentaire, puissant, qui a un effet très ambivalent pour ce qui concerne les médecins généralistes : ces derniers sont des libéraux, et sont attachés à certains des piliers de la médecine libérale, mais ils sont aussi très majoritairement les médecins en secteur 1 de la convention, sans la « liberté tarifaire » qui n'est accessible qu'aux autres spécialités. La dérégulation du secteur 2, à honoraires libres, est parfois tellement importante, que certains des médecins de ce secteur peuvent imaginer exercer hors de la convention, la part de leurs honoraires provenant des tarifs négociés étant mineure par rapport aux dépassements qu'ils pratiquent. Ce n'est pas du tout le cas des généralistes, qui peuvent, s'ils ne prennent garde aux différences de mission entre les soins primaires et les soins de second recours, se

sentir emprisonnés dans la convention, et espérer s'en libérer. Ce d'autant plus que le système de santé paraîtrait légitimer des pratiques très dérégulées (dépassements non contrôlés, CAS avec solvabilisation des dépassements qui deviennent la norme, pratiques commerciales, augmentation du Reste à Charge et franchises qui mettent en danger les logiques solidaires). Ils craignent de devenir des « médecins de caisse », ce qui, en France, est une infamie (pas en Allemagne, ni en Angleterre, ni en Suède, ni en Norvège, mais c'est une autre histoire), et oublient leurs missions spécifiques, en particulier en santé publique, ainsi que leurs intérêts propres, bien différents de ceux des médecins en secteur 2.

La connaissance de ces dynamiques devrait pousser le législateur à survaloriser les soins primaires afin de promouvoir la santé publique, et de tout faire pour augmenter l'attractivité de la spécialité de médecine générale. Mais manifestement celui-ci n'est pas prêt à faire ce pas. Les médecins généralistes en sont très irrités, et craignent pour l'avenir de leur profession.

Définir les microstructures :

Les microstructures sont à mon sens de réels dispositifs d'appui aux médecins généralistes, construits autour du généraliste, afin de favoriser les soins primaires. Pas de thématique descendante, mais une réactivité aux besoins que ces derniers identifient. La microstructure devrait être un mode de fonctionnement qui s'articule et s'adosse à l'existant.

La microstructure construite autour d'un médecin généraliste est un MOYEN d'accès à des expertises complémentaires au service des patients : psychiatre, hépatologue, gynécologue, infectiologue, dispositifs sociaux, appartements thérapeutiques, structures hospitalières, etc...



### Contribution du Dr Michaël Gutekunst

Le système de santé français est en crise faute de temps, de volonté et d'honnêteté.

En tant que soignant nous sommes de plus en plus accablés par des obligations administratives, que les technocrates nous ont déléguées insidieusement et autoritairement, via l'informatique, nous laissant de moins en moins de temps d'écoute à consacrer à nos patients. Le temps de la relation humaine, qui caractérise notre profession, est réduit sous le poids étouffant de l'administratif, par le remplissage de dossiers redondants, une obsession poussant à l'économie de personnel et de lits d'hôpitaux. Les spécialistes pressés dans leur spécialités, sont amenés à discuter de diagnostics et de traitements, à appréhender les patients au travers d'examens complémentaires, ou de protocoles, jusqu'à ne plus les voir, comme au cours de réunions de concertation pluridisciplinaires, par exemple.

Et ce n'est pas toujours faute d'argent !!

Certaines caisses d'assurance maladie dont la CPAM d'Alsace et de Moselle arrivent à équilibrer leurs comptes tout en exonérant plus, et toutes nos Mutuelles affichent des bénéfices. Nous pourrions en apprendre !?!

Le déficit de la Sécurité Sociale a bon dos, et n'est qu'un des nombreux arguments pour nous plomber, et nous faire payer plus.

Et combien il est difficile de se sortir d'un paradigme bien établi et corrompu (pouvoir - argent) d'en haut depuis des années ...?

Au sein de cette sinistrose bien entretenue, les Microstructures Alsaciennes (encore l'Alsace ?) proposent une démarche de suivi global aux patients, et surtout un temps d'écoute, tout en revenant moins cher à la société, et en étant plus réactives et inventives, que le système de soins classique (en addictologie notamment). Le patient est considéré dans sa globalité physique psychologique et sociale, voire dans toute sa dimension éthérique, en ces lieux.

Cette relation entre la psyché et le somatique était déjà bien connue des anciennes civilisations avant notre ère. Le travail en

réseau (médicopsychosocial) a déjà été adopté en milieu psychiatrique spécialisé depuis des dizaines d'années.

Et ce travail efficace en réseau, a été repris en Microstructures depuis fin 1999, jusqu'à aujourd'hui, imaginé à Espace Indépendance à Strasbourg, pour être développé en périphérie, au niveau du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, au sein de cabinets médicaux pour se rapprocher des patients. Dans l'idéal, tous les cabinets de médecine générale devraient s'en inspirer et en bénéficier, afin de désengorger les Services d'Urgence des Hôpitaux, et arriver à différencier de ce qui est du domaine de la névrose et de la psychose, de ce qui est purement social, ou lié à l'addiction, au mal-être, voire dans le but d'un intérêt secondaire.

... il y a de plus en plus de gens stressés et anxieux, souffrant d'addiction, que d'urgences vitales...



### Contribution de Joëlle Meyer, éducatrice spécialisée

La contribution suivante apporte des éléments de réflexion concernant le texte des propositions sur l'extension des dispositifs de premier recours.

#### Introduction

Les soins faisant l'objet d'une prise en charge financière, le médecin généraliste apparaît comme le professionnel le plus à même d'être à l'écoute d'un mal être. Et ceci d'autant plus que le patient sera dans une situation financière délicate. Le malaise dans notre société semble être d'ordre collectif et le médecin généraliste, en quelques sortes, en fait les frais.

Les soins hospitaliers comptant pour 35% des dépenses de santé, la tutelle économique semble prendre le parti de redistribuer les cartes en direction des soins ambulatoires (21% des dépenses de santé), en omettant de



mesurer les enjeux et les impacts sur les professionnels.

Dans ce cadre, la prévention (3% des dépenses de santé) pourrait prendre une place importante, qui redistribuerait *ces cartes*.

Il semble difficile (mais indispensable – ou au moins c'est un début) de donner une nouvelle dimension de soins en inventant des pratiques pluri professionnelles sans réinterroger la place des soins en général. La question de passer du domaine public au domaine privé est omniprésente. Il est donc question de pouvoir, d'autorité, d'(in)égalités et de distribution qui ne se trouve pas au même niveau suivant que l'on parle d'institutions hospitalières, ou de l'activité médicale ambulatoire.

Peut-être qu'une redistribution des moyens non pas aux seuls acteurs de soins médicaux, afin de répondre à tous en fonction des différences de situation, pourrait ouvrir le sujet.

Mais alors qu'est-ce que le soin ?

### **Sur l'origine des microstructures.**

L'aller vers... ?

**Et l'impact** sur les **différents acteurs** de la microstructure. Quelle est la priorité, l'impact sur les professionnels ou celui sur les bénéficiaires ?

Présumant la *pesanteur institutionnelle* régnant sur le travail des psychologues et des travailleurs sociaux, elle paraît être au contraire doublée dans le cadre des microstructures. L'Institution *mère* d'une part et l'organisation spécifique du cabinet de médecine générale, d'autre part.

**Sur la logique partenariale** : la participation des usagers reste très restreinte. La question est importante et pourrait faire l'objet de recherches.

### **Les objectifs et résultats attendus**

La mise en place des évaluations est maintenant incontournable mais leurs sens qualitatifs méritent d'être approfondis car l'évaluation peut-être source d'angoisses et d'incompréhensions. Lorsqu'une analyse rigoureuse sur, par exemple, l'évolution des conduites addictives, la prévention des conduites à risque... est réalisée, l'évaluation prend toute utilité.

### **Quid des missions de la coordination ?**

Connaissant les difficultés avérées et de recherche de financement que connaissent depuis quelques années le secteur associatif principalement concernant la question du **logement** et de **l'insertion**, emploi, la mise en place de partenariat avec le secteur médicosocial et notamment les CSAPA et CAARUD mérite une focale particulière. Ces deux secteurs sont essentiels aux parcours des publics en grande difficultés.

Un système de conventionnement pourrait être réfléchi avec les associations partenaires voire avec les collectivités territoriales des secteurs ciblés afin de faciliter le travail des publics à trouver des solutions.

Concernant le **développement géographique** du dispositif de microstructures médicales, prendre la mesure de l'importance des locaux pour l'accueil des différents intervenants de la microstructure et comprendre que la présence du médecin lors des interventions des psychologues et travailleurs sociaux est essentiel en faveur du contact à établir avec le patient.



### **Contribution du Dr George-Henri Melenotte**

Une analyse s'impose sur la crise que connaît la médecine générale. Certains la qualifient de libérale, de médecine du premier recours, de médecine de proximité, de médecine rurale ou de ville. Aucune appellation précise ne lui donne aujourd'hui de place au sein des dispositifs sanitaires territoriaux.

On pallie les effets de cette crise. Sa racine réside dans une nouvelle définition du soin et la mise en place de dispositifs sanitaires à même d'y répondre.

Ses éléments sont nombreux et connus. Parmi ceux-ci, la dégradation de la place sociale du médecin assortie de la dévalorisation relative de sa responsabilité sanitaire auprès de la population. Trop souvent cette médecine est présentée comme recroquevillée sur ses acquis et prête à défendre becs et ongles ses privilèges.

Les réactions récentes des médecins généralistes ont une valeur symptomatique. Elles manifestent un malaise d'autant plus puissant que leur expression dissimule un mal plus profond.

Le soin change de nature. Initialement construit autour de la notion de guérison, de traitement de la cause lésionnelle des maladies, il s'est complexifié en l'espace de peu de temps. Conçue au XIX<sup>ème</sup> siècle comme retour « au silence des organes », la guérison est aujourd'hui devenue relative. Le terme même de santé inclut des champs nouveaux comme celui de prévention qui lui donne une dimension anticipatrice et à la lésion une portée potentielle.

La lésion est devenue multifactorielle et l'établissement du diagnostic a intégré des faisceaux de paramètres qui débordent le strict cadre du champ nosographique. Le corps n'a plus ses limites où l'inscrivait son tégument. Il s'intègre dans un environnement. Le milieu dans lequel il évolue devient à son tour un objet sur lequel on agit pour juguler l'émergence éventuelle des pathologies.

Le soin ne se limite plus au corps. L'action sanitaire ne se limite plus à l'éradication d'une cause pathogène. Le choc qui s'ensuit ouvre de nouveaux espaces à une médecine jusque-là répartie en spécialités qui découpaient selon les organes les lieux de son exercice. Distribuée selon les systèmes pathologiques, elle devient maintenant globale. Elle sort de

son cadre premier et s'étend à toute la société, même à ceux qui ne sont pas malades. Et le médecin ne saurait plus être son seul officiant.

La critique des évolutions actuelles du système de santé porte sur la tutelle économique qui s'en est emparée pour maîtriser ses dépenses devenues exorbitantes. On admettra que l'économisme règne aujourd'hui sur les décisions qui sont prises pour assurer la survie d'un système de santé devenu trop onéreux.

Au delà de ces approches, le malaise tient dans la complexité croissante des situations que le médecin rencontre, face auxquelles il est de plus en plus démuné. La réaction engendrée par ce malaise se traduit par son recul devant l'ampleur croissante de ses tâches alors que se réduisent les moyens d'y faire face.

En devenant global, le soin s'est diversifié. Et l'on attend qu'une réponse soit donnée à l'apparition de ces attentes.

En matière d'addiction les théories ont changé ces dernières années. Les progrès de la neurobiologie, les positions anciennes qui faisaient de la toxicomanie un comportement psychosocial déviant, un symptôme offert à l'analyse psychodynamique, ont laissé la place à la définition du trouble addictif relevant d'une maladie métabolique due aux dysfonctionnements des circuits neuronaux.

Des paramètres comme l'environnement social, économique, psychologique sont apparus tout aussi déterminants que ceux qui confiaient les problèmes à la seule justice ou à la psychiatrie.

Bref, l'approche multifactorielle des troubles liés aux dépendances est devenue dominante. Elle donne à la notion de soin une nouvelle dimension. Elle doit être repensée pour que les situations sanitaires soient analysées selon cette nouvelle donne : le soin est multicentré.

C'est sur cette base que doivent être repensés les dispositifs de santé existants. La médecine doit inventer des pratiques pluri-

professionnelles. Elle utilisera les moyens offerts par les nouvelles technologies en matière de communication, de circulation et de partages des données sanitaires. Elle intégrera dans sa pratique la diversité des approches sociales, économiques, mentales, psychologiques. Surtout, elle mettra sur pied une coordination de son action qui, s'appuyant sur l'intervention du médecin généraliste, du travailleur social, du psychiatre, en passant par le psychologue, l'hépatologue, et autres intervenants sur l'environnement de chaque patient, lui permettra d'obtenir une réponse sanitaire adaptée à la particularité de chaque situation.

Comme le démontre la gravité actuelle du problème de l'accès à des soins qui soient égaux pour tous, on inventera des dispositifs sanitaires polyvalents à même de répondre pour tous à la gravité de chaque situation.

Or un élément qui donne toute sa lumière à la crise que connaissent aujourd'hui les dispositifs sanitaires en place, est que les acteurs de soins sont insuffisamment dotés pour répondre à une telle demande.

Cette réponse tient à l'amélioration de la qualité des soins à portée de chaque demandeur selon ces nouveaux critères. Il convient de mettre en place des parcours de santé individualisés et coordonnés assurant l'accessibilité, la qualité, la sécurité des soins et des services et produits de santé, ainsi que l'efficacité de leur utilisation en médecine

ambulatoire et en établissement, pour la population sur l'ensemble du territoire.



### **Contribution du Dr Maguelonne Monod**

Les difficultés que présentent certaines personnes à se préoccuper de leur santé ont d'autres ressorts que l'absence d'outils ou de structures spécialisées mis à leur disposition ou celle de leur médecin... des ressorts d'ordre social, psychologique dont la prise en compte effective ne peut se faire que de façon multidisciplinaire, dans le lieu même de la médecine de premier recours où ces difficultés émergent et peuvent commencer à être travaillées.

Pour exemple, nous nous interrogeons récemment avec des confrères sur l'efficacité de tel pour certains de nos patients présentant un diabète très déséquilibré... ce n'est pourtant pas faute de nous appliquer et de les y avoir adressés ! Mais l'absence de prise en compte de ces autres dimensions, l'absence de retour ou d'effort supplémentaire de coordination de la part des professionnels sur place ont eu raison de leur équilibre glycémique...

Les microstructures s'adressent justement à ces patients "complexes", aux profils multiples, ne s'étant pas encore approprié une démarche de soin, ou en rupture avec les structures de droit commun, ou préférant se tenir à l'écart de celles-ci.



### **Annonce**



#### **PREMIERE JOURNEE EUROPEENNE**

La CNRMS a le plaisir de vous annoncer la tenue de la Première Journée Européenne des dispositifs des microstructures, qui aura lieu à STRASBOURG, au mois de mars 2016.

Une annonce plus précise vous sera adressée prochainement.