



N°5 – avril 2014

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

SOMMAIRE :

*Éditorial :
Comment une bonne
médecine permet de faire
des économies – p. 1*

*Trois questions à
Cristina Diaz Gomez
OFDT – p. 2*

*Comment un dispositif de
médecine de ville parvient
à faire de la recherche
clinique – p. 3*

*Focus sur une
microstructure :
Strasbourg – p. 4*

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
Réseau des microstructures 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

Au sommaire du prochain numéro :

La primoprescription de méthadone en médecine de ville

Entrelacs

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

Editorial

Comment une bonne médecine permet de faire des économies

Il est du bon usage de la médecine actuelle de marier son efficacité à son économie. Avec l'introduction de l'*Evidence Based Medicine*, l'instauration de la Haute Autorité de Santé et le développement des recommandations qui s'en est suivi, une rationalisation des pratiques médicales s'est mise en place, donnant la part belle au souci de modération des coûts.

On ne saura pas si de tels changements ont contribué à l'actuelle crise de la médecine générale mais la réduction drastique des coûts de la santé et le dessaisissement progressif du médecin de sa faculté de jugement au profit d'une action déterminée selon les protocoles, ont contribué à cette crise.

En 2008, a été entreprise une étude d'efficience portant sur un réseau de microstructures médicales en Alsace. Cette étude, réalisée par le Professeur Launois, et supervisée par Cristina Diaz Gomez et Christian Ben Lakhdar de l'OFDT, a montré la plus grande efficience de la microstructure que celle du cabinet conventionnel en matière de soins portés aux addictions.

Cela prouve qu'une médecine de qualité, pluridisciplinaire, travaillant en réseau avec le tissu sanitaire territorial et centrant son action sur la délibération autour du cas de chaque patient, fait faire des économies.

Merci de diffuser ce texte 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 Cristina Diaz Gomez, Responsable du pôle Évaluation des politiques publiques à l'OFDT DEA en économie de la santé



Entrelacs : En juillet 2008, vous avez été la promotrice d'une étude d'économie de santé visant à mesurer l'efficacité du dispositif de microstructures vs le cabinet de médecine conventionnelle.

Pourriez-vous nous dire les raisons qui ont prévalu à la mise en place d'une telle étude ?



Cristina Diaz Gomez : L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) est un organisme public à vocation scientifique qui a pour mission de promouvoir l'évaluation des stratégies d'intervention expérimentales pour répondre aux problématiques liées aux addictions. Le dispositif de microstructures alsacien avait répondu à ce critère. Il constitue une alternative innovante en médecine de ville destinée aux usagers de drogues qui souhaitent s'engager dans une démarche de soins. En associant des intervenants issus de plusieurs horizons professionnels, il se propose d'offrir aux patients un suivi médical spécialisé mais aussi un accompagnement spécifique sur le plan psycho-social. Par ailleurs, ce dispositif avait été pensé pour permettre aux patients de bénéficier d'un suivi global assuré par le trio d'intervenants formé par le travailleur social, le psychologue et le médecin. Une étude précédente avait mis en évidence que le suivi en microstructures donnait globalement de meilleurs résultats que ceux obtenus avec une offre de soin conventionnelle. Toutefois, le coût du maintien du dispositif étant plus élevé que dans le suivi classique en cabinet médical conventionnel, il nous a semblé que l'enjeu majeur d'une nouvelle étude était de vérifier si l'investissement était justifié (dépenses supplémentaires pour rémunérer le psychologue et le travailleur social, frais liés aux réunions de synthèse, coût des formations, ...).

Q2. Les résultats de l'étude ont montré qu'il y avait 80% de chances sur 100 pour que la microstructure soit plus efficace que le cabinet conventionnel, frais de réseau inclus. Il y a d'autres conclusions plus fines de votre étude.

Pourriez-vous nous dire quelles sont, selon vous, les principales conclusions que l'on puisse tirer de cette étude ?

Cristina Diaz Gomez : Selon moi, à part leur bon rapport coût-utilité, les autres conclusions de cette étude portent principalement sur ce qui correspond à « un accompagnement de qualité » du point de vue des patients interrogés. L'étude a montré que la facilité d'accès à un médecin expérimenté et formé aux questions de substitution est une attente très forte des patients engagés dans une démarche de soins, en passant par la réactivité du médecin, la possibilité pour le patient de négocier la prescription et de bénéficier d'une démarche de dépistage précoce de l'hépatite C. Les patients accordent moins d'importance à l'accès à d'autres professionnels (psychologue et travailleur social) et à la capacité des intervenants à tisser des relations de confiance avec les patients mais ils sont bien identifiés comme les autres critères prioritaires du suivi de qualité qu'ils souhaitent. En outre, l'étude fait état du but ultime aux yeux des patients interrogés du parcours de soin : il s'agit de la maîtrise de consommations de drogues et surtout, de l'opportunité qu'offre la démarche de soins de faire opérer un changement dans leur vie.

Q3. Aujourd'hui la révolution des dispositifs de premier recours préconise le développement d'équipes pluriprofessionnelles autour du médecin traitant, une bonne couverture sanitaire du territoire, une efficacité des dispositifs de soin, ainsi que le développement de la recherche clinique de proximité.

Dans ce contexte, quelle place doivent tenir les microstructures organisées en réseau pour répondre à ces objectifs ?

De mon point de vue, les microstructures sont bien positionnées pour répondre à ces nouveaux enjeux de santé publique. Elles réunissent les qualités recherchées qui reposent sur le concept nouveau en médecine de ville développé par les microstructures autour du trio d'intervenants (médecin, travailleur social, psychologue) et

l'inscription du réseau dans une démarche exigeante en termes de qualité des pratiques professionnelles (développement des compétences au moyen de la formation continue et des échanges avec des pôles d'excellence universitaires) et sans oublier leur bon rapport coût-utilité.

Interview réalisée par George-Henri Melenotte



Comment un dispositif de médecine de ville parvient à faire de la recherche clinique et à améliorer son impact sanitaire auprès de ses patients



Le 15 avril dernier, dans son numéro 11, le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire a fait paraître un article intitulé : Progression de la couverture vaccinale vis-à-vis de l'hépatite B chez les usagers de substances psychoactives suivis par le Réseau des microstructures médicales d'Alsace, 2009-2012 // Evolution of hepatitis B vaccination coverage among psychoactive substances users followed by the Network of Medical Microstructures in Alsace (France), 2009-2012.

Cet article est signé par Fiorant Di Nino (*Réseau des microstructures médicales d'Alsace, RMS, Strasbourg*), le professeur Jean-Louis Imbs (*Pharmacologie clinique, Université de Strasbourg*), George-Henri Melenotte (*Réseau des microstructures médicales d'Alsace, Strasbourg*), le Réseau RMS, et le professeur Michel Doffoel (*Service expert de lutte contre les hépatites virales d'Alsace (SELHVA), Nouvel Hôpital civil, Hôpitaux universitaires de Strasbourg*)

Ce travail est venu après la publication d'un précédent article dans le même Bulletin en 2009 : "Di Nino F, Imbs JL, Melenotte G H, le réseau RMS Alsace, Doffoël M., Dépistage et traitement des hépatites C par le réseau des microstructures médicales chez les usagers de drogues en Alsace, France, 2006-2007. Bull. Epidemiol. Hebd. 2009;(37):400-4."

Ces publications revêtent une place d'importance dans l'expérience des microstructures médicales.

Effectuées sous l'égide de l'équipe de la *Coordination Nationale des réseaux des microstructures* en collaboration étroite avec les membres de son Comité scientifique, ici en particulier avec le professeur Michel Doffoel du SELHVA, elles démontrent la possibilité de mener des actions de recherche de qualité et reconnues en médecine de ville.

Pour que la recherche clinique puisse donner des résultats probants au sein de la médecine de proximité, des conditions essentielles doivent être remplies :

1/ Une pratique effective du décroisement ville/hôpital. Ce décroisement ne peut fonctionner qu'autour du cas. L'apport des compétences hospitalières à la médecine de ville est indispensable : constitution de fiches d'évaluation homogènes, délivrance de formation incluant les différents acteurs de soins des microstructures, exploitation des données et aide à la publication.

2/ Une pratique effective de réseau qui regroupe les différentes microstructures, ici dans une même région. Le recueil des données, leur centralisation en vue de leur exploitation suppose une organisation de la médecine de ville en réseaux régionaux autonomes, travaillant en relation étroite avec l'hôpital.

3/ Une initiative conjointe des médecins hospitaliers et des médecins de ville sur des

objectifs sanitaires précis permettant l'élaboration de protocoles de recherche.

4/ Un financement de cette recherche encore balbutiante. Les présents résultats sont obtenus alors que la CNRMS ne bénéficie actuellement d'aucun financement tant public que privé.

La CNRMS a récemment écrit au Ministre de la Santé, suite à sa décision de permettre aux maisons de santé et aux centres de santé d'accéder à un financement par le PHRC, pour lui demander que la Coordination puisse accéder à

son tour à ce financement. Cela permettrait de développer la recherche clinique qui, dans le cadre des dispositifs de microstructures en réseaux, a déjà fait ses preuves.

George-Henri Melenotte

Si vous souhaitez lire l'article, cliquez ici :

http://www.reseau-rms.org/images/pdf/BEH_2014_04_15_progression_de_la_couverture_vaccinale.pdf



Focus sur une microstructure : Strasbourg



Le Dr Claire Rolland-Jacquemin témoigne ici de l'évolution de son travail au quotidien, au sein de sa microstructure du centre ville de Strasbourg.

Cela fait quinze ans bientôt que je travaille en microstructure. Beaucoup de patients ont pu en bénéficier. Certains ont arrêté leur substitution et aujourd'hui sont toujours durablement sevrés. Beaucoup "rament" dans la durée mais la microstructure leur apporte un réel soutien.

Je constate pour ma part que ce choix délibéré d'accueillir des patients plus fragiles, plus en difficulté, demande plus d'investissement qu'au début. Les demandes d'ALD (affection longue durée) sont désormais à refaire au mieux tous les 5 ans. Les renouvellements d'Allocation Adulte Handicapé aussi. La crise étant là, même un renouvellement doit être rempli de manière approfondie et détaillée, car des mesures antérieurement acceptées vont être remises en cause, et un patient dont l'état de santé a empiré peut se retrouver sans AAH alors qu'il en bénéficiait auparavant. Je ne parle même pas de la gestion des accidents et maladie professionnels qui ont toujours été compliqués et longs.

Dans les urgences, je connaissais les sciatiques hyperalgiques, les tentatives de suicide, les infarctus. Maintenant il y a les urgences administratives. C'est nouveau. Le patient n'a plus d'ALD ! Il faut la refaire dans les heures qui suivent le moment où on l'apprend, sous peine de voir un patient devoir interrompre un traitement cher que certaines pharmacies ne veulent plus avancer

(trithérapie...). Beaucoup de patients se retrouvent sans sécu du tout, ce qui était exceptionnel il y a quelques années devient courant. Là c'est le travailleur social de la microstructure qui doit intervenir là aussi en urgence.

Le public que nous avons est plus fragile, plus en arrêt que les autres (la sécu ne manque pas de nous signaler nos statistiques en la matière...). Les statistiques des travailleurs sociaux du réseau montrent qu'avec la crise nos patients sont moins nombreux ces dernières années à avoir un emploi durable, moins nombreux à avoir un emploi tout court même précaire. Or la perte d'un travail, la précarité, aggravent nos patients. Le soutien psychologique est là aussi essentiel pour les aider à rester debout et se dégager de leurs dépendances.

Plus que jamais le rôle des microstructures est essentiel dans l'accompagnement de ce public fragile et vulnérable aux chocs qui traversent la société.

Ce qui me motive c'est cette volonté commune d'être là. Ensemble. Ce plaisir de travailler ensemble. Ces complicités, ces amitiés qui se sont tissées avec les années. Cela n'a pas de prix. Et même si par moment c'est plus dur. Et bien : "même pas peur" ! On y va !

Dr Claire Rolland-Jacquemin