

Projet microstructures

Coordination Nationale des Réseaux de MicroStructures médicales

Principe de la Microstructure et de son organisation en réseau

→ **Origine** : répondre aux difficultés rencontrées par les personnes pharmacodépendantes comme par les médecins généralistes dans le cadre de la médecine de ville

→ **Principe** : constitution d'une équipe de soins au sein du cabinet du mg pour les patients présentant des conduites addictives nécessitant des soins et qui viennent y consulter

→ **Equipe** : 1 mg, 1 psy, 1 travailleur social. Dans le cabinet du mg, plages horaires hebdomadaires fixes pour le psy et le travailleur social. Possibilité de solliciter le pharmacien d'officine. Réunion de synthèse avec invitation ponctuelle du patient

→ **Lieu** : cabinet du mg. En trouvant chez leur mg les compétences nécessaires (face à la dispersion habituelle des intervenants dans diverses institutions), la démarche des patients s'en trouve grandement facilitée

→ **Réseau** : l'organisation en réseau permet de régler les problèmes liés à l'organisation des permanences dans les cabinets de mg à la circulation de l'information sanitaire, législative, psychologique et sociale, à la formation permanente des microstructures, à l'évaluation de leurs activités et à la recherche portant sur l'étude de leur impact sanitaire sur les patients

→ **Impact** : les mg peuvent éviter de fonctionner comme de simples prescripteurs. Amélioration de la connaissance de leurs patients, dégagement de plus de temps dans la durée de leur consultation pour l'élaboration diagnostique et le traitement dispensé (→ meilleure tolérance au cas lourd). Mode travail en petit groupe dégagé de la pesanteur institutionnelle. Réunions de synthèse où s'élabore la stratégie thérapeutique adaptée à chaque cas. Les patients suivis en microstructures indiquent qu'ils se prêtent volontiers au type de suivi qui leur est proposé. Le dispositif est centré sur leur parole, leur permet de participer activement à la démarche de soins qu'ils sollicitent

→ **Indications** : toutes les addictions, avec ou sans produit. Spécificités locales

→ **Souplesse** : dispositif à géométrie variable. Modification en fonction de la demande de soin. Selon les cas, d'autres compétences peuvent être requises (pharmacien, psychiatres, hépatologues, ...)

→ **Logique** : approche multiple d'une situation clinique, décision médicale partagée, association du patient comme acteur de son propre soin, stratégie thérapeutique individualisée, appel aux diverses compétences y compris hospitalo-universitaires, développement d'une activité de recherche exigeante en médecine de ville

Historique

→ **Historique de la CNRMS** : 13/05/2006. Harmonisation des politiques (financement, évaluation, recherche). Extension des réseaux de microstructures, mise en place d'outils d'évaluation et de recherche communs à l'ensemble des réseaux y adhérant, évaluation et recherche mesurant l'impact du dispositif sur les patients usagers de drogues qui y entrent

→ **Historique d'RMS Alsace** : 06/03/2003. Réseau expérimental : étude de faisabilité des microstructures + étude randomisée mesurant l'impact sanitaire du dispositif sur la qualité de soins des patients vs le même impact dans le cadre du dispositif généraliste conventionnel. 14 à 19 microstructures. Dépistage et traitement des patients atteints de l'hépatite C

→ **Historique du réseau Canebière** : pandémie du sida, taux de contamination chez les personnes usagères de substances psychoactives, réseau VIH. Pôle hospitalier. Améliorer et promouvoir la prise en charge des ud et de leurs éventuelles pathologies associées en ville ; faciliter l'accès aux soins des usagers ; participer à la formation des professionnels concernés par le VIH ; favoriser la coordination et la continuité des soins des usagers

→ **Historique du réseau RAVIHTOX** : 1995. Renforcer les coopérations entre les acteurs du secteur sanitaire et social autour du patient et tout au long de son parcours. Recherche en 1999 : évaluation de la prise en charge des conduites toxicomaniaques dans le département de l'Aude : forte implication des professionnels de santé et nombre plus important que prévu de mg prenant en charge des patients toxicomanes. Nécessité d'une amélioration des relations multidisciplinaires et d'une instauration d'une véritable coordination autour du mg. Dans un 1^{er} temps : sensibiliser les mg et les pharmaciens à l'accueil et à la prise en charge des patients ud en médecine ambulatoire, mettre en place les thérapeutiques de substitution en médecine de ville en partenariat et en complémentarité avec les autres structures, inscrire la prise en charge dans un réseau de soins pluridisciplinaires et mobiliser les professionnels sur les aspects pms de la prise en charge. Mieux manager l'accès aux soins, mieux répondre aux besoins des patients au plus proche de leur lieu de vie, mieux décloisonner les professionnels médico-sociaux pour les aider à travailler ensemble sur un même site. La disparité des patients et de l'offre géographique de soins alourdit les problèmes de rejet, d'exclusion et de suivi des patients ayant des conduites addictives cumulant souvent plusieurs pathologies et se trouvant souvent en situation de précarité. Répondre à un service de proximité dans la complémentarité et en soulignant la place de chaque intervenant et l'importance de deux pivots de l'action de soins : le patient et son mg qui est en première ligne pour prendre en charge la personne dans sa globalité, dans la continuité, en faisant en permanence la synthèse de l'ensemble de ses pathologies

→ **Historique du réseau CASA 65** : 25/09/2001. Mettre à disposition des usagers et des partenaires un outil, sans à priori et le plus ouvert possible

RMS d'Alsace

→ **Présentation** : microstructures. Partenariat avec le secteur médicosocial et le secteur hospitalier. Formations. Recherche et évaluation.

→ **Composition** : 17 microstructures, 27 mg, 7 psychologues, 5 travailleurs sociaux, 1087 patients suivis à fin 2012

→ **Financement** : 442100€/an

Présentation synthétique d'RMS PACA

→ **Objet :**

- Proposer un suivi de proximité et de qualité, dans le cadre d'une pratique novatrice de la mg, en direction de personnes sous addictions. Pour ce faire, une équipe polyvalente composée d'un psychologue, d'un travailleur social et d'un mg intervient au lieu même des cabinets de mg, en association avec les pharmaciens d'officine
- Développer des partenariats spécifiques afin de faciliter l'accès aux soins des patients présentant des co-morbidités associées à leur pratique addictive
- Proposer des formations à l'ensemble des acteurs de santé et des intervenants médico-sociaux, concernant la prise en charge des pratiques addictives
- Réaliser des études et des travaux de recherche à même de contribuer à l'amélioration des dispositifs en place et à l'extension du concept
- Prise en charge de situations de précarité

→ **Composition :** 9 microstructures, 20 mg, 6 psychologues, 4 travailleurs sociaux, 217 patients au 1^{er} septembre 2011

→ **Financement :** 224562€/an

Présentation synthétique des microstructures 54

→ **Objet** : idem RMS PACA

→ **Composition** : 2 microstructures, 4 mg, 1 psychologue (0,2 ETP), 1 travailleur social (0,2 ETP), 1 coordinateur d'action (0,2 ETP)

→ **Financement** : 30000€/an

Fiche de présentation synthétique d'RMS Vosges

→ **Objet** : idem RMS PACA

→ **Composition** : 1 microstructure et 4 en cours de construction, 1 mg, 1 psychologue, 2 éducateurs spécialisés

Fiche de présentation synthétique du Réseau Addiction de la Somme

→ **Objet** : mise en place de consultations psychologiques au sein des cabinets médicaux. Suivi de proximité et de qualité afin de faciliter la prise en charge de personnes sous addictions en s'appuyant sur le mg.

→ **Composition** : 5 consultations, 12 mg, 1 psychologue

→ **Financement** : 75000€/an

Notes de synthèse du rapport sur les microstructures médicales – Evolutions à 24 mois des scores du questionnaire ASI

Microstructures = structures souples associant un médecin, un travailleur social et un psychologue au cabinet du médecin. L'unité de lieu permet d'une part au patient détendre l'atmosphère de confiance qu'il a avec le médecin aux autres intervenants et, d'autre part aux intervenants de se côtoyer et d'échanger de manière informelle. Au cœur du concept de microstructure se trouvent les synthèses, moments privilégiés où les 3 intervenants se réunissent et discutent des patients et de leur prise en charge. Peuvent ponctuellement s'ajouter d'autres intervenants (pharmacien, autre personne impliquée dans le suivi d'un patient).

Concept né fin des années 90 pour s'adapter aux évolutions des conduites addictives et aux difficultés éprouvées par les médecins de ville pour prendre en charge des patients ud.

Objectif de l'étude = les microstructures apportent-elles un plus par rapport aux suivis conventionnels proposés par les médecins en ville ? Questionnaire ASI : drogues, alcool, relations sociales, emploi, légal, médical et psychiatrique

Résultats de l'étude :

- Les microstructures font aussi bien que les suivis conventionnels dans les domaines suivants : consommation d'alcool, état médical, situation légale
- Les microstructures donnent des résultats supérieurs à ceux obtenus avec une offre conventionnelle dans les domaines suivants : consommation de drogues, relations sociales, état psychiatrique, emploi
- Les microstructures représentent une alternative intéressante aux centres spécialisés dans le traitement par méthadone et ce, dès initialisation
- La synergie entre le travail social et le suivi psychologique est un élément clé de la réussite des microstructures. L'étude ne permet pas de juger de l'apport du médecin puisque les patients ont été randomisés entre le suivi conventionnel et la microstructure au sein de chaque cabinet. Néanmoins, une microstructure repose sur la participation active du médecin, à la fois par l'adoption du concept, mais aussi par sa mise en application. Cette mise en application implique la participation aux synthèses, l'acceptation du partage des compétences et la création, quand cela n'existe pas déjà, d'un espace permettant aux autres intervenants de recevoir les patients dans des conditions décentes

DEQUASUD : Démarche qualité et accompagnement des soins aux usagers de drogues – Synthèse du rapport

→ **Introduction** : proposer à l'ud souhaitant engager une démarche de soin, un accès privilégié à un psychologue et à un travailleur social. Cet accès privilégié se fait par la présence in situ (dans le cabinet du mg). Vérifier si les résultats obtenus à l'égard des ud justifient un tel investissement. Mesure des effets potentiels attribuables au réseau en termes sanitaires, psychologiques et sociaux, ou en termes des effets pervers minimisés (détournement des prescriptions, report de la consommation sur d'autres addictions). Une 1^{ère} évaluation a montré que le suivi en microstructure donnait de meilleurs résultats que ceux obtenus avec une offre de soin conventionnelle dans les domaines de la consommation de drogues illicites, des relations sociales, de l'état psychiatrique et de la capacité de l'individu à trouver un emploi. Une 2^{ème} évaluation montrait une augmentation de l'utilisation de la méthadone comme substituts médicamenteux et un fonctionnement satisfaisant des suivis psychologiques. Objectif de cette étude = identifier la stratégie de prise en charge qui apporte, au moindre coût, les meilleurs résultats en termes sanitaires, psychologiques et sociaux sur la base des préférences déclarées des répondants.

→ **Méthodologie** : en 3 temps :

- Faire révéler par les acteurs (médecins et patients) quels sont selon eux les éléments de qualité d'une prise en charge des conduites addictives et de leurs pathologies associées. Exprimer et quantifier l'utilité qu'ils retirent de leur mode de prise en charge. 196 patients et 30 médecins
- Comptabilisation des coûts associés à ces dispositifs. Sur base des remboursements. 679 patients
- Mise en relief du ratio des éléments déterminés auparavant

→ **Résultats** :

Les acteurs et leurs préférences :

- Les médecins :
 - o File ud sous TSO plus importante chez médecins RMS
 - o Durée moyenne de consultation plus importante chez RMS
 - o Plus à l'aise dans le suivi des patients sous TSO chez RMS
- Les usages :
 - o Le mode de connaissance du médecin diffère
 - o Patients RMS plus jeunes
 - o RMS : sous TSO et voir le médecin depuis moins longtemps
 - o Fréquence de consultation supérieure chez RMS
 - o Vivre moins seul chez RMS
 - o RMS plus souvent antérieurement suivi en mg
 - o RMS : moins nombreux en prise en charge en psychiatrie pour d'autres motifs que le sevrage l'année précédant l'enquête
 - o RMS plus souvent sous méthadone
 - o RMS : accès à un psychologue ou à un travailleur social plus facile, + de consultations chez le psy
 - o Degré de satisfaction supérieur concernant l'accompagnement chez RMS
- Les points des critères de jugement :
 - o Critères les moins valorisés : accessibilité du psychologue et du travailleur social, continuité des soins
 - o Critères les plus valorisés : possibilité de changer de vie, accessibilité à un médecin expérimenté, maîtrise des consommations

- Usagers RMS : moins d'importance à l'accessibilité du médecin que les usagers conventionnel ; valorisent plus la qualité des rapports avec lui et accordent plus d'importance à la négociation du traitement et à la réactivité du médecin

→ **Conclusion : l'efficacité du dispositif RMS :**

- Les scores d'efficacité : RMS = augmentation du score d'efficacité mais pas de différence significative
- Les coûts : RMS = coût total mensuel inférieur de 103€ à ceux suivis en cabinet conventionnel
- La probabilité d'efficacité : RMS génère moins de remboursements de l'assurance maladie et plus d'utilité pour les usagers.

Dépistage et traitement des hépatites C par le réseau des microstructures médicales chez les usagers de drogues en Alsace, France, 2006-2007

→ **Résumé :** alors que le risque de contamination par le virus de l'hépatite C est élevé chez les ud, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chronique sont encore limités dans cette population. Évaluation de l'impact sanitaire du dispositif des microstructures médicales sur le dépistage, le suivi et le traitement des patients présentant une addiction et qui y sont inscrits. En 2 ans : 526 ud + 111 sans risque. Dépistage VHC chez 80% des ud : 39% séropositifs vs 4,5% chez population sans risque. Séropositivité : 7% moins de 30 ans vs 80% de plus de 45 ans. Pratique de l'injection majoritaire chez les plus âgés. Sniff chez les moins de 30 ans. Prise en charge thérapeutique chez 43 patients, soit 40% des patients ARN-VHC positif. → Impact favorable du dispositif en réseau des microstructures médicales dans le dépistage, le suivi et le traitement de l'hépatite C chez les patients qui y sont pris en charge.

→ **Introduction :**

- France : VHC population générale = 1,05% en 1994 vs 0,8% en 2007.
- France : VHC ud = augmentation, près de 60% en 2007. → mode d'administration (injection et partage du matériel dans 75% des nouveaux cas de contamination)
- 60% des mg voient 9 ud par an
- Strasbourg : optimiser le dépistages chez les patients dépendants ; faciliter le parcours des patients séropositifs pour le VHC et améliorer le recueil de données auprès des mg du réseau

→ **Matériel et méthodes :**

- Le réseau des microstructures (RMS) : mg + psy + travailleur social dans le cabinet du mg + pharmacien. Toutes les addictions. Réunion mensuelle de synthèse (analyse de la situation du patient + plan de soins individualisé).
- Mise en place d'un dispositif sanitaire en 3 volets avec le Pôle de référence Hépatites virales : formation des mg, des psy et des travailleurs sociaux ; consultations expert (3-4/an, rencontre entre les acteurs et un hépatologue hospitalier), initiation d'un traitement effectuée par l'hépatologue et suivi par la microstructure ; enquête épidémiologique (15 cabinets, 19 mg, 7 psy, 4 travailleurs sociaux)
- Données recueillies : adhésion volontaire des patients au réseau. Fiche sanitaire à l'inclusion du patient, puis tous les 12 mois. Données sur les conduites addictives, les voies d'administration, les traitements de substitution, les autres traitements psychotropes prescrits, des données sur le sevrage, des données socio-économiques, des données sur les sérologies concernant l'hépatite B, l'hépatite C, le VIH, des données sur les troubles psychiatriques, le statut juridique, la couverture sociale, la situation administrative, l'hébergement, les ressources, l'insertion professionnelle. Du 01/01/2006 au 31/12/2007.

→ **Résultats :**

- 668 patients suivis par le réseau. 637 fiches retournées, soit 95% des patients. 2 groupes : 111 sans risque VHC (dépendance médicaments, alcool, tabac, sans injection ni sniff) et 526 à risque (injection ou sniff au moins 1 fois)
- Caractéristiques sociodémographiques : 68% hommes, âge μ = 34, 50% célibataire ; 52% revenu emploi, 27% RMI, 9% Assedic, 4% autres prestations sociales, 3% allocation handicapé. 2% éducation primaire, 70% BEP, 30% Bac. 63% logement stable, 3% sdf. 100% couverture social. 60% déjà été condamnés, 35% séjour en prison.
- Séroprévalence du VHC : 4,5% sérologie virale C positive sur 40% testé. Population à risque = 84% dans le réseau depuis moins de 2 ans ; âge μ = 32 ans ; 87% héroïne, 73% sniff ; 39% serologie virale C. HIV 7% moins de 30 ans vs 80% plus de 45 ans. 61% séronégatif VHC : 2/3

moins de 30 ans. 39% séropositifs VHC : 2/3 plus de 40 ans, 69% injection, 67% 2 ans entre réseau et sérologie. 0,9% co-infection VHC-VIH. Ud VIH étaient aussi VHC.

- Réplication virale : 163 à risque VHC : 88% PCR dont 74% ARN-VHC détectable
- Génotypes
- Traitements de l'hépatite C : 64 patients non traités = plus de 40 ans, 52% dans le réseau depuis moins de 2 ans, pas encore de traitement ; 69% évalué dont 36% sans indication de traitement immédiat. 28 patients avec indication : problèmes médico-sociaux (36% alcoolisme actif, 17% vie en suat). 43 patients ARN-VHC+ = 40% traitement, 74% plus de 40 ans, 72% génotype 2 ou 3, 66% traitements par interféron pégylé et ribavirine. 36 patients avaient terminé leur traitement. 7 en cours de traitement. 80% ARN viral négatif à la fin du traitement. 70% réponse virologique soutenue plus de 6 mois après la fin du traitement.

→ **Discussion :**

- Informations sur population peu ou non représentée dans les études
- Diminution du taux de séroprévalence du VHC chez les ud dans microstructures
- Alsace : 57% ud VHC en 2005 vs 39% en 2007. Diminution de 39% de la séroprévalence en 2007. Augmentation du taux de contamination VHC avec l'âge (arrivée dans le réseau, mode de consommation, RdR). Faible prévalence de contamination par le VIH (0,9%) : RdR ?
- Effort à faire sur le dépistage et la répétition des tests surtout dans les populations à fort risque de contamination. Le travail en équipe autour du patient dans une relation de confiance permet d'améliorer la prise en charge.
- Autre étude : parmi les 25% des 337 ud VHC-ARN+ traités, un suivi pluridisciplinaire de type microstructures améliore la prise en charge diagnostique et thérapeutique avec près de 38% de patients traités, contre 2% lors d'un suivi conventionnel.

→ **Conclusion :**

- Usage de drogue = mode dominant de contamination par le VHC
- Moins bonne prise en charge des ud pour le dépistage et le traitement
- Effet de la prévention : 7% des moins de 30 ans VHC+ en microstructures
- Même résultat et meilleure compliance de la bithérapie pégylée que dans les populations hospitalières

Les microstructures, comment ça marche ?

1. Procédure d'adhésion des médecins au réseau

→ **Choix du médecin** : soit sur sa demande après approbation par la direction du réseau ; soit sur sollicitation par le réseau si besoin dans son territoire de santé

→ **Critères d'adhésion des médecins au réseau :**

- Motivation : désirer entreprendre les soins en microstructure et travailler en équipe avec tous les intervenants de la microstructure
- Expérience médicale : expérience clinique avec les troubles liés aux pratiques addictives et avoir suivi au moins une formation dans le domaine de l'addictologie
- Information sur le réseau : prendre connaissance du réseau (présentation, philosophie de soin, fonctionnement) et s'engager à le respecter
- Tenues des fiches du réseau : fiches mensuelles d'activité + fiches sanitaires annuelles de la microstructure dans les détails
- Viabilité de la microstructure : seuil minimum d'activité au bout d'un an = 10 patients
- Formation en addictologie : suivre les formations du réseau
- Protocole de soins : recommandations documents ANAES (modalités de sevrage chez les toxicomanes ; mésusages des médicaments de substitution ; stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution)
- Définition des addictions : plan quinquennal MILDT

2. Procédure d'adhésion des professionnels au réseau

→ **Critères d'adhésion des professionnels au réseau :**

- Motivation : désirer entreprendre les soins en microstructure et travailler en équipe avec tous les intervenants de la microstructure
- Information sur le réseau : prendre connaissance du réseau (présentation, philosophie de soin, fonctionnement) et s'engager à le respecter
- Information sur le dispositif sanitaire régional : orientations prises au niveau régional et dans le département
- Tenue des fiches du réseau : fiches mensuelles d'activité + fiches sanitaires annuelles de la microstructure dans les détails
- Formation en addictologie : suivre les formations du réseau
- Définition des addictions : plan quinquennal MILDT

3. Procédure d'admission des patients au réseau

→ **Adhésion au réseau** : sur proposition thérapeutique du médecin du réseau. Appréciation de la gravité d'une ou des addictions par le médecin sur la base de ses données cliniques

→ **Critères médicaux d'entrée du patient** : définis dans la fiche sanitaire médicale :

- Statut juridique éventuel nécessitant l'inclusion (injonction thérapeutique)
- Conduites addictives : motivant l'entrée
- Instauration ou poursuite d'un traitement de substitution aux opiacés, d'un traitement curatif associé, d'un sevrage thérapeutique
- Traitement d'une comorbidité virale (HVB, HCV, HIV) ou psychiatrique

→ **Gratuité des suivis** : suivi psy et social gratuit dans la microstructure. Rémunération du mg à l'acte

→ **Information préalable au patient** :

- Par le mg : fonctionnement de la microstructure, du réseau et du travail en équipe mis en place autour de lui

- Lettre d'information + charte du réseau remises et expliquées par le mg
- Lecture et questions sur les documents : consentement éclairé
- Anonymat
- Un exemplaire de la fiche adhésion au patient, l'autre au coordinateur du réseau régional sous pli médical
- Saisie du n° identifiant et prise de note de l'entrant par le coordinateur, puis copie fiche mg

→ **Orientations du soin :**

- Après fiche adhésion : mise en contact avec le psy et le travailleur social, coordonnées et plages horaires des rdv
- Rdv avec psy ou travailleur social → mg pour prise de rdv psy/travailleur social ; rdv psy/travailleur social

4. Procédure de création du code identifiant

5 lettres (3 premières lettres du nom propre, 2 premières lettres du prénom) + 6 chiffres (date de naissance JJMMAA)

5. Procédure pour remplir les fiches de données

→ **Préambule :** fiches d'évaluation anonymisées en 3 groupes : fiche d'adhésion au réseau (effectif du réseau – médecin, professionnel, patient), fiches mensuelles d'activité (activité réelle du réseau – médicale, psychologique, sociale, feuille de présence à la synthèse), fiches sanitaires annuelles (impact sanitaire du réseau sur les patients – médicale, psychologique, sociale)

→ **Fiches à ne remplir qu'une fois à l'entrée dans le réseau :**

- Mg : adhésion en 2 exemplaires (réseau + mg)
- Psychologue ou travailleur social : adhésion en 2 exemplaires
- Patient : lettre d'info, charte, adhésion en 2 exemplaires (importance de la date qui détermine les dates du remplissage annuel des fiches sanitaires), confidentialité des données non informatisées et transmises entre médecin sous pli médical

→ **Fiches à remplir régulièrement :**

- Mg : fiche sanitaire médicale annuelle tous les 12 mois, fiche mensuelle d'activité médicale (nombre d'actes), feuille de présence à la synthèse
- Psychologue : fiche sanitaire psychologique annuelle, fiche mensuelle d'activité psychologique (nombre de rdv + horaire)
- Travailleur social : fiche sanitaire sociale annuelle, fiche mensuelle d'activité sociale (nombre de rdv + horaire)
- Coordinateur réseau = interlocuteur privilégié

6. Procédure de sortie des médecins du réseau

Sortie volontaire ou par décision du réseau.

7. Procédure de sortie des professionnels du réseau

Sortie volontaire ou par décision du réseau (contrat de travail).

8. Procédure de sortie des patients du réseau

Sortie volontaire, par désaffectation (pas revu depuis 12 mois) ou sur demande de l'équipe soignante.