



## Compte rendu

# Microstructures médicales : état des lieux

par George-Henri Melenotte et François Brun

*Les microstructures médicales ont bientôt six ans d'existence. Vendredi 13 octobre, une Journée a été organisée au ministère de la santé afin de faire connaître et de présenter les résultats de cette nouvelle pratique médicale. L'accent fut mis sur le dépistage et le suivi des hépatites B et C chez les personnes présentant un syndrome addictif. Deux des participants en font ici un compte rendu.*

Pascal Mélian Cheinin, de la Direction générale de la santé, a d'abord présenté le cadre juridique des microstructures médicales. Le président de la Mildt, Didier Jayle, a rappelé le soutien de la Mildt à cette innovation. Marie Jauffret-Roustide a donné les résultats nationaux de l'étude Coquelicot et Jean-Michel Costes, pour l'OFDT, a fourni les dernières données épidémiologiques portant sur les pratiques addictives et leur récente évolution.

Le Dr François Brun a eu la tâche de présenter le concept de microstructure. Il a rappelé les modalités de fonctionnement du dispositif : réunir au sein même du cabinet médical un(e) psychologue et un(e) assistante sociale chacun travaillant sur rendez-vous ou plage horaire. Les orientations s'effectuent directement à partir du médecin traitant. L'équipe se réunit une fois par mois en temps de synthèse, un pharmacien ou un hépatologue pouvant se joindre à la microstructure.

### Une **approche** ciblée, souple et polyvalente

Cette pratique innovante répond non seulement à un besoin de santé mais aussi une pensée sur la médecine fondée sur l'approche ciblée, souple et polyvalente du patient, celui-ci bénéficiant d'un accès simplifié aux entretiens psychologiques et au travail social, dans le cadre non stigmatisant du cabinet médical. La réunion des différentes compétences professionnelles permet en retour d'améliorer la compréhension des situations vécues par le patient, tout en autorisant un travail prolongé, axé sur l'histoire de chacun.

Le Dr Alexandre Feltz a fourni les résultats obtenus dans sa microstructure

depuis ses débuts, soit il y a déjà six ans. A retenir, la quasi inversion du rapport buprénorphine HD/méthadone en faveur de cette dernière et une baisse de la séroprévalence de l'hépatite C en 2006 chez les patients suivis dans sa microstructure. Philippe Riehl a indiqué la profonde évolution de sa pratique de pharmacien depuis qu'il intervenait en microstructure. Il y retrouvait la vocation première de la pharmacie dans le geste de la délivrance du médicament qui, par bien des aspects, revêtait autant d'importance que la molécule dans l'impact thérapeutique qui en était attendu.

### Une "**pratique transversale**" des soins

Fanny Étienne, de RMS Provence, a souligné la spécificité du rôle du travailleur social en introduisant un des mots clés de la journée : avec la microstructure, nous avons affaire à une "*pratique transversale*" des soins. Arnaud Zeman, du futur réseau Loire-Atlantique, a parlé du psychologue comme de quelqu'un d'engagé dans une équipe, loin du repli habituel auréolé de mystère et de silence dans lequel on le voit se cantonner trop souvent. Il a montré combien, dans une structure de proximité, une écoute attentive pouvait contribuer à lever le marquage des patients présentant une addiction.

Dans la troisième partie de la matinée, le Pr Michel Doffoël a présenté les résultats d'une enquête épidémiologique portant sur la période janvier 2004/janvier 2005, et menée conjointement par le Pôle régional de référence hépatites C du CHU de Strasbourg et le réseau RMS Alsace, qui met en évidence l'importance de l'implication du médecin de microstructure dans le dépistage et l'instauration des traitements antiviraux. L'après-midi se sont tenues deux tables rondes. La première<sup>2</sup> portait sur le soin en microstructure, et abordait les questions actuelles des addictions, de la substitution et des coinfections hépatites/VIH. L'accent fut mis sur les stratégies thérapeutiques : la faisabilité de la microstructure et son apport réel, l'importance de l'écoute accordée à une personne marginalisée, la convergence possible des dispositifs alcool avec les RMS, l'impact des soins sur la qualité réelle de vie des usagers, l'impact du savoir-faire médical dans le bon usage d'un traitement.

La deuxième table ronde<sup>3</sup> avait pour thème la microstructure dans la société, ses actions sociales, son travail en réseaux. Les échanges prirent souvent une dimension plus technique : place de l'innovation dans les pratiques de soin actuelles, examen de la redondance possible des microstructures par rapport au dispositif existant, études de leur impact dans le long terme sur les pratiques addictives...

### La nécessité d'un **financement clair et durable**

En conclusion de la Journée, le Dr George-Henri Melenotte a insisté sur le changement qui s'était produit ces dernières années dans la philosophie du soin : passage du militantisme à une action plus sereine fondée sur la

recherche des impacts sanitaires des nouvelles pratiques. L'avenir des réseaux, en particulier quand ils regroupent des microstructures, est dans la recherche qui dynamise ses acteurs et conforte les financeurs. Prenant note des hésitations actuelles dans le financement de certains réseaux, il souligna la nécessité d'un financement clair et durable, misant sur le moyen et le long terme et dont la répartition soit clairement définie par les instances de tutelle.

Créer des réseaux de microstructures, comme l'a dit le docteur Karine Royer, coordinatrice médicale de RMS Provence, est aujourd'hui une possibilité concrète qui permet aux acteurs de santé de décloisonner leurs pratiques, de l'enrichir pour le profit du patient et de mener une expérience de santé originale<sup>4</sup>. Les microstructures semblent promises à un bel avenir. Elles permettront une pratique de la médecine générale de proximité, polyvalente et soutenue, capable de s'adapter aux particularités régionales, démographiques, ainsi qu'aux différentes pathologies.

## **Transversalité, mutualisation, recherche...**

Quelques remarques sur les discussions de cette Journée.

**La transversalité d'abord.** La microstructure est une structure de soin de proximité qui dispense des soins polyvalents à une population au comportement à risque élevé. Les consommations varient rapidement, comme en témoignent les chiffres de l'InVS et de l'OFDT. Les microstructures, en raison de leur recrutement pluriel, peuvent évoluer en s'adaptant rapidement à la demande de soin. Mais la pensée du financement étant cloisonnée par secteur et verticale dans le traitement des entités morbides, cette dernière pourrait évoluer vers une approche d'emblée plurielle du soin.

**L'implantation en "ville"**. Les réseaux de microstructures médicales sont actuellement rattachés aux dispositifs des réseaux de santé ; Les microstructures représentent plus particulièrement le "pôle ville" du réseau. Les microstructures ont une implantation géographique qui leur permet de fonctionner également dans des zones éloignées des établissements de santé tout en garantissant aux personnes qui s'y rendent la qualité des soins. Pour être plus précis, les microstructures médicales proposent un double maillage de réseau ; dans son interne, la microstructure établit son propre réseau transversal (CSST, hôpital, structures d'aide sociale, pharmacies...), partagé avec d'autres microstructures ou non selon les proximités géographiques.

La coordination des réseaux de microstructures introduit une autre dimension de réseau, verticalisée, dont les tâches sont orientées autour d'un travail de synthèse des expériences cliniques, thérapeutiques, partenariales, géographiques, avec ses rôles de formation, de recherche clinique, et ses objectifs de santé publique.

A la triangulation de base de la microstructure (médecin généraliste, psychologue, travailleur social) correspond une triangulation de base du réseau : microstructure, hôpital, CSST.

**La mutualisation des moyens.** Ne disposant pas de la même

infrastructure administrative que les réseaux hospitaliers, les réseaux de microstructures sont sollicités de la même manière, c'est-à-dire de façon lourde alors qu'elles nécessiteraient plus de légèreté dans leur gestion. Le risque est une bureaucratisation excessive qui, de plus, serait coûteuse. La mutualisation des moyens avec un CSST, demain avec un Csapa, ou un réseau existant semble être la solution adoptée aujourd'hui par les réseaux.

**Formation, soin, prévention, recherche.** L'expérience montre qu'un réseau ne peut fonctionner que solidement accroché à sa pratique clinique de prévention et de soin, ainsi qu'à la recherche. La pratique clinique suppose en premier le contact avec le patient. Ce contact animera ensuite la tâche de coordination. Celle-ci, autrement, s'exposerait à ne demeurer qu'une chimère. La recherche est la réponse aux questions des cliniciens. La clinique ne peut rester vivante que si elle se développe sur la base des résultats obtenus. Aller dans les cabinets médicaux et permettre qu'une recherche y soit conduite, tel est le pari des réseaux de microstructures. Ceci suppose un appel aux compétences spécialisées, notamment hospitalières, pour qu'elles viennent travailler sur le terrain. - G.-H.M. et F.B.

---

1 Coordination nationale des réseaux de microstructures médicales

21 bd de Nancy, 67000 Strasbourg

Tél. : 03 88 22 05 49 (permanence de 9 h à 12 h)

[coordination-nationale@reseau-rms.org](mailto:coordination-nationale@reseau-rms.org)

2 présidée par Danièle Bader-Ledit, y ont participé Bernard Filoche, Etienne Matter, Eric Hispard, Didier Touzeau, Jean-Louis Imbs, Claire Rolland-Jacquemin, Pascale Hannon et Joëlle Meyer.

3 présidée par Renaud Clarté, y intervinrent Nicolas Prisse, France Lert, Alain Morel, Eric Schwartzentruber, Xavier Thirion, Pierre Poloméni, Mitra Krause, Mireille Dupont et Yves Granbesançon.

4 Pour être mis en contact avec le réseau le plus proche, on peut contacter la coordination nationale des réseaux de microstructures médicales (cf note 1).