



N° 1 – mars 2014

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

# Les Dossiers d'Entrelacs

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

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.

## Les microstructures à l'épreuve de la médecine générale

### 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](mailto:coordination-nationale@reseau-rms.org)  
Site internet : <http://www.reseau-rms.org/>  
Tél : + 33 (0)3 88 52 20 80

Nous avons le plaisir de vous présenter le premier *Dossier d'Entrelacs*. Il s'agit là d'un travail effectué par le Réseau Canebière dans les Bouches-du-Rhône, sur l'expérience originale des *microstructures* « précarité ».

Les données et l'analyse que vous y trouverez ne sont qu'une première approche d'une orientation des microstructures « hors addiction ». Elles démontrent la puissance évolutive de ce dispositif appelé à se développer à bref ou à moyen terme dans d'autres branches de la médecine générale de proximité.

*Merci de diffuser ce texte sans modération.*

Dr George-Henri Melenotte  
Président

Dr François Brun  
Vice-Président



## Les microstructures médicales à l'épreuve de la médecine générale



Les microstructures médicales : un dispositif souple qui invite à sortir du cadre strict des "addictions" pour s'ouvrir à différentes prises en compte des pathologies complexes rencontrées en médecine générale.

### L'expérience des microstructures des Bouches du Rhône

Depuis la mise en place des microstructures dans la région PACA, en 2005, le développement des inclusions dans le dispositif au titre des inclusions "Addictions" (opiacés, pharmacodépendances : alcool, tabac, cannabis...) a rapidement interpellé les médecins généralistes : pourquoi ne pas accueillir d'autres situations rencontrées dans leur cabinet ?

Une "évidence clinique" invitait à élargir les modalités d'entrée en microstructures à des situations complexes, où se mêlaient souffrances psychologiques et/ou sociales, notamment pour des personnes confrontées à des problèmes de précarité, associés ou non à des pathologies psychiatriques ou somatiques.

Ces situations, discutées lors des réunions mensuelles des équipes des microstructures, ont d'abord constitué des orientations très marginales, mais au fil des années elles se sont inscrites comme une entité récurrente des orientations possibles adaptées aux conditions d'accès aux soins, à la singularité des itinéraires personnels.

Pour clarifier ces situations, un questionnaire médical a été proposé *a minima* pour ne pas surcharger le travail médical administratif, et mieux appréhender ces critères d'inclusion et de pathologies associées.

Quelques items ont été retenus, déterminant les différentes conditions d'entrée dans les microstructures "Hors Addiction" :

- Précarité
- Situations de crise ou événement traumatisant
- Pathologies chroniques avec retentissement psycho-social
- Psychiatrie et troubles du comportement
- Invalidité
- Cancer
- Autres

À de nombreuses occasions, le critère de précarité a été plus particulièrement discuté. Catégorie non médicale, il nécessite une attention particulière en termes de santé quand il s'accompagne de souffrances psychologiques ou sociales.

Le couple "précarité/pauvreté" est un facteur limitant : de l'accès aux soins, de la possibilité concrète de leur mise en pratique.

En filigrane se trouve posée la question de l'exclusion des soins.

Reste que le cadre strict de la microstructure comme prise en compte des addictions, limitait par sa rigueur une modification étendue du dispositif sans l'accord de l'ensemble de nos tutelles. L'intérêt renouvelé du Conseil Général et du Conseil Régional a été de ce fait un élément favorable à la poursuite de notre expérience.

**Notre point de vue est qu'il faut rendre compte de cette dimension particulière de la médecine générale, de sa confrontation aux situations complexes et aux conditions de leur accueil, pour interroger le bien fondé du développement des microstructures dans ces indications élargies.**

La médecine générale n'accueille pas seulement de nombreuses personnes présentant un alcoolisme, un tabagisme ou une dépendance opiacés (80 % des traitements TSO prescrits le sont en ville). Elle reste un élément de première ligne pour l'accès aux soins incluant par ailleurs des conduites addictives potentielles, ou des abus comportant des implications péjoratives en matière de santé publique.

Nous connaissons plus précisément depuis le début des traitements TSO l'importance des représentations négatives de médecins concernant l'accueil des personnes présentant des addictions. Mais aussi le désengagement, ou la réticence, mêlé d'impuissance face aux situations sociales difficiles associées aux affections complexes. Elles confrontent le médecin généraliste isolé à tout un cortège de désespérances.

L'action sanitaire de la microstructure permet un dépassement de ces difficultés. Elle partage et réaffirme un énoncé de Georges Canguilhem (*Le normal et le pathologique*) : "Contre certains médecins trop prompts à voir dans les maladies des crimes parce que les intéressés y ont quelque part du fait d'excès ou d'omissions, nous estimons que le pouvoir et la tentation de se rendre malade sont une caractéristique essentielle de la physiologie humaine" à laquelle nous avons affaire.

La microstructure délivre alors tout son potentiel d'action sanitaire : discussions partagées par les différents intervenants, conditions des inclusions, difficultés de celles-ci, proposition adaptées au moment et à l'itinéraire d'une personne, afin qu'elle se saisisse des possibilités conjointes de la microstructure.

Le cabinet de médecine générale, qu'il comporte ou non des associés, qu'il s'agisse de "maison médicale" ou de "pôle de santé", dont bien souvent le travail social est exclu, trouve dans le dispositif de la microstructure bien autre chose qu'une somme de compétences.

Pour peu que les critères d'échange, de partage et d'analyse des données cliniques qui sont au cœur du travail de la microstructure soient respectés, c'est une meilleure efficacité des soins qui est annoncée.

La médecine générale n'ignore pas les partenaires institutionnels, elle est aussi un lieu de soins non discriminant où peuvent se confier certaines difficultés. En lien avec son réseau partenarial, elle prépare les possibilités d'orientation au décours du travail effectué.

## Éléments d'analyse à propos de 53 cas dans les microstructures des Bouches du Rhône en 2012.

### A/ Les motifs d'inclusion

---

Rappel des items relevés :

- Précarité
- Situations de crise ou événement traumatisant
- Pathologies chroniques avec retentissement psycho-social
- Psychiatrie et troubles du comportement
- Invalidité
- Cancer
- Autres

Voir tableau page suivante.

	Nombre de patients
Précarité	10
Précarité + situation de crise	3
Précarité + pathologie chronique	8
Précarité + Psychiatrie	14
Précarité + Psychiatrie + situation de crise	5
Précarité + Psychiatrie + pathologie chronique	2
Précarité + Psychiatrie + invalidité	2
Psychiatrie + troubles du comportement	2
Psychiatrie + troubles du comportement + situation de crise	2
Situation de crise	5
Total	53

Le questionnaire médical invite à saisir une ou plusieurs entrées justifiant de l'inclusion dans la microstructure.

Sont indiqués comme critère d'entrée :

- précarité : 44 fois
- psychiatrie et troubles du comportement : 27 fois
- pathologie chronique + précarité + psychiatrie : 2 fois
- invalidité : 1 fois
- cancer : 2 fois
- pathologie chronique : 10 fois
- situation de crise : 15 fois

Les critères précarités plus un ou deux autres items : 34 fois.

Aucune incitation préalable n'a bien sûr été donnée aux médecins généralistes des microstructures (9 microstructures différentes).

Ils ont estimé que le dispositif était adéquat pour des situations principalement étayées par les critères de précarité et de comorbidités psychiatriques.

Les situations de crise marquent le ressenti de l'urgence.

Les pathologies chroniques affirment l'intrication du somatique lié à ces situations.

## B/ Pathologies repérées et facteurs associés à l'inclusion

Asthme	Polypathologies chroniques	Troubles des comportements alimentaires
Complication chimiothérapie	Dépendance benzodiazépine, tabac	Troubles phobiques
Dermatose invalidante	Retard mental	Addiction sans produit
Diabète insulino dépendant non stabilisé	Syndrome anxio dépressif	Conflits conjugaux - violences
Hépatites - HCV	Tentative de suicide	Conflits de travail - harcèlement
Pathologies cardiaques : RAO - opéré, coarctation aortique, HTA	Troubles bipolaires	Réfugié politique - traumatisme de guerre, illettrisme

## C/ Consommations associées : tabac, alcool, cannabis

Nombre de patients : 53

**TABAC :** 27 personnes ont une consommation régulière (50%)  
10 fument plus de 20 cigarettes/jour  
16 fument entre 10 et 15 cigarettes/jour  
1 fume moins de 10 cigarettes/jour

**ALCOOL :** 10 personnes ont une consommation régulière (20%)  
6 personnes boivent au moins 10 verres/jour  
4 personnes boivent entre 5 et 10 verres/jour

**CANNABIS :** 7 personnes fument des joints (15%)  
2 sont dépendantes de plus de 5 joints/jour  
5 sont fumeurs occasionnels – 1 à 4 joints/jour

9 personnes ont des comportements associés : tabac/alcool

5 personnes ont des comportements associés : tabac/cannabis

Les consommations associées sont donc majoritairement liées au tabac (50%), mais on retrouve également l'alcool (20%), le cannabis (15%) et deux formes différentes d'addictions : les jeux et les troubles des conduites alimentaires.

Ainsi, bien qu'elles ne figurent pas comme le "motif" de l'inclusion, **ces dépendances sont donc prégnantes et le profil des patients "hors addiction" s'en trouve de fait modifié.**

Le soin peut alors s'instaurer dans une logique de réduction des risques.

## D/ Aspects sociaux – "motifs des entretiens"

- Écoute et soutien (12)
- Écoute à l'occasion d'autres demandes (13)
- Écoute à l'occasion d'une orientation psychologique (1)
- Justice, demande auprès d'avocats (1)
- Situation administrative : carte d'identité (1), carte séjour (1)
- Insertion professionnelle – Recherche de formations
- Ressources :
  - Aides financières urgentes (5)
  - Dossiers de surendettement (3)
  - Aide alimentaire (3)
  - RSA (1)
  - Indemnité journalière (1)
  - Invalidité (1)
- Santé par rapport à l'hébergement
  - HLM (3)
  - Aide au logement CAF (2)
  - CHRS (1)
- Santé par rapport aux orientations
  - Hospitalisation psychiatrique (1)
  - Autre hospitalisation (1)
- Santé par rapport à la sécurité sociale
  - CMU (1)
  - CMU C (1)
  - Mutuelle (2)
  - Aide à la mutualisation (2)
- Santé par rapport à la MDPH
  - AAH (3)
  - RQTH (4)

La diversité des motifs d'entretiens ne fait pas apparaître de différences notables avec les "suivis addictions". La moyenne des durées de suivis est seulement légèrement inférieure. (18 mois hors addictions – 23 mois addictions)

## E/ Cohérence

Les médecins généralistes sont en parfaite capacité de repérage et de décision concernant l'accueil et les propositions de soins faites à une personne, qu'il s'agisse d'addictions ou de particularités psychosociales qu'elles soient ou non associées avec différents aspects somatiques.

Leur place privilégiée d'acteur de terrain et de premier recours permet d'identifier les situations qui requièrent l'aide de la microstructure.

De nombreuses situations d'addiction ou de précarité ne la nécessitent pas. **Mais, là où l'indication s'affirme – où le recours aux partenaires institutionnels pose difficultés – là où le lien médical est privilégié pour l'orientation – la microstructure offre une possibilité d'intervention majeure.**

Le soin dans le cadre de la microstructure n'a pas de justification à se réduire à la prise en compte des seules addictions. Le positionnement de la médecine générale dans l'offre de soins s'ouvre de fait à de multiples situations.

L'exemple des microstructures des Bouches du Rhône se doit d'être entendu comme une démonstration de la souplesse de ce dispositif à répondre à des questions de santé publique.

Si les orientations sont majoritairement liées aux troubles psychiatriques et aux situations de précarité, il apparaît clairement qu'elles restent une indication sans exclusive.

Or, plus de 50 % de ces orientations sont en lien avec des pratiques d'addictions, découvertes ou établies, qui à elles seules n'auraient peut-être pas conduit à une proposition de soins multi-partenariaux.



**Les microstructures médicales, de par leur histoire et leur capacité, viennent interpeller un système de soins qui a les plus grandes difficultés à établir des ouvertures et à transformer une conception de la santé qui isole le médical du social et oublie de la placer sous condition d'un questionnement psychologique.**

**Si l'intérêt des microstructures est d'abord de répondre aux situations complexes des patients, il relève également du souci de permettre aux intervenants une approche d'échanges et de partages cliniques. Elles facilitent d'une part l'analyse et les choix de priorité, d'autre part un accompagnement dans la durée.**

**Le cadre d'exercice de la microstructure devient de ce fait secondaire (cabinet médical isolé – associé – exercice rural – agglomération – maison de santé – etc.), l'essentiel de l'action sanitaire dépendant de la pratique conjointe déployée.**

**Le modèle construit initialement pour traiter des addictions et de leurs conséquences, se trouve conforté par l'ouverture à d'autres situations de médecine générale. Le caractère non discriminant d'une médecine de premier recours et de proximité permet un accès aux soins amélioré, en phase avec la nouvelle stratégie de santé mise en œuvre dans le plan gouvernemental présenté par la Ministre de la santé, Madame Marisol Touraine.**

### Dossier rédigé par

Mireille Delarue  
Travailleur Social  
Réfèrent des microstructures  
PACA

Docteur Marion Thierry Mieg  
Coordinatrice  
des microstructures PACA

Docteur François Brun  
Président du Réseau  
Canebière  
Vice-Président CNRMS  
Coordinateur  
des microstructures PACA