



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2011

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
N°

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Gaëtan GRONDIN

ELEVE DE L'ÉCOLE DU VAL-DE-GRAVE - PARIS
ANCIEN ELEVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES DE BORDEAUX

Le 15 Mars 2011

**LA REVUE DES DYSFONCTIONNEMENTS DES
COLLABORATIONS : UN OUTIL POUR AMÉLIORER
LES PRATIQUES DE SOINS ?**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur	SERGE BRIANÇON	PRESIDENT
Monsieur le Professeur	FRANÇOIS PAILLE	JUGE
Monsieur le Professeur	PAUL-MICHEL MERTES	JUGE
Monsieur le Docteur	PIERRE TRUFFY	JUGE

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NEMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY

Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Jacques LACOSTE Henri LAMBERT

Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN

Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL Jean PREVOT Antoine RASPILLER - Michel RENARD Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT – Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET

Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT Augusta TREHEUX Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU
3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)
Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ
4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE
1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)
Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-
BIROULET
2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)
3^{ème} sous-section : (Néphrologie)
Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4^{ème} sous-section : (Urologie)
Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME
2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)
Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER
Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**
1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER
2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)
Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)
Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO
4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)
Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER
2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ
3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Béatrice MARIE – Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

**44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET
NUTRITION**

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE
ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS
Médecine Générale
Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGÉ Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL - Professeur Jacques ROLAND – Professeur Michel STRICKER Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Michel VIDAILHET

=====

Section I.1 DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON

Professeur d'Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention

Vous nous faites le très grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse et de juger notre travail.

Veillez trouver dans ici le témoignage de notre sincère reconnaissance envers votre disponibilité et vos hautes qualités pédagogiques.

Veillez recevoir à travers cette thèse l'assurance de notre haute considération et de notre profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur François PAILLE
Professeur de Thérapeutique (option clinique)

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury pour juger notre thèse.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Paul-Michel MERTES

Professeur d'Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury pour juger notre thèse.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

À NOTRE DIRECTEUR DE THÈSE,

Monsieur le Docteur Pierre TRUFFY

Docteur en Médecine, Médecin Généraliste

Nous avons eu le privilège de travailler sous votre direction. Nous vous remercions de votre disponibilité et de vos conseils tout au long de ce travail.

Nous avons particulièrement apprécié votre engagement et votre soutien sans faille qui ont permis l'accomplissement de cette thèse.

Veuillez recevoir ici le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

ECOLE DU VAL-DE-GRÂCE

À Monsieur le Médecin Général Inspecteur Maurice VERGOS

Directeur de l'École du Val de Grâce

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques – échelon vermeil

Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées

À Monsieur le Médecin Général Jean-Didier CAVALLO

Directeur adjoint de l'École du Val de Grâce

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques – échelon argent

Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées

A mes parents Philippe et Nicole qui n'ont pas cessé de me soutenir depuis ma naissance,

A ma sœur Nadège qui a toujours été de bon conseil,

A tous mes parents et mes amis du 974 : « loin des yeux près du cœur : mi aim zot tout »,

A la famille matriculaire 02 et 18 et tout particulièrement Yann Auxéméry qui m'a aidé plus qu'il ne saurait l'imaginer tout au long de mes études,

A la promotion 2002 de l'Ecole de Santé Navale, baptisée Marcel Vaucel,

A l'Ecole de Santé Navale, une Grande Dame qui va bientôt s'éteindre physiquement mais que tous ceux qu'elle a engendrés n'oublieront jamais,

A toutes les équipes médicales et paramédicales avec qui j'ai travaillé et qui m'ont aidé à me construire médicalement particulièrement à celles de l'HIA LEGOUEST, un remerciement particulier au Médecin en Chef FIDELLE qui a participé à mon implication dans cette thèse,

A tous les membres du réseau addictologies Metz/Thionville qui m'ont accueillis et aidés dans ce travail,

A tous les patients que j'ai rencontrés et qui m'ont fait comprendre qu'il fallait profiter de la vie ...

.

SERMENT MEDICAL

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	22
II. LES RESEAUX DE SANTE.....	25
1. Les réseaux de santé	26
1.1. Le réseau de type 1 : réseau filière	27
1.2. Le réseau de type 2 : réseau coopératif	28
2. Le Réseau Ville Hôpital d'Addictologies Metz Thionville	32
2.1. Constitution	32
2.2. Historique du RVHA Metz Thionville	33
2.3. L'origine de la Revue des Dysfonctionnements des Collaborations	35
III. LA RDC S'INSPIRE DE LA REVUE DE MORTALITE ET MORBIDITE .	36
1. Le Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM)	37
2. Application de la méthodologie RMM à la RDC	38

IV.	UNE ANNÉE D'EXPÉRIMENTATION DE RDC	40
1.	Matériel et méthode.....	41
1.1.	Les réunions.....	41
1.2.	Les situations de dysfonctionnement.....	41
1.3.	Déroulement type d'une réunion	42
1.4.	Analyse des situations	42
1.5.	Le compte-rendu des séances	42
1.6.	L'enquête de satisfaction de fin de processus	43
2.	Résultats	46
2.1.	Méthodologie	46
2.2.	Les dix cas	46
2.3.	Analyse de contenu.....	66
2.4.	Résultats de l'enquête de satisfaction	73

3. Discussion	77
3.1. Pourquoi ce travail ?	77
3.2. Critique de ce travail	77
3.3. Quels problèmes ont émergé ?	77
3.4. La RDC a-t-elle un intérêt ?	79
 V. RECOMMANDATIONS	 80
1. Application de la RDC	81
2. Les pistes d'amélioration d'un suivi conjoint efficient.....	81
 VI. CONCLUSION : la RDC permet-elle d'améliorer les pratiques de soins ?.....	 83
 VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	 86

LISTE DES ABREVIATIONS

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CDPA : Centre Départemental de Prévention de l'Alcoolisme

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

DNDR : Dotation Nationale de Développement des Réseaux

EHLAM : Equipe Hospitalière de Liaison en Alcoologie de Moselle

HAS : Haute Autorité de Santé

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées

Loi HPST : Loi Hôpital Patient Santé et Territoire

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IPM : Intersecteur des Pharmacodépendances de Moselle

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RDC : Revue des Dysfonctionnements des Collaborations

RMM : Revue de Morbidité et de Mortalité

RVHA : Réseau Ville Hôpital d'Addictologies Metz Thionville

URMLL : Union Régionale de Médecins Libéraux de Lorraine

I. INTRODUCTION

Le relationnel joue un rôle fondamental dans l'existence.

Dans le soin, la qualité de la relation entre le soignant et le patient est fondamentale.

La qualité de la relation entre professionnels est aussi très importante.

Pour un suivi de qualité, le soignant doit souvent faire appel à d'autres professionnels. Chacun développe au cours de son exercice un réseau de connaissance de professionnels avec lesquels il travaille et auxquels il confie les patients : confrères, paramédicaux, travailleurs sociaux ...

Il n'est pas indispensable de les côtoyer : on peut adresser les patients à un autre professionnel sans le connaître autrement que par le biais de courriers ou d'échanges téléphoniques. Cependant il est plus enrichissant de savoir avec qui on travaille : mettre un visage sur un nom, connaître l'environnement et la manière de faire d'un professionnel permet d'humaniser la relation. Il se développe alors une relation entre soignants parallèle à la relation soignant/soigné et qui vient enrichir et influencer cette dernière.

Le développement de cette relation entre soignants est particulièrement important dans le domaine du soin des addictions. Afin de répondre au mieux à des patients désocialisés et en souffrance, une prise en charge adaptée à chaque cas est nécessaire. Cette prise en charge nécessite souvent l'intervention de plusieurs professionnels de santé. Lorsque les professionnels concernés se connaissent et s'entendent, il est plus aisé de discuter et d'émettre un avis sur un patient. Cela évite également la création de failles (nées de la mauvaise relation entre soignants) dans lesquels les patients s'engouffrent allègrement pensant y trouver un bénéfice alors qu'elles ne font que les desservir.

Créer une relation de qualité avec d'autres professionnels ne s'improvise pas : travailler ensemble n'est ni inné ni très enseigné. Lors des études médicales que j'ai suivies, il n'y avait aucun cours intitulé : « Comment travailler ensemble? ». Et pourtant, on parlait déjà de l'importance qu'allait prendre, à l'avenir, le travail collaboratif et que de plus en plus l'exercice de la médecine ne pourrait plus se faire seul. Il n'existe que très peu d'outils sur la manière de travailler ensemble : quel type de relation développer, comment faire pour conserver une bonne entente dans ces relations ?

Cette thèse a été l'occasion d'évaluer un outil destiné à améliorer les pratiques de soin au travers de la création et de l'expérimentation d'un espace de discussion sur le thème de la coopération entre des professionnels de différents champs (ville, hôpital, médico-social). Cet outil est nommé la « Revue des Dysfonctionnements des Collaborations » (RDC). Nous l'avons testé dans le cadre d'un réseau de soin que nous présenterons. Cependant, nous précisons que le travail ne porte pas sur le réseau lui-même. Nous avons, tout de même, tenu à présenter de manière générale les réseaux de santé.

Mon implication dans ce sujet s'est fait à l'occasion d'une rencontre avec le Docteur TRUFFY Médecin Généraliste, Addictologue et Coordinateur du Réseau Ville Hôpital d'Addictologies Metz Thionville. Je lui ai été présenté via le service de psychiatrie de l'HIA LEGOUEST à METZ où j'effectue mon internat de Médecine Générale. Il m'a proposé de mener avec lui un travail d'évaluation de l'expérimentation de la « Revue des Dysfonctionnements des Collaborations » qu'il venait juste de débiter dans le cadre du Réseau Ville Hôpital d'Addictologies Metz Thionville.

J'ai saisi cette occasion de participer à une action-recherche innovante. La portée potentielle de cette expérimentation, bien plus large que l'expérimentation locale du réseau, m'a particulièrement intéressé. Cela a aussi permis de me former au travail collaboratif.

Ma place dans le projet a consisté à être un observateur attentif du déroulement du processus. Cela m'a permis de suivre l'évolution de l'expérience au fil de l'année avec la crainte, par moment, de voir l'expérimentation ne pas aller jusqu'à son terme. Ma « non-appartenance » au réseau a été un élément d'objectivité important.

Afin de répondre au problème soulevé, nous développerons notre propos en plusieurs temps. Nous présenterons dans un premier temps les Réseaux de santé, le Réseau Ville Hôpital d'Addictologies Metz Thionville et la place de la coopération dans ces réseaux. Nous donnerons ensuite quelques éléments sur la Revue de Morbidité et de Mortalité dont il est inspiré. Nous exposerons enfin, ce qu'est la Revue des Dysfonctionnements des Collaborations ainsi que le bénéfice et la portée d'une année d'expérimentation de l'outil.

II. LES RESEAUX DE SANTE

1. Les réseaux de santé

Le réseau de santé désigne une « forme organisée d'action collective apportée en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné » [1].

Les réseaux dans le domaine de la santé ont existé bien avant leur officialisation par voie législative qui survient d'ailleurs assez tardivement dans leur histoire. Dès le XIX^{ème} siècle, on parlait de faire travailler ensemble les hôpitaux parisiens pour mieux distribuer les soins [6, 26, 30]. Des organisations sanitaires se créent également autour de pathologies lourdes afin d'en améliorer la prise en charge : tuberculose, silicose.

Les premiers réseaux de santé en France s'instaurent dans les années 1980 autour de la prise en charge des patients souffrant du SIDA. Ils regroupent des bénévoles, des professionnels libéraux ou hospitaliers soucieux de faciliter l'accès aux soins de ces malades, tant sur le versant sanitaire que social, sans revendication institutionnelle. Par la suite, d'autres réseaux dans d'autres domaines (toxicomanie, Hépatite C, précarité) se sont mis en place selon le même principe. Ces structures naissent souvent de volontés locales sans cadre réglementaire bien défini [6, 20, 34].

Un caractère législatif ne viendra que tardivement en 1996 avec la promulgation des ordonnances Juppé du 24 avril 1996 [6,28] qui formalisent :

- D'une part les « réseaux de soins » : axés sur le suivi médical des patients et relevant de la médecine hospitalière
- D'autre part les « réseaux expérimentaux » visant une meilleure maîtrise des dépenses de santé et relevant de la médecine de ville.

Ces ordonnances segmentent le système de soin en séparant médecine hospitalière et médecine de ville [5]. Le terme « réseau » entre ainsi dans le Code de Santé Publique.

La loi du 4 Mars 2002 (art. L.6321.1 du Code de Santé Publique) rénove ces concepts. Les termes de réseaux de soins et de réseaux expérimentaux sont remplacés par le terme unique de réseaux de santé : « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan

de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers » [23,25].

La loi prévoit également un système de financement du réseau assurant sa pérennité [22]. Cette loi apporte ainsi un décloisonnement du système en incitant les mondes libéraux et institutionnels à travailler ensemble [23].

Bien que les réseaux aient un cadre institutionnel, leur création reste le fait du désir d'acteurs locaux d'agir ensemble dans un domaine de la santé lorsque le besoin s'en fait sentir.

Ces réseaux ont en commun :

- Une base géographique : département, région, population
- Une cible : population particulière, pathologie particulière, activité de soin
- Des intervenants d'horizons divers : libéraux, institutions, représentants d'usagers.

On peut repérer deux types d'organisations différentes de réseau avec chacune une structure et un fonctionnement différent. [4]

1.1. Le réseau de type 1 : réseau filière

Il s'inspire des modèles anglo-saxons et représente une organisation de prestataires (établissements de santé, médecins généralistes, paramédicaux...) intervenants dans les domaines des soins, de la prévention et de l'éducation auprès des usagers. Ce système peut être comparé à une sorte de « chaîne de santé » à travers laquelle circulent les usagers selon leurs besoins sur la base d'un tarif forfaitaire.

Les réseaux de ce type proposent un panel de prestations avec des tarifs négociés. Il s'agit d'une organisation linéaire des soins visant une optimisation des dépenses par la coordination des soins. Ces réseaux obéissent à une logique économique de part la réduction

des dépenses qu'ils visent. L'idée sous-jacente serait d'étendre le fonctionnement du système de santé à ce modèle afin d'obtenir des prestations standardisées pour limiter les coûts [35]. Ce mode de fonctionnement nécessite une adéquation entre les prestations et les besoins des bénéficiaires (donc une sélection des prestations selon la demande). Cette structure est un exemple de ce qui était visé par les Ordonnances de 1996 sous le vocable de « réseaux expérimentaux ».

Ce type de réseau est celui privilégié par les tutelles.

1.2. Le réseau de type 2 : réseau coopératif

Il s'agit plutôt d'une association de professionnels agissant de leur initiative de manière complémentaire dans un domaine bien identifié nécessitant une action pluridisciplinaire.

Cette structure se distingue par :

- Un choix d'action des intervenants dans un domaine ou sur une population ciblée (souvent à portée locale).
- Une efficacité basée sur une bonne coopération des intervenants.
- Une spécificité des soins selon les besoins et les priorités définies préalablement.

Ainsi il ne s'agit plus d'une succession d'actions dans le domaine sanitaire comme dans le réseau de type 1. Ici, les professionnels travaillent ensemble afin de répondre à un besoin local sans logique prioritaire d'efficacité économique. Une coopération des acteurs est donc essentielle pour son efficacité. [27]

Ce fonctionnement fait que ce type de réseau échappe au pilotage des tutelles.

Au sein de ces réseaux, les professionnels de santé concernés développent un véritable partenariat c'est à dire un processus de réalisation commune entre individus qui n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble [8]. Cette action s'organise autour d'un projet fédérateur (répondant ici à une demande de soin) qui structure la relation entre les partenaires [21].

Pour être profitable, la relation doit être équilibrée : chaque partenaire doit y trouver sa place. Ce partenariat est un processus qui se construit autour de la pluralité des pratiques de

chacun. Cette pluralité est un facteur d'enrichissement de la relation mais aussi une source de conflits qui doivent être surmontés permettant ainsi de souder les partenaires [8, 9, 11, 13, 32].

Il est donc important dans ce type de réseau de créer des espaces où les partenaires peuvent discuter de la relation et des moyens à mettre en place afin de l'améliorer [13,31].

Récapitulatif des types de réseaux

	Réseau filière	Réseau coopératif
Finalité	Rationalisation des dépenses	Amélioration de la prise en charge grâce à une coopération renforcée entre soignants
	Efficacité	Équité
Qualité des soins	Au second plan	Au premier plan
Préalable	Un besoin doit être repéré	Pas de besoin préalable
	Avec des solutions théoriques	Juste une envie de coopérer Sans solution toute faite
Problématique	Plutôt simple	Plus complexe
Mode de collaboration	Coordination Répartition des tâches Transfert de compétences	Coopération non limitée et ouverte
Conception du soin	Suite d'interventions successives qui suivent un protocole pré-établi	Le soin est d'abord une «relation»
		Le parcours de soin est singulier Il nécessite ponctuellement ou régulièrement la coopération d'autres partenaires
Organisation	Contractualisation	Conventionnement et partage de valeurs communes
Relation	Superficielle	Moins superficielle
Evaluation	Facile pour l'aspect quantitatif et les coûts	Difficile : les objectifs ne sont pas pré-établis
	Difficile pour l'aspect « qualitatif »	
Adaptabilité	Difficile et lente	Permanente et rapide
Reproductibilité	Facile	Difficile
Efficacité	Selon la justesse du problème de départ	Selon la conduite du processus
Coûts	++	+
Contraintes administratives	++	+
Avantages	* Permet le financement de nouveaux actes de soins	* Favorise le repérage des besoins * Favorise l'inventivité * Permet de bâtir de la confiance entre soignants
Inconvénients	* Conception du soin discutable	* Ce n'est pas une solution universelle * Cela ne peut se faire qu'à une échelle

	<ul style="list-style-type: none"> * Malaise des professionnels concernés par le transfert de leurs compétences * Trop dépendant des présupposés de départ * Inadapté aux problèmes complexes * Trop institutionnel * Trop coûteux * Trop compliqué 	<ul style="list-style-type: none"> réduite * Cela prend du temps * Cela dépend de l'envie des participants et de la conduite du processus * Il y a le risque de ne pas y arriver
--	---	--

En 2006, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) publiait un rapport concernant la bonne utilisation des fonds publics alloués aux réseaux (Dotation Nationale de Développement des Réseaux) [7] et l'évaluation des actions financées par ces fonds. Ce rapport concernait les réseaux de cinq régions choisies pour leur diversité. Les conclusions sur l'évaluation des réseaux dans ces régions étaient les suivantes [7] :

Le service médical ou médico-social rendu est présent mais limité et en tout cas n'a pas fait l'objet d'une évaluation formelle dans ces régions permettant de conclure à un impact positif franc des réseaux de santé.

L'innovation de l'organisation de l'offre de soin n'est pas nette, aucune amélioration tangible des relations interprofessionnelles (médecins généralistes et établissements de santé) n'est patente.

Une première analyse du coût de fonctionnement des réseaux montre qu'il reste élevé.

La mise en place de certains réseaux (cancer, diabète, gérontologie) a permis, a priori, d'améliorer la prise en charge des patients.

Ces résultats, à prendre avec réserves car n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation poussée, paraissent décevants. La mission ne recommandait cependant pas la suppression des fonds alloués aux réseaux ni l'idée même de réseau : elle reconnaissait leur intérêt potentiel et préconisait une modification des financements et une redéfinition de l'organisation des réseaux.

En 2010, suite aux orientations de la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) de 2009 [12,24], les nouvelles tutelles (ARS) ont toujours la mission de faciliter la coopération

entre le secteur libéral, l'hôpital et le secteur médico-social. Elles semblent vouloir, toujours, privilégier une organisation de type « filières ». Elles souhaitent aussi regrouper les réseaux par territoires de santé. Nous doutons de l'efficacité de ce mode d'organisation.

2. Le Réseau Ville Hôpital d'Addictologies Metz Thionville

Il s'agit d'un réseau, pour une part de son activité, de type « coopératif » : réseau local (secteur Metz Thionville et proches environs) répondant à une problématique précise avec une population ciblée selon une préoccupation de terrain.

2.1. Constitution

Créé en 1995, ce réseau axé sur une thématique d'addictologie (initialement réseau toxicomanie puis, depuis 2009, réseau d'addictologie) regroupe des structures liées par une convention. Les structures actuelles ont rallié le réseau à des moments différents dans son histoire. Certaines structures initialement présentes ont quitté le réseau et d'autres l'ont intégré.

Actuellement, il associe :

- Le Centre Hospitalier Régional Metz Thionville (CHR)
- Le Centre Hospitalier Spécialisé de Jury-les-Metz (CHS)
- L'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest de Metz
- L'association La Chrysalide (association de médecins généralistes et de pharmaciens d'officine)
- L'Union Régionale des Médecins Libéraux de Lorraine (URMLL)
- Le Centre Départemental de Prévention de l'Alcoolisme (CDPA).

2.2. Historique du RVHA Metz Thionville

Depuis plus de 10 ans, son histoire est jalonnée d'expérimentations dans le domaine de la prise en charge des dépendances aux drogues et, depuis peu, de l'alcool et du tabac.

En 2000, il a mené, sur l'ensemble de la Moselle, une enquête sur les pratiques des pharmaciens de ville à l'occasion d'une campagne de prévention de l'hépatite C (promotion du Stéribox II) auprès de ces pharmaciens.

En 2001, il a mené, sur Metz et Thionville, une enquête sur les pratiques des médecins généralistes en matière de prise en charge des patients toxicomanes.

De 2003 à 2005, il a développé plusieurs actions :

- Conception et diffusion d'un référentiel de prise en charge de la toxicomanie en médecine générale.
- Mise à disposition d'un visiteur réseau auprès des médecins généralistes et des pharmaciens de ville. [2]
- Expérimentation d'une coopération entre médecins généralistes et un centre de soins pour toxicomanes.
- Animation d'un « groupe de parole » réunissant des médecins généralistes et des pharmaciens de ville.

En 2006, le réseau a organisé et expérimenté un réseau de prise en charge « toxicomanie et grossesse ».

En 2009, le réseau a mené une campagne de promotion du repérage précoce des usages de tabac et des mésusages d'alcool auprès des médecins de ville.

Le réseau cherche, depuis plusieurs années, à mettre en œuvre la « fameuse » recommandation de « prise en charge multidisciplinaire médicale, sociale et psychologique ». Pour y parvenir, il a testé différents « outils » : des formations transversales, des réunions cliniques multidisciplinaires, un groupe de type « Balint », un travail de soutien des professionnels de ville par un visiteur réseau, la mise en relation de professionnels ...

Aucune de ses actions, malgré des évaluations favorables, n'a pu être prolongée faute de financements pérennes de la part des tutelles précédentes (ARH).

En 2009, la Revue des Dysfonctionnements des Collaborations (RDC) est apparue comme un moyen, peu coûteux, de poursuivre en toute indépendance le processus engagé depuis dix ans.

La RDC consiste à réunir des soignants pour évoquer des situations de suivi pour lesquelles la prise en charge a posé problème par défaillance ou manque d'entente des intervenants permettant ainsi de mettre en avant les dysfonctionnements dans la relation soignant/soigné et de les améliorer. Nous reviendrons plus longuement sur le déroulement de ces réunions.

Lors de ces réunions, les différentes institutions du réseau sont représentées par des professionnels soignants de certains de leurs services :

- L'Equipe de Liaison en Alcoologie de Moselle (EHLAM) pour le CHR.
- Le Centre Baudelaire Metz de l'Inter-Secteur des Pharmacodépendances émanant du CHS de Jury.
- Le Service de Psychiatrie de l'HIA Legouest.
- Le Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) de Metz du CDPA.
- L'association La Chrysalide y est représentée.
- L'URML n'est pas représentée.

Des structures n'appartenant pas au réseau mais travaillant en lien avec le réseau sont également présentes aux réunions:

- La Protection Maternelle et Infantile
- Une structure d'accueil de la précarité de Metz : le Pont des Grilles

2.3. L'origine de la Revue des Dysfonctionnements des Collaborations

L'idée de cette action-recherche est partie à la fois d'un constat et d'une intuition.

a) Le constat

En tant que médecin traitant, le Docteur TRUFFY avait noté des difficultés à l'occasion de la prise en charge de certains patients. Certaines de ces difficultés pouvaient être mises sur le compte d'une mauvaise coordination ou de problèmes relationnels entre intervenants ou institutions. Ainsi, malgré la bonne volonté des soignants et des patients, la prise en charge n'avait pas été adéquate. Il paraissait intéressant d'explorer ces questions.

b) L'intuition

Le Docteur TRUFFY participait, dans le cadre de la Formation Médicale Continue locale, à une expérimentation de « Revue de Morbidité et de Mortalité » (RMM) appliquée en médecine générale. Au fur et à mesure de sa participation aux réunions, il s'est demandé si la méthodologie appliquée en RMM pour analyser les situations d'échec et d'incidents ne pouvait pas être utilisée pour analyser les difficultés du processus de coopération.

III. LA RDC S'INSPIRE DE LA REVUE DE MORTALITE ET MORBIDITE

1. Le Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM)

Selon la définition de la Haute Autorité de Santé, la RMM est une « analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins ».

L'analyse systémique est une « analyse globale de la situation prenant en compte tous les éléments (organisationnels, techniques et humains) en interaction ayant contribué à la prise en charge d'un patient. Elle permet de dépasser la seule réflexion centrée sur un ou des individus. À l'issue de cette analyse, des enseignements sur les forces et les vulnérabilités existantes peuvent être tirés afin de mener des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins [16, 17, 18, 19, 33].

La RMM se déroule sous forme de réunions selon différentes phases précises :

- Exposé de la démarche de soins réalisée dans les cas sélectionnés.
- Identification, dans la démarche, des difficultés rencontrées.
- Mise en évidence des facteurs à l'origine des difficultés.
- Proposition d'actions permettant d'éviter l'apparition de ces facteurs ou leurs effets délétères sur la prise en charge.
- Suivi et évaluation de l'efficacité de ces mesures.

La RMM est applicable en milieu hospitalier et en médecine de ville [19,29]. Son organisation est confiée à un professionnel expérimenté du secteur d'activité concerné. Les modalités sont décrites par une procédure écrite et diffusées à tous les participants. Les réunions sont périodiques. Elles rassemblent l'équipe médicale dans son ensemble et si possible l'équipe paramédicale : tous ceux qui participent à ces réunions sont soumis au secret professionnel.

Les cas évoqués sont anonymes et présentés de manière « chronologique et factuelle ». A l'issue des réunions un compte-rendu écrit est rédigé et diffusé aux participants. A l'issue de l'année d'activité, un rapport annuel est également rédigé et diffusé. Au fil des réunions, on

réalise un suivi et une évaluation des mesures d'amélioration proposées lors des réunions précédentes.

Le point essentiel lors de cette démarche (et qui conditionne son efficacité) est la « non culpabilisation » des personnes ayant participé aux prises en charge. Il ne faut pas rechercher un « coupable » mais seulement décrire et analyser les faits, comprendre ce qui s'est passé et déterminer les actions à mettre en place pour améliorer les soins.

La RMM s'inscrit dans une démarche de qualité : il s'agit de réfléchir sur les pratiques de soin et d'éliminer ou d'améliorer les pratiques non adaptées ou délétères. Elle correspond à une approche évaluative de l'amélioration des pratiques professionnelles. [3, 16]

Elle participe également à la formation continue des professionnels en leur donnant l'occasion de réfléchir sur leurs connaissances dans leur domaine et de les consolider. Elle contribue par ailleurs à la gestion des risques dans le domaine de la santé.

2. Application de la méthodologie RMM à la RDC

Dans la Revue de Mortalité et de Morbidité, l'analyse porte sur différents facteurs : environnement de travail, fonctionnement de l'équipe, procédures opérationnelles et facteurs liés au patient.

Dans la Revue des Dysfonctionnements des Collaborations, l'analyse est centrée sur le processus de collaboration.

La méthodologie utilisée est inspirée de celle de la RMM :

- Exposé de situations de soins ayant posé des problèmes relationnels.
- Identification, dans la démarche, des difficultés rencontrées.
- Mise en évidence des facteurs à l'origine des difficultés.
- Proposition d'actions permettant d'éviter l'apparition de ces facteurs ou leurs effets délétères sur la prise en charge.
- Suivi et évaluation de l'efficacité de ces mesures.

Le terme de « Revue des Dysfonctionnements des Collaborations » (RDC) a été créé à cette occasion.

La démarche RDC que nous présentons correspond à une expérimentation sur un peu plus d'une année.

Début 2009, la démarche a été proposée aux différents partenaires institutionnels du réseau. Un certain nombre de leurs services ont accepté de tenter l'expérience.

Une fois l'accord des institutions obtenu, une réunion d'information a été organisée pour préciser les objectifs et les modalités de fonctionnement.

Par la suite, une dizaine de réunions réparties sur un peu plus d'une année ont eu lieu.

Un compte-rendu a été adressé, à l'issue de chaque réunion, à tous les participants.

A la fin de l'année, une séance a été consacrée à la restitution d'un premier travail de synthèse de l'ensemble des réunions.

IV. UNE ANNÉE D'EXPÉRIMENTATION DE RDC

1. Matériel et méthode

1.1. Les réunions

Les rencontres se sont déroulées du 26 Février 2009 au 26 Juin 2010. Elles ont toutes eu lieu dans le service de psychiatrie de l'HIA LEGOUEST les lundis de 20h30 à 22h30, puis de 20h à 22h pour tenir compte des contraintes des institutions et de la médecine de ville.

Le rythme était d'une réunion toutes les six semaines.

Tous les membres des équipes soignantes des différentes institutions volontaires étaient conviés aux réunions mais la plupart du temps, il y avait une rotation des professionnels d'une réunion à l'autre organisée par les cadres de santé. Seuls les médecins et les cadres de santé ont été presque toujours présents.

1.2. Les situations de dysfonctionnement

Les cas présentés faisaient état de dysfonctionnements de la relation entre soignants partenaires d'une situation de suivi commun aux institutions participantes.

L'exposition des situations était basée sur le volontariat. Les participants relataient une situation dans laquelle ils s'étaient trouvés en difficulté : il n'y avait aucune «désignation» par les institutions d'origine. C'était un professionnel qui choisissait librement d'exposer une situation.

L'exposition des cas comportait certaines informations clés : sexe du patient, addiction concernée, structures en cause, déroulement des faits, devenir du patient, ressenti du professionnel, attentes du professionnel concernant les partenaires.

Le nombre de cas présentés par séance était variable : il dépendait du nombre de professionnels qui avaient une situation à évoquer et de la longueur de celles-ci. Si certaines situations n'avaient pas eu le temps d'être évoquées, elles étaient exposées à la réunion suivante.

1.3. Déroulement type d'une réunion

Les réunions étaient animées par le Dr TRUFFY et ont suivi le même canevas :

- Accueil des participants.
- Reprise des cas présentés lors de la séance précédente : suivi des cas, suivi des mesures d'amélioration, validation du compte-rendu de la précédente réunion.
- Évocation d'un ou deux nouveaux cas.
- En fin de réunion, tour de table concernant des remarques générales sur le déroulement de la réunion.
- Planification de la date de la prochaine réunion.

Il faut noter que deux séances ont eu un contenu différent :

- La première réunion qui a été dédiée à la présentation de la démarche RDC.
- La dernière réunion qui a été dédiée à une première restitution de l'évaluation d'une année de RDC aux participants.

1.4. Analyse des situations

L'analyse des cas évoqués a suivi, elle aussi, un même canevas :

- Quel dysfonctionnement est mis en évidence ?
- Le dysfonctionnement a-t-il nui au patient ?
- Le dysfonctionnement a-t-il nui au soignant ?
- Le dysfonctionnement était-il évitable ?
- Quelles pistes d'amélioration proposer ?

1.5. Le compte-rendu des séances

Il était rédigé à l'issue de chaque réunion. Il permettait de résumer les situations évoquées et l'analyse de ces situations par le groupe.

Il comportait les rubriques suivantes :

- Personnes présentes et excusées.
- Exposition des cas de dysfonctionnement et analyse.
- Remarques générales.
- Date et heure de la prochaine réunion.

1.6. L'enquête de satisfaction de fin de processus

Cela a été la dernière étape dans la conduite du processus RDC : j'ai rencontré personnellement les différents participants aux réunions (qu'ils aient ou pas exposé de situations) afin d'avoir leur ressenti sur la démarche.

Lors d'un entretien individuel, je les ai interrogés suivant un canevas d'entretien pré-établi. J'ai utilisé ici une analyse par thème selon les questions figurant dans le canevas décrit plus bas.

Je n'ai pas rencontré ceux qui n'étaient pas venus qu'à la première ou la dernière réunion.

Les entretiens se sont déroulés après la séance de restitution soit après clôture du cycle initial d'expérimentation.

La majorité des intervenants interrogés avaient donc en tête le résultat des réunions de l'année.

Cette enquête avait plusieurs objectifs :

- Évaluer avant le début des séances leur connaissance de l'expérimentation.
- Déterminer les objectifs secondaires propres aux participants.
- Évaluer la forme et le fond des réunions.
- Mesurer l'impact de la démarche RDC au niveau individuel et institutionnel.
- Évaluer la motivation collective à poursuivre la démarche et proposer les idées pour améliorer la RDC.

Il était important que je mène seul cette partie de l'expérimentation. D'une part, il s'agissait d'une partie importante de mon travail de thèse. D'autre part, j'intervenais comme observateur extérieur au réseau lors des entretiens, cela a permis une certaine liberté dans le discours des intervenants.

Canevas d'entretien

- 1- Vous travaillez comme ... dans la structure ...
- 2- Les objectifs énoncés au début de la démarche étaient-ils clairs pour vous ?
- 3- Aviez-vous d'autres attentes en vous rendant aux réunions ?
- 4- Vous avez participé à ... réunions RDC : pourquoi êtes-vous venu si peu ou si souvent aux réunions ?
- 5- Avez-vous pu exposer votre pratique et en débattre ?
- 6- Avez-vous trouvé ce que vous cherchiez ?
- 7- La méthodologie a-t-elle permis de repérer des dysfonctionnements ?
- 8- L'éthique fixée au début des réunions (respect des participants, anonymat...) a-t-elle été respectée selon vous ?
- 9- En avez-vous tiré des idées et des informations ?
- 10- Cela a-t-il modifié votre pratique ?
- 11- Pensez-vous que ce travail a été profitable à vous, à votre institution, aux patients ?
- 12- La démarche RDC a-t-elle modifié votre image des professionnels de la précarité et des Médecins de Ville, serez vous plus attentifs à eux dorénavant ?
- 13- Y avait-il, dans votre structure, une restitution des réunions ? Si oui comment ?
- 14- Avez-vous des idées pour faire évoluer la démarche RDC ?
- 15- Avez-vous des idées pour faire évoluer le travail de réseau ?
- 16- Avez-vous envie de poursuivre la démarche ?

2. Résultats

2.1. Méthodologie

Nous avons utilisé les comptes-rendus des réunions et des notes personnelles pour en faire ressortir plusieurs grands thèmes.

Nous avons procédé à une analyse du temps passé à chaque étape du processus.

Nous avons procédé à une analyse transversale des dix cas.

2.2. Les dix cas

Cas n° 1 :
Exposé par le service E pour toxicomanes du CHS
de Jury les Metz

Le cas :

Un patient toxicomane, en difficulté avec l'alcool, est hébergé au Centre Hospitalier Régional Spécialisé (CHRS) de Thionville. Des démarches de soins ont commencé avec le Centre Baudelaire de Thionville pour l'alcool. Baudelaire n'intervient pas au CHRS. Le comportement du patient pose problème aux intervenants du CHRS. Le patient est vu en entretien par l'infirmier du Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) qui intervient régulièrement au CHRS. L'infirmier propose une hospitalisation de « détresse » au service E du Centre Hospitalier Spécialisé de Jury les Metz. Le patient arrive au service, accompagné d'un intervenant du CHRS, sans que le service soit prévenu et sans mot de liaison. Le personnel du service ne s'investit pas dans la démarche et le patient sort dès le lendemain pour retourner au CHRS. Le jour même, il est accompagné, toujours par un intervenant du CHRS, au CMP de secteur ...

Baudelaire Thionville, qui commençait, un accompagnement « alcool » n'est pas prévenu.

Les soignants du service E :

Mis « devant le fait accompli, les soignants ne s'investissent pas dans la démarche et font sortir le patient dès le lendemain mettant, à nouveau, le CHRS en difficulté.

Le dysfonctionnement a-t-il nui au patient ?

Oui car le séjour du patient dans le service aurait pu être prolongé de 24 h afin de commencer à débrouiller le problème avant un retour au CHRS.

Le dysfonctionnement a-t-il nui aux soignants ?

Non pour l'infirmier de Baudelaire, les intervenants du service E ou l'infirmier du CCAA. Oui pour le CHRS qui n'a pas eu de réponse satisfaisante.

Le dysfonctionnement était-t-il évitable ?

Oui. Le CHRS aurait dû se tourner vers Baudelaire qui avait commencé une démarche d'accompagnement du patient.

L'infirmier du CCAA, même sollicité « en urgence », aurait dû se mettre en relation avec Baudelaire.

Le service E aurait dû être prévenu de l'admission du patient afin de savoir vers qui se tourner pour accompagner la sortie du patient.

Peut-on en tirer des pistes d'amélioration ?

1. Si un soignant intervient « en urgence », il doit repérer qui est en position de « référence habituelle » et l'informer de sa démarche.

Ceci est d'autant plus important que les champs d'intervention des structures de prise en charge en addictologie vont, dans l'avenir, de plus en plus souvent se chevaucher.

2. Il faudrait, peut être, confier au CHRS, pendant le temps d'hébergement, la référence de ces patients même si le CHRS n'est pas un « spécialiste en toxicomanie ou en alcoologie » ?

3. Faire connaître aux partenaires et aux « structures de prise en charge de la précarité » (CHRS, Pont des grilles...) les modalités d'hospitalisation « d'urgence » du service E. (durée maximum de 24 à 48 h, sur appel préalable pour s'assurer de la disponibilité d'un lit et avec un minimum d'information de liaison).

Cas n° 2

Présenté par un médecin généraliste

Le cas :

En Mai 2008 : Pierre 21 ans, consulte avec sa mère sur les conseils d'un intervenant du Centre Baudelaire Metz et d'un collègue médecin généraliste. Pierre est poly-consommateur mais surtout héroïnomanie. Il est en relation avec Baudelaire depuis un an et demi. Il a déjà effectué un séjour au service E en Juillet 2007 pour calage d'un traitement par Buprénorphine Haut Dosage (BHD) prescrit par le médecin de famille. Pierre a, de nouveau, repris une consommation d'héroïne, ne va plus à Baudelaire et ne veut pas retourner chez son médecin de famille.

Un projet de soin est mis en place : remise en place de la BHD dans un premier temps (éventuellement Méthadone dans un deuxième temps), cadrage « ferme » et reprise d'un suivi conjoint avec Baudelaire.

De Mai 2008 à Octobre 2008 : Pierre est suivi régulièrement. Il prend son traitement par BHD. Mais il a des consommations ponctuelles d'héroïne. Il est en échec avec le travail. Il n'est pas retourné à Baudelaire.

À partir d'Octobre 2008, Pierre perd à nouveau le contrôle de ses consommations d'héroïne. Fin Janvier 2009 il n'est pas à son rendez-vous de renouvellement de BHD.

Il réapparaît un mois plus tard : entre temps il est retourné à Baudelaire. Il a rencontré son « ancien référent » et lui a fait une demande de Méthadone. Il a vu le médecin psychiatre qui a donné son accord et son hospitalisation est prévue mi Mars 2009. Il demande une prescription de BHD pour faire la jonction avec son hospitalisation.

Début Mars 2009 son référent à Baudelaire téléphone au médecin généraliste pour lui faire part de doutes par rapport à cette décision de « mise sous méthadone ».

Le médecin généraliste :

Il a été mis « devant le fait accompli ».

Il n'a pas été associé à la décision.

Le dysfonctionnement a-t-il nui au patient ?

Peut-être : on peut considérer cette demande de méthadone comme un « passage à l'acte » de Pierre destiné à fuir ses difficultés ?

Le dysfonctionnement a-t-il nui aux soignants ?

Malaise des deux côtés : sentiment de mise à l'écart par le médecin généraliste et « doutes » du côté du référent de Baudelaire.

Le dysfonctionnement était-t-il évitable ?

Oui

Le médecin généraliste aurait dû respecter le projet de soin de départ avec, en particulier, la reprise d'un suivi conjoint avec Baudelaire. Un contact médecin généraliste – référent aurait pu, alors, s'établir au préalable.

Le référent de Baudelaire aurait dû se mettre en relation avec le médecin généraliste afin de faire le point sur le suivi.

Baudelaire aurait dû partager la décision de mise sous méthadone avec le médecin généraliste et ne pas se contenter de l'informer ou de lui demander d'accepter le relais du traitement à l'occasion des périodes de fermeture de la consultation de Baudelaire.

Peut-on en tirer des pistes d'amélioration ?

1. Prendre, toujours, le temps de se concerter.
2. Partager les décisions avec les intervenants impliqués dans un suivi.

Cas n° 3 :
Présenté par un médecin généraliste

Le cas :

À l'occasion des vacances, pour un patient toxicomane et atteint de psychose chronique, le psychiatre de Baudelaire prévoit de confier le relais provisoire du « traitement Méthadone » au médecin traitant : il informe le patient, lui demande de prendre contact avec son médecin traitant afin de s'assurer de sa disponibilité et adresse au médecin un courrier avec l'ordonnance relais de Méthadone. Le patient ne s'en préoccupe pas et il arrive à l'improviste à la consultation de son médecin traitant pour le renouvellement de son traitement Méthadone. Il découvre que son médecin traitant est lui aussi absent pour congé. Pour finir c'est l'associé du médecin qui dépanne et rédige une ordonnance de Méthadone sans ordonnance relais nominative. Le pharmacien effectue la délivrance sans cette ordonnance relais.

Le médecin généraliste :

Il aurait souhaité qu'un intervenant de Baudelaire (le référent du patient ?) s'assure de sa disponibilité en téléphonant au préalable et éventuellement pose un rendez-vous.

Le psychiatre pense qu'il faut responsabiliser le patient même en cas de trouble psychotique.

Le patient avait aussi la possibilité de se faire dépanner par un autre praticien de Baudelaire en cas de difficulté. Mais y aurait-il pensé ?

Le dysfonctionnement a-t-il nui au patient ?

Non mais au prix du non-respect des règles de prescription.

Oui si le médecin n'avait pas été remplacé par son associé.

Le dysfonctionnement a-t-il nui aux soignants ?

Non.

Le dysfonctionnement était-t-il évitable ?

Oui.

Peut-on en tirer des pistes d'améliorations ?

Il faut trouver un compromis entre « faire à la place du patient » et l'envoi, uniquement, du courrier relais.

1. Remettre en mains propres le courrier au patient afin de le responsabiliser.

2. Le psychiatre ou l'infirmier référent pourrait prévenir le médecin relais par téléphone (sans prendre pour autant le rendez-vous) et en profiter pour faire le point sur le suivi.

Cas n° 4 :
Présenté par un infirmier du CCAA

Le cas :

Un patient alcoolique est reçu en entretien avec son épouse par deux intervenants du CCAA. Au cours de l'entretien il tient des propos qui les inquiètent. Ils lui proposent de prendre un avis psychiatrique. Le patient est réticent. L'entretien se termine sur le conseil d'aller consulter, en cas de détresse, aux urgences de l'hôpital Legouest. Quelques jours plus tard il se présente au SAU de l'hôpital Legouest, alcoolisé, et avec une demande de sevrage. Un intervenant infirmier appelle le SAU pour faire part de ses inquiétudes et pour demander une évaluation psychiatrique. Le médecin du SAU n'écoute pas l'infirmier ... le médecin du SAU veut avoir affaire avec un médecin.

Le patient est finalement admis en service de cardiologie car il présente un problème cardiaque découvert à l'occasion du bilan aux urgences. Secondairement il est vu par le psychiatre de liaison qui lui propose de participer au groupe alcool du service de psychiatrie de Legouest.

L'infirmier :

Il s'est senti en difficulté pour évaluer la situation psychologique du patient.

Il n'a pas été écouté et entendu par le médecin du SAU.

Le dysfonctionnement a-t-il nui au patient ?

Oui : sa demande sevrage n'a pas été entendue à Legouest.

Le dysfonctionnement a-t-il nui au soignant ?

Oui : il est resté avec ses inquiétudes et n'a pas été respecté comme soignant.

Le dysfonctionnement était-t-il évitable ?

Oui : il aurait fallu téléphoner dans le service de psychiatrie pour prévenir le psychiatre d'astreinte du problème et de la présence du patient au SAU.

Peut-on en tirer des pistes d'améliorations ?

1. Faire connaître les outils de Legouest :

Possibilité de consultations de psychiatrie et d'alcoologie sur rendez-vous.

Possibilité d'avoir un avis téléphonique auprès du psychiatre d'astreinte.

2. Rencontre avec le SAU de Legouest pour les informer de l'existence du RVHA, des partenariats possibles, et discuter du « respect des soignants médecins »

Cas 5 :
Présenté par un infirmier de Baudelaire Metz

Le cas :

Un patient se présente à la consultation de Baudelaire avec une demande de prescription de Subutex. C'est un homme marginalisé, d'une quarantaine d'années. Jusqu'à présent, il se faisait prescrire le Subutex par un médecin de ville qui refuse de continuer. Manifestement le patient présente des signes d'injection du Subutex et peut-être des troubles psychotiques. L'infirmier contacte le médecin généraliste qui évoque un malaise dans la relation avec ce patient souvent agressif. Il n'évoque pas le mésusage du Subutex. L'infirmier propose au médecin un suivi conjoint, alterné, avec délivrance quotidienne du traitement, à la pharmacie.

Ce suivi tiendra quelques temps. Pour finir, le patient refusera toute hospitalisation ou mise sous Méthadone.

L'infirmier :

Il s'est senti en difficulté pour évoquer avec le médecin le mésusage, qu'il avait tout de suite repéré et que le médecin ne semblait pas avoir vu.

Il a fini par comprendre que c'était plus la crainte du médecin envers ce patient qui le faisait ne pas aborder la question du mésusage.

Dysfonctionnement ?

Il n'y a pas eu de dysfonctionnement relationnel entre l'infirmier et le médecin.

Il y a eu une difficulté relationnelle entre le médecin et le patient du fait du comportement et de la pathologie psychiatrique du patient.

Donc : intérêt, pour ce type de patient, de travailler en partenariat avec des intervenants extérieurs spécialisés (infirmier psy dans ce cas) ...

Cas 6 :
Exposé par le Chargé de mission du RVHA
à partir d'une situation évoquée par un médecin généraliste rencontré

Le cas :

Un patient toxicomane et psychotique, qui a déjà été hospitalisé au CHS, qui est plus ou moins suivi au CMP de secteur, est adressé par un médecin-conseil de la CPAM à la consultation de Baudelaire. Le patient s'était présenté au service médical de la CPAM suite à la perte de son traitement substitutif oral par BHD.

Il est reçu par un intervenant qui le réoriente vers le médecin généraliste et adresse un premier courrier au médecin pour l'en informer et justifier de l'orientation du fait de la prescription, seulement exceptionnelle, de BHD par les médecins de Baudelaire.

Deux mois plus tard, le médecin reçoit un deuxième courrier de l'intervenant de Baudelaire qui s'étonne de la prescription éventuelle de 24 mg par jour de BHD, qui fait une description des symptômes cliniques présentés par le patient et qui invite le médecin, dans la mesure du possible, à orienter le patient vers un suivi psychiatrique. Le médecin, à l'occasion d'une consultation, fait lecture au patient du courrier.

Le patient retourne à Baudelaire et fait un esclandre. Par la suite le médecin reçoit, un dernier courrier, écrit par le médecin chef de Baudelaire, qui s'étonne du fait que le médecin a fait lecture du courrier au patient et lui signifie la fin de leur collaboration.

Le médecin (sous réserve) :

Il trouvait le dosage à 24 mg de BHD justifié.

A-t-il été agacé par le deuxième courrier ?

Dysfonctionnement ?

Oui

Le patient a été utilisé des deux côtés.

Il n'y a pas eu de collaboration autour du patient.

Le dysfonctionnement a été nuisible au patient (déstabilisé par la description clinique de ses troubles), au médecin (qui a mal vécu la réception du deuxième courrier) et à l'intervenant de Baudelaire (qui a été « pris à parti » par le patient).

Le dysfonctionnement était-t-il évitable ?

Oui

Le médecin généraliste n'aurait pas dû lire, au patient, le contenu de la lettre.

L'intervenant de Baudelaire aurait, peut-être, dû téléphoner au médecin ? La communication écrite est différente par rapport à la communication orale

Peut-on en tirer des pistes d'amélioration ?

Privilégier la discussion (entretien par téléphone) par rapport au courrier ?

En sachant que certains intervenants sont plus à l'aise avec l'écriture ?

On ne peut régler un « différend » sans, finalement, se parler !

Cas n°7 :

Exposé par un médecin généraliste

(avec l'autorisation de l'intervenant de Baudelaire concerné par la situation)

Le cas :

Monsieur A. consulte, orienté par un Infirmier de Baudelaire Metz.

Il a 34 ans. Il est commercial et, pour le moment, en contrat d'essai sur un nouveau poste.

Il consomme quotidiennement, depuis un an, de l'héroïne, en « sniff » et autour de 2-3 g par jour. Il ne consomme pas de cocaïne.

Sa compagne vient de le découvrir. Cela l'a incité à chercher de l'aide.

Il a trouvé, sur Internet, les coordonnées de Baudelaire.

Il y a rencontré un infirmier qui lui a donné mes coordonnées.

Après discussion, je lui expose les différentes stratégies possibles (traitement substitutif oral, sevrage ambulatoire ou en hospitalisation ...), les avantages et inconvénients.

Je lui propose, pour finir, de s'orienter plutôt vers un sevrage.

Je lui demande d'y réfléchir et, dans l'attente, de continuer provisoirement ses consommations ...

Il est inquiet de la réaction de sa compagne.

Je lui propose, alors, de les recevoir pour en reparler ...

Quelques jours après l'infirmier me téléphone : il a revu le patient qui lui a exposé le contenu de la consultation. Il est étonné que je ne l'aie pas mis sous traitement substitutif oral (TSO). C'était lui, avec l'idée de la mise en route d'un TSO, qu'il lui avait donné mes coordonnées. Il est inquiet du fait de l'illégalité de la consommation d'héroïne.

Il m'apprend que ce patient est aussi très dépendant aux jeux et qu'il lui a proposé de rencontrer la Psychologue de Baudelaire à ce sujet.

Nous convenons de reparler de ce patient en fonction des choix qu'il ferait.

Le médecin :

Il n'a pas été influencé par la demande de l'infirmier. Il a pu évaluer la situation et donner librement, au patient, son avis.

Il ne trouve pas choquant le fait de proposer, au patient, deux offres de soin.

Secondairement, il a pu en discuter avec l'infirmier sans difficulté.

Les deux ont décidé de faire en fonction de la décision du patient.

Dysfonctionnement ?

Oui

Le fait de proposer un projet de soin différent ne doit pas être un obstacle à la collaboration.

Le « dysfonctionnement » était-t-il évitable :

Oui

L'infirmier aurait pu téléphoner au médecin au moment où il lui adressait le patient.

Cas n° 8

Evoqué par une Assistante Sociale à l'EHLAM

Le cas :

L'assistante sociale (AS) est amenée à rencontrer, à la demande d'un praticien hospitalier, un patient hospitalisé dans le service d'orthopédie. Le médecin lui demande de trouver une solution de sortie pour ce patient d'une cinquantaine d'années, qui est dans un état général très dégradé : ancien toxicomane, dépendant à l'alcool, qui a des séquelles d'AVC et qui a été hospitalisé pour fracture de la jambe droite et de la cheville gauche (donc en fauteuil roulant). Il vit seul dans un appartement «taudis». Il a un contact difficile. Il a, tout de même, un médecin traitant et il est en lien avec un intervenant social du Secours Catholique. Il bénéficie du RMI.

L'AS pensant que les conditions de vie sont trop précaires et que le patient n'est pas assez aidé :

Fait une demande, à la DDASS, de dérogation d'âge pour pouvoir faire éventuellement une demande d'hébergement en maison de retraite (demande qui sera refusée).

Fait un dossier de demande d'allocation adulte handicapé (AAH) : elle adresse le dossier médical de cette demande au médecin traitant.

Fait une demande de maison de repos.

Et lui trouve un accueil, en urgence, au Centre Hospitalier Spécialisé de Jury en attendant son transfert en maison de repos : elle a un contact avec un infirmier du service qui lui dit prendre le relais du suivi du dossier d'AAH.

Quelques semaines plus tard, l'AS prend des nouvelles du patient : il est resté six semaines au CHS, il a fait un sevrage d'alcool, puis est rentré chez lui. Pendant son hospitalisation, l'intervenant du secours catholique a remis en état l'appartement. Le dossier d'AAH n'a pas avancé (l'infirmier n'a pas suivi le dossier, le médecin traitant n'a pas rempli le questionnaire médical).

Pour le moment, le patient ne s'alcoolise plus.

Ressenti de l'assistante sociale :

Elle trouve les conditions de vie du patient trop précaires.

Elle constate que la situation matérielle est inchangée.

Elle se reproche de ne pas avoir suivi, elle-même, le dossier.

Dysfonctionnement ?

Oui, au niveau du relais du suivi social.

Le dysfonctionnement a-t-il nui :

Au soigné ? : peut être, à condition qu'il ait, lui-même, une demande de changement de mode de vie.

Au soignant et à l'institution ? : non.

Le dysfonctionnement était-il évitable ?

Oui

Y a-t-il des pistes d'améliorations à mettre en œuvre ?

S'assurer, au préalable, que le projet est devenu celui du patient ... Cela pose la question du discernement (lié à l'alcoolisation et ses séquelles dans ce cas).

Personnaliser le plus possible le relais : appeler le médecin, lui expliquer la démarche et le relancer pour le questionnaire médical de la demande d'AAH.

Au niveau de l'hôpital, confier le patient à un soignant repéré plutôt qu'au service : je confie "à vos bons soins" monsieur ou madame ...

Et rester en contact : prendre des nouvelles, rester à disposition

Cas n°9
Exposé par un Médecin Généraliste

Le cas :

Octobre /2009 : Gilles H. est âgé de 31 ans. Il est sorti de prison début 2009 après avoir été incarcéré 9 ans pour une affaire de viol (qu'il dit ne pas avoir commis). Il évoque des violences subies pendant de nombreuses années en prison. Il dit avoir fait de nombreux séjours en Service Médico-Psychologique Régional pour être à l'abri de ces violences. On lui prescrivait du Subutex et du Zyprexa. Il avait commencé le Subutex, au "noir" en prison. Il dit avoir été suivi, à la prison de Metz, par le Docteur H. et Monsieur C. .

Il évoque une grande anxiété à l'extérieur. Il dit s'enfermer souvent chez lui avec l'impression d'être épié.

Socialement, tout est en place : il a un logement, une sécurité sociale et un RMI. Il a une "amie" qui semble être d'un grand soutien.

Depuis sa sortie, il est allé consulter un autre confrère : il dit avoir eu un différent à propos d'impayés pour des consultations.

Il dit aussi être passé une fois au CMP.

Je prescris le Subutex et le Zyprexa. Je lui parle d'un suivi conjoint avec le CMP ou Baudelaire.

En Novembre 2009, il fait un séjour au SAU pour épisode anxieux : il est vu par le SPUL et en particulier Madame le Docteur V. qui le renvoie vers la consultation de Baudelaire (il a probablement évoqué un suivi à Baudelaire).

Début Décembre 2009, je lui fais un courrier pour le Docteur P.

Il me dit avoir été plusieurs fois en consultation.

En fait, le Docteur P. ne l'a rencontré qu'une seule fois : le 11 Janvier 2010. La consultation ne n'est pas bien passée. Il était extrêmement tendu et sur la défensive. Il était envahi par une anxiété massive. Il lui disait ne pas comprendre le sens de la consultation. Il lui a évoqué des prises massives de Subutex. Il a refusé toute adaptation de traitement. Pour finir, le Docteur P. évoquait la possibilité d'une HDT en cas d'aggravation de la symptomatologie.

Conseils :

Ce patient n'est pas toxicomane mais "psychotique".

Du fait de son anxiété massive, il risque de ne pas supporter un séjour en hospitalisation libre dans le service pour toxicomanes à Jury.

Il faut plutôt tenter un suivi conjoint avec le CMP du secteur.

Cas n°10
Exposé par un infirmier du CCAA

Le Cas :

Un homme, manifestement alcoolisé, arrive au CCAA sans rendez-vous, accompagné par un autre homme. Ils viennent directement du SAU de Bon Secours où on leur a conseillé de venir au CCAA. Ils sont accueillis «en urgence» par un infirmier entre deux rendez-vous.

L'accompagnant est très demandeur d'une prise en charge immédiate (consultation auprès d'un médecin, prescription de médicament ...). L'entretien est tendu et pour finir les deux messieurs quittent le CCAA. L'accompagnant est manifestement mécontent.

Le lendemain, le CCAA reçoit un appel du responsable d'un foyer d'hébergement. Il est lui aussi, mécontent. Il informe le CCAA que le patient, toujours alcoolisé, a pris des médicaments et a été admis aux urgences.

Ressenti de l'infirmier :

Insatisfaction de «l'aidant» et du directeur du foyer.

Insatisfaction de l'infirmier qui n'a pas réussi, entre ses deux rendez-vous, à gérer cette demande «urgente» de la part d'un «aidant».

Dysfonctionnement ?

Pas de dysfonctionnement de collaboration au sens propre. Le dysfonctionnement est surtout en rapport avec un défaut d'organisation du service (pas d'accueil d'urgence).

Le dysfonctionnement a-t-il nuit :

Au soigné : peut être, car il s'est mis en danger par la suite (prise de médicaments).

Au soignant : oui, car insatisfaction du service rendu.

A l'institution : oui, car mauvaise image du service (appel du directeur du centre d'hébergement).

Le dysfonctionnement était-il évitable ?

Oui

Y a-t-il des pistes d'améliorations à mettre en œuvre ?

Il faudrait prévoir un «accueillant» disponible pour les «urgences». A la consultation de Baudelaire, par exemple, il y a toujours un infirmier disponible pour le «tout venant». Dans ces situations de consultations où le patient est accompagné d'un «aidant», c'est surtout l'aidant qui a besoin d'attention. Il faut du temps pour évaluer, avec lui, la situation et lui expliquer les possibilités de prise en charge.

2.3. Analyse de contenu

a) Nombre de réunions

1 réunion de mise en place.

8 réunions de travail.

1 réunion de restitution de contenu.

b) Horaires des réunions

Les lundi de 20h à 22h30 puis de 20h30 à 23 h.

Il a été difficile de concilier les horaires des différents professionnels du fait de la disparité entre la pratique institutionnelle et libérale. Les créneaux de début de soirée semblent avoir été le meilleur compromis même si cela a parfois limité la fréquentation des professionnels des institutions.

c) Nombre de situations

10 situations ont été exposées.

d) Participation par structure aux réunions

28 soignants différents ont participé. On note une participation importante du CCAA et du Centre Baudelaire (et particulièrement de leurs cadres de santé).

La participation en fonction des centres a été la suivante (le chiffre indique le nombre de séances auxquelles a participé l'intervenant) :

Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA)

Directeur	1
Médecin addictologue	1
Cadre infirmier	8
Infirmière n°1	2

Infirmière n°2	1
Infirmière n° 3	2
Psychologue	4

Protection maternelle et infantile (PMI)

Infirmière	8
------------	---

Equipe Hospitalière de Liaison en Alcoologie de la Moselle (EHLAM)

Assistante Sociale	2
--------------------	---

Accueil du Pont des grilles

Infirmière	5
Aide-soignante	1
Educateur	2

Service de psychiatrie de l'HIA Legouest

Psychiatre	n°1	4
Psychiatre	n° 2	5
Infirmier		2
Psychologue		1

Réseau Ville Hôpital d'Addictologies Metz-Thionville

Médecin coordinateur	10
Chargé de mission	7
Secrétaire	1

Centre Baudelaire Metz

Psychiatre	6
Cadre infirmière	7
Infirmier n° 1	2
Infirmier n°2	2

AIDES Lorraine Nord

Responsable	2
Délégué d'action	1

Autres

Monsieur GRONDIN Interne de médecine générale	7
Chirurgien dentiste n°1	1
Chirurgien dentiste n°2	1

e) Services concernés par les situations

Centre Baudelaire Metz :	4
La Médecine de Ville :	4
CCAA :	1
EHLAM :	1
Service Psy de l'HIA Legouest :	0
PMI :	0

f) Autres structures citées mais ne participant pas aux réunions

CHRS de Thionville :	1
Autre accueil :	1
Secours catholique :	1
Baudelaire Thionville :	1
Service E du CHS de Jury :	1
Autre service du CHS de Jury :	1
CMP de secteur :	3
SAU de l'HIA Legouest :	1
Service de médecine interne et cardiologie de l'HIA Legouest :	1
SAU du CHR Bonsecours :	1

Service d'orthopédie du CHR Bonsecours :	1
Autres Médecins Généralistes :	5
Pharmaciens :	3
MDPH (Maison du handicap) :	1
Médecin Conseil de la CPAM de Metz :	1
Famille :	3

g) Qui a exposé et combien de fois ?

Baudelaire :	1
CCAA :	1
Médecine de Ville :	5
EHLAM :	1

h) Quel produit (nombre de cas) ?

Alcool :	3
Drogues dures :	5
Poly-consommations :	2
Jeux :	1

i) Analyse du temps passé à discuter

On observe qu'il y a eu :

- beaucoup de temps passé à discuter de la relation entre soignants et à se connaître
- peu de temps sur la relation de soin (soignant - patient), sur la clinique ou le processus RDC (sauf à l'occasion de la réunion de restitution).

j) La relation entre soignants

- **Nombre de situations de dysfonctionnement des collaborations**

Sur les 10 situations exposées, il y a eu 8 situations de dysfonctionnements des collaborations.

Certains cas n'ont pas été retenus comme des situations de dysfonctionnements :

Cas 5 : l'infirmier réussit à parler au Médecin traitant d'une situation qui le préoccupait

Cas 10 : le dysfonctionnement est lié à l'organisation du service.

- **Quels sont les dysfonctionnements**

Cas n° 1 : les éducateurs du CHRS de Thionville, devant une situation de crise, ne sont pas «épaulés» par les structures spécialisées. Les professionnels du service spécialisé ne s'investissent pas dans le suivi du patient faute d'éléments de liaison.

Cas n° 2 : le médecin traitant n'est pas consulté à propos d'un changement de traitement de substitution aux opiacés dans le cadre d'un suivi conjoint avec un infirmier de Baudelaire.

Cas n° 3 : le médecin traitant n'est pas averti d'un relais provisoire par le psychiatre ou l'infirmier référent de Baudelaire.

Cas n° 4 : l'infirmier du CCAA n'est pas écouté par le médecin du SAU de l'HIA Legouest.

Cas n° 5 : Pas de dysfonctionnement de la collaboration

Cas n° 6 : le médecin traitant est «contrarié» par la réception d'un courrier d'une éducatrice de Baudelaire. Le médecin traitant réagit en utilisant le patient. Il prend le risque de déstabiliser le patient et met l'éducatrice en «danger».

Cas n° 7 : l'infirmier de Baudelaire est surpris du projet de soin proposé par le médecin de ville à qui il avait adressé un patient sans avoir ni téléphoné ni écrit au préalable.

Cas n° 8 : l'assistante sociale de l'EHLAM est «étonnée» de voir son projet de soin non suivi ni par le patient ni par les autres professionnels auxquels elle avait passé le relais.

Cas n° 9 : le médecin traitant ne s'est pas senti «épaulé» par le psychiatre de Baudelaire auquel il avait adressé un patient alors qu'il se sentait en difficulté avec ce patient.

Cas n° 10 : pas de dysfonctionnement de la collaboration.

- **Le dysfonctionnement a-t-il nui au patient ?**

La réponse est positive dans 6 situations sur 8 :

Cas n° 1 : décès de ce patient ...

Cas n°2 : échec du projet de stabilisation du patient par le changement de TSO

Cas n°3 : état de manque «potentiel»

Cas n°4 : retard de prise en charge

Cas n° 6 : risque de déstabilisation du patient psychotique

Cas n°9 : retard au suivi psychiatrique

- **Le dysfonctionnement a-t-il nuit au soignant**

La réponse est positive dans 4 situations sur 8.

- **3 situations où le soignant ne se sent pas aidé**

Cas n°1 : les éducateurs du CHRS démunis face au patient.

Cas n°4 : l'infirmier du CCAA sans réponse à son questionnaire clinique

Cas n°9 : le médecin traitant toujours démuni face au patient

- **Une situation où le soignant s'est senti en danger**

Cas n°6 : l'éducatrice de Baudelaire est mise en danger.

- **Le dysfonctionnement a-t-il nuit à l'institution ?**

Cela n'a été le cas dans aucune des situations.

2.4. Résultats de l'enquête de satisfaction

J'ai rencontré individuellement treize personnes. Ces entretiens se sont tenus le plus souvent sur leurs lieux de travail et sur rendez-vous.

Par souci d'objectivité, le coordonnateur et animateur du projet n'a pas été interrogé.

Suivant les thèmes abordés lors de l'entretien, les réponses ont été les suivantes :

a) Objectifs de la RDC

Clairs pour tous : évoquer des situations de dysfonctionnement de collaboration pour améliorer le travail de suivi conjoint des patients.

b) Objectifs propres aux participants

A l'unanimité : rencontrer les partenaires du réseau, mieux connaître leurs structures d'appartenance et la manière dont fonctionnent les structures.

Puis, ont été évoqués : faire connaître sa structure, faire vivre le réseau, évoquer et approfondir collégialement des situations en cours difficiles afin d'y trouver une solution, curiosité de l'influence de l'expérience sur le réseau, apporter des réponses aux partenaires sur le réseau et les situations.

c) Fréquentation des réunions

Motivation à faire vivre le réseau, représentation de la structure et motivation de l'équipe (surtout les cadres de santé).

Ceux qui ne sont plus revenus après 1 ou 2 séances : motifs personnels, situation dans laquelle ils étaient impliqués mal vécue.

d) Réponse de la RDC par rapport aux attentes individuelles

A l'unanimité, les attentes ont été partiellement remplies.

Les rencontres ont permis de mieux identifier les intervenants des différentes structures.

Il reste encore à progresser sur la connaissance des structures. Leurs modes de fonctionnement ne sont pas encore bien compris. Quelques participants ne savent pas où se situent certaines structures.

Ils demandent souvent une séance dédiée à la présentation des structures.

e) Ambiance/écoute lors des réunions

A l'unanimité : l'ambiance est bonne. Les professionnels présents se sont sentis en confiance pour écouter, discuter et répondre aux questions des autres professionnels.

f) Canevas suivi

Il semble efficace pour repérer les dysfonctionnements.

g) Restitution des réunions dans les structures

Les restitutions sont faites après les rencontres dans les structures, pas de façon formalisée en « réunion » mais plutôt lors d'une pause ou à l'occasion de discussions informelles entre collègues de travail.

Le compte-rendu des réunions est bien rédigé et adapté.

h) Informations retirées personnellement

Ils ont noté une volonté partagée des acteurs d'apprendre à travailler ensemble.

Ils en retirent une meilleure connaissance des structures : de leur fonctionnement et de leurs modalités d'accès.

Les participants se rendent compte que les autres soignants ne connaissent pas leurs institutions.

Ils ont pris conscience que les patients sur lesquels ils travaillent sont hétéroclites.

Ils ont découvert de nouvelles structures qui ont rejoint secondairement le réseau et dont la « promotion » n'a pas été faite. C'est l'exemple des Lits «Halte Soins Santé» du Pont des Grilles : lits d'accueil d'urgence pour personnes en grande précarité pouvant en plus bénéficier de soins médicaux par le passage d'un médecin régulièrement.

Ils ont reçu des informations sur des aspects cliniques : protocoles de sevrage, pathologies psychiatriques, repérage de mésusages, cela suite aux interventions des médecins cliniciens présents lors des réunions.

i) Modification de la pratique

Oui pour les médecins : ils se « parlent » plus facilement et s'adressent plus de patients.

Pour les paramédicaux : c'est plus mitigé, pas de réel impact décrit mis à part le fait d'avoir à faire des efforts sur la communication (téléphone, courrier).

j) Utilité de la RDC ?

A l'unanimité, la réponse est oui. Le processus est encore en expérimentation et à faire évoluer pour être plus efficace mais l'idée leur semble très bonne à la base avec une utilité à la fois individuelle et institutionnelle.

k) Modification de la perception des professionnels de la précarité et des médecins de ville par les autres professionnels

La réponse est mitigée.

Il y a une prise de conscience de la difficulté du travail de ces professionnels : grande précarité des patients, urgence de certaines situations, difficulté à trouver un correspondant pour la prise en charge, solitude face à certaines situations.

Pour autant ils ne semblent pas avoir compris qu'il fallait leur apporter plus de soutien.

Il y a une déception du fait du peu d'engouement des médecins généralistes à participer à la RDC malgré les invitations relayées par le chargé de mission du RVHA.

l) Proposition d'évolution de la RDC

Les propositions ont été les suivantes :

- Faire une séance sur le thème « présentation des structures ».
- Faire des séances de formation continue.
- Ne pas toujours discuter que des dysfonctionnements mais évoquer des situations de suivi ayant bien fonctionné comme exemple.
- Alternier les lieux des réunions afin de « visiter » les autres structures.
- Avoir un modérateur externe aux structures.
- Continuer à aménager les horaires même s'il est difficile de mettre tous les participants d'accord.
- Élaborer des «plaquettes» de présentation des structures et les diffuser.

A l'unanimité, l'idée de la RDC est bonne pour faire vivre le RVHA.

m) Continuer la RDC ?

Oui mais il faut la faire évoluer car un essoufflement se fait sentir au bout de l'année sur le thème actuel de la seule analyse des dysfonctionnements.

3. Discussion

3.1. Pourquoi ce travail ?

La qualité de la relation dans le soin est fondamentale, notamment la relation soignant/soigné. Cependant, lorsque plusieurs soignants doivent se coordonner pour prendre en charge un patient, la qualité de leur relation est aussi importante afin de prodiguer des soins corrects.

Il y a peu d'expérience menée sur la relation entre soignants particulièrement dans les réseaux de santé. L'expérience de la Revue des Dysfonctionnements des Collaborations est une occasion de travailler sur la relation soignants/soignants.

3.2. Critique de ce travail

La participation était basée sur le volontariat : seuls les partenaires les plus motivés sont venus. Tous les partenaires n'étaient pas présents lors de chaque réunion (il y avait une sorte de « rotation » des participants des structures d'une réunion à l'autre). Certains partenaires ont quitté l'expérience en cours de route. Il n'y avait pas de réelle fidélité des participants sur toutes les réunions. Toutes les structures du réseau n'étaient pas présentes ce qui n'a pas donné un avis de l'ensemble des partenaires sur les situations.

Toutes les structures n'ont pas présenté de situations de patients : il s'agissait toujours des mêmes structures ou partenaires qui évoquaient les dysfonctionnements. Cependant, même sans présenter de situations, ces institutions ont participé à la réflexion évitant ainsi la seule représentation institutionnelle.

3.3. Quels problèmes ont émergé ?

Les dysfonctionnements mis en évidence sont de plusieurs types :

- **Des problèmes de communication**

Il s'agit d'un manque d'écoute des partenaires entre eux, d'un manque de soutien d'un partenaire envers un autre lors d'une prise en charge difficile d'un patient ou encore d'un manque d'information entre partenaires concernant le suivi conjoint d'un même patient (orientation, décision thérapeutique...).

Ces problèmes créent une fragilité voire une cassure dans la relation entre les soignants. Cela aboutit à des situations où les partenaires ne collaborent plus mettant un terme à la relation.

- **Une difficulté de gestion des conflits**

Certaines situations de désaccords non désamorçées concernant le suivi d'un patient ont évolué jusqu'à fâcher les partenaires entre eux. Lors des rencontres, l'évocation de situations de patients par le biais de courriers sans présence des protagonistes de ces situations a déplaçé des participants qui ne sont plus revenus.

Les conflits non ou mal gérés minent la relation entre soignants : la bonne gestion des conflits dans la relation entre les soignants est un élément majeur dans la qualité de cette dernière.

- **Une conception différente du suivi conjoint**

Il s'est avéré que tous les partenaires n'avaient pas la même conception du suivi d'un patient par deux institutions différentes.

Le suivi conjoint est parfois plus perçu comme un « adressage » de patient entre partenaires sans suivi partagé avec une réelle discussion sur le cas du patient en question.

Certains partenaires construisent seuls un projet de soin en incluant d'autres institutions sans vérifier que ces dernières puissent intervenir auprès du patient.

De ce fait, certains partenaires restent sur leur faim concernant leurs attentes dans la relation et sont déçus par celle-ci. Ils s'impliquent de moins en moins ce qui affaiblit ou fait disparaître leur lien avec les autres soignants.

3.4. La RDC a-t-elle un intérêt ?

Les partenaires ont rencontré physiquement des acteurs qu'ils ne connaissaient souvent que par le biais de compte-rendu ou de bouche à oreille. On pourrait croire qu'en tant que réseau constitué depuis plusieurs années, les partenaires se connaissaient mais ce n'est pas réellement le cas. Les acteurs du réseau peuvent avoir changé pour des raisons diverses sans que cela ait été diffusé et sans qu'ils aient fait connaissance avec le réseau. Le fonctionnement de certaines structures n'était pas connu de tous même au bout de toutes ces années d'appartenance au réseau.

Une prise de conscience a été faite sur la nécessité d'échanger d'avantage sur la prise en charge des patients et de ne pas se contenter de le faire circuler d'une structure à l'autre selon les besoins de la prise en charge.

La nécessité d'impliquer les médecins généralistes a été un constat fréquent lors de l'enquête de satisfaction car ils sont en première ligne dans la prise en charge des patients. La Médecine de Ville était représentée par un seul médecin généraliste, lui même à l'initiative de la démarche et animateur de la conduite du processus. Un des objectifs à venir est de les impliquer beaucoup plus dans l'activité du réseau.

Un élément important à noter est l'impact sur la pratique et la prise de conscience de l'attention qu'il faut porter à la qualité de la relation entre les soignants. Certes, la pratique au quotidien des partenaires du réseau n'a pas radicalement changé mais ils disent avoir modifié leur attitude vis-à-vis des autres acteurs et faire plus attention à eux.

En somme, nous pensons que la RDC a un intérêt dans les réseaux et permet d'améliorer les relations entre soignants avec une conséquence positive sur les pratiques de soins.

V. RECOMMENDATIONS

Nous proposons ici des recommandations afin de mettre en place la RDC dans un premier temps puis les recommandations que nous pouvons émettre au terme de l'année afin d'améliorer la relation entre soignants dans un réseau.

1. Application de la RDC

La méthodologie que nous avons utilisée au cours de cette année est calquée sur celle de la RMM que nous avons présentée plus haut. Elle paraît efficace afin de mettre en évidence les dysfonctionnements. Les étapes sont les suivantes :

Confier l'organisation à un partenaire fiable, qui connaît le réseau et ses structures.

S'adapter autant que possible à la disponibilité des structures pour planifier les réunions afin d'assurer la participation du plus grand nombre.

Prendre le temps d'inviter toutes les structures et prévoir une séance de présentation du processus (finalité, méthodologie).

Faire le maximum pour mettre à l'aise les participants et surtout éviter de stigmatiser un partenaire lors des réunions.

Prévoir un moyen de restitution synthétique du contenu des réunions afin de tenir au courant ceux qui étaient absents.

Mettre en place le processus sur une période définie et faire une synthèse des conclusions préconisées au terme de cette période.

Cependant, la démarche RDC n'est pas facile : elle demande du temps et de la patience. Elle apparaît ingrate à certains. La conduite du processus est délicate : il faut apprendre à gérer les désaccords et les difficultés personnelles des participants.

Pour ces raisons, nous recommandons par ailleurs d'alterner les séances de RDC avec des temps d'échange sur des problématiques moins délicates comme, par exemple, l'analyse de cas cliniques et des séances de formation.

2. Les pistes d'amélioration d'un suivi conjoint efficient

L'expérience a été menée sur un réseau local avec des implications dans le réseau lui-même. Cependant, nous pouvons émettre des recommandations plus générales à appliquer lors du suivi d'un patient par plusieurs soignants dans un réseau.

Lorsque l'on se voit confier un patient par un autre partenaire, il faut faire l'effort d'informer régulièrement le partenaire de l'évolution de la prise en charge et l'impliquer dans le suivi : le tenir au courant de l'évolution du suivi, lui demander son avis et en tenir compte. En somme : soigner la communication.

En cas de désaccord entre soignants, il ne faut pas impliquer le patient et s'en servir afin de régler des comptes. Les soignants doivent en parler entre eux et ne pas faire de commentaires au patient sur le partenaire.

Il faut au maximum tenter d'évoquer le désaccord sans blesser le partenaire et surtout éviter de fuir le conflit : c'est à travers la gestion des conflits que se construit le partenariat.

Eviter de confier un patient à une institution mais plutôt à un intervenant précis d'une institution pour personnaliser le suivi.

Si l'on s'adresse à un nouveau partenaire ou à un partenaire d'un autre champ : présenter son service, sa fonction, la relation que l'on a avec le patient. Et dire à l'intervenant concerné ce que l'on attend de lui.

Faire attention aux partenaires les plus exposés : professionnels de la précarité, médecins traitants, personnel des SAU, aidants familiaux. Ils sont en première ligne dans la prise en charge des patients, souvent isolés et moins expérimentés que les structures spécialisées.

Ne pas hésiter à solliciter les médecins traitants lors des prises en charge : ils sont bien plus disponibles pour participer aux suivis que ne le pensent les structures spécialisées.

Pour se parler, le téléphone reste l'outil principal et le mode épistolaire ne doit pas servir à masquer l'absence de réelle collaboration.

VI. CONCLUSION : la RDC permet-elle d'améliorer les pratiques de soins ?

La Revue des Dysfonctionnements des Collaborations est un outil expérimental visant à améliorer les relations entre soignants de différentes institutions confrontées à des suivis conjoints de patients. Cet outil a été formalisé et testé pendant un peu plus d'un an dans le cadre des activités du Réseau Ville Hôpital d'Addictologies Metz Thionville. Il correspondait à une volonté du réseau de développer et d'améliorer la coopération entre soignants de champs différents.

L'expérimentation a été menée jusqu'à son terme et a permis de mettre au point et de valider la méthodologie, inspirée de celle de la Revue de Morbi-Mortalité. Nous recommandons donc d'appliquer cette méthodologie pour la mise en place d'une RDC.

Au terme de cette année, nous pouvons dire que la RDC semble être un outil intéressant pour améliorer les relations et construire de la confiance entre soignants et entre institutions.

La RDC a permis aux participants de pointer du doigt les lacunes dans leurs rapports professionnels. Ils ont déjà en partie modifié leur comportement vis-à-vis de leurs partenaires professionnels en fonction des constatations qu'ils ont faites de ces lacunes. L'expérience leur a également apporté une meilleure connaissance du réseau qu'ils croyaient, à tort, connaître suffisamment.

La RDC a permis aux partenaires de s'apercevoir que chacun avait une « conception du soin » et une « notion de suivi conjoint » souvent différente. Ces points devront être travaillés ultérieurement par les partenaires.

Nous avons pu proposer, au terme de cette année, des recommandations générales pour améliorer les relations entre soignants d'un réseau.

Cependant, la RDC est un outil qui s'intègre dans un processus plus large pour faire vivre le réseau. Elle ne suffit pas à elle-même et devrait alterner avec des séances plus communes à type d'analyse de cas cliniques ou de séances de formation.

Cette expérience a été pour le réseau une nouvelle étape et un nouvel exemple de son caractère coopératif. Le développement d'autres actions telle que la RDC est un élément

fondamental dans ce type de réseau car il s'agit d'un moyen de le faire vivre et d'améliorer l'action des partenaires auprès des patients.

Il serait intéressant que cet outil soit appliqué à d'autres réseaux permettant ainsi de comparer les résultats à ceux obtenus ici.

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Principe d'évaluation des réseaux de santé. Paris : Direction de l'évaluation de ANAES ; 1999.

2. BOMBARDIER D. Mise à disposition d'un visiteur réseau auprès des pharmaciens et des médecins généralistes afin d'améliorer le suivi des toxicomanes pris en charge en médecine de ville 2003-2005. Rapport d'évaluation de Décembre 2006. Réseau Ville Hôpital Toxicomanie Metz/Thionville.

3. BRIANCON S, GIRARD F, EMPEREUR F, GUILLEMIN F, Evaluation des pratiques professionnelles. Revue d'Epidémiologie Et de Santé Publique. Paris : Ed. Elsevier Masson 2000 ; 48 : p. 541-550

4. BUTTARD A, GADREAU M. Fonder en raison une gouvernance en réseaux du système de santé français. 30ème Journées des économistes de la Santé Français [En ligne]. 4 et 5 décembre 2008, Université Paris Dauphine. [Consulté le 20/12/2010] Consultable à l'URL : http://www.ces-asso.org/docs/articles_JESF2008/buttard.pdf

5. CHARVET-PROTAT S, CASTRA L. Réseaux de soins : vers le développement d'une nouvelle logique pour l'organisation de l'offre de santé ? Perspectives sanitaires et sociales. Mars-Avril 2001 ; n° 155 : p 13-31.

6. CHAUBO C. Les réseaux de santé, Historique des réseaux. Le Bulletin Médical Calédonien. Mars 2005 ; n°40 : p 6-8.

7. DANIEL C, DELPAL B, LANNELONGUE C. Contrôle de l'évaluation du fond d'aide à la qualité des soins de ville (FAQS) et de la dotation de développement des réseaux (DDR). [En ligne] Rapport de synthèse. N° 2006 022. Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). Paris. Mai 2006. [Consulté le 20/12/2010] Consultable à l'URL : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000726/0000.pdf>

8. DHUME-SONZOGNI F. La coopération dans l'action publique : De l'injonction à faire ensemble à l'exigence du commun. Paris : L'Harmattan ; 2006.

9. DHUME-SONZOGNI F. Qu'est ce que le partenariat? Institut Social et Coopératif de Recherche Appliquée (ISCRA). [En ligne]. Mars 2002. [Consulté le 20/12/2010] Consultable à l'URL : <http://www.iscra.org/fichier.php?id=34>

10. DUPRE C, DANON M, DUSEHU E, GEFFROY L, GOLBERG J, MENARD J. et al. Évaluation des réseaux de soins : Bilan de l'existant et cadre méthodologique. Mission évaluation réseaux de soins Haute autorité de Santé. [En ligne]. Octobre 2001. [Consulté le 20/12/2010] Consultable à l'URL : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reseauxsoins.pdf>

11. DUMONT R, DUMOULIN Ph, BROSSE N et al. Travailler en réseau. Paris : Ed Dunod ; 2004.

12. GAY DEL SANTO J, CHABOT J-M, VESCOVALI N, POUTOUT G, VARROUD-VIAL M. L'impact de la loi Hôpital, patients, santé et territoire sur les réseaux de santé. Filières et Réseaux de Santé. Mai/Août 2009 ; n°26-27 : p. 30-35.

13. GREMY F, Les 19 ingrédients d'un réseau de soins coordonnés. Actualité et dossier en santé publique. Septembre 1998 ; n°24 : p 26-29.

14. HARDY-BAYLE MC. Organisation des systèmes de soins – filières et réseaux. Modules Transdisciplinaires Apprentissage de l'exercice médical. Programme ECN 2008.

15. HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE (Sous la Présidence du Pr Serge BRIANCON) La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique. *Avis et Rapport*. Paris : La documentation Française. Novembre 2009.

16. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Comment évaluer et améliorer votre pratique ? [En ligne] 2009. [Consulté le 20/12/2010] Consultable à l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_443273/comment-evaluer-et-ameliorer-votre-pratique

17. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Évaluation et amélioration des pratiques. Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Guide méthodologique. Paris : Novembre 2009.

18. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Évaluation et amélioration des pratiques. Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Aide pour l'analyse d'un cas. Paris : Novembre 2009.

19. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Évaluation et amélioration des pratiques. Revue de mortalité et de morbidité (RMM) et médecine générale. Paris : Novembre 2009.

20. LEVEQUE G, Réseaux et Partenariats. Formations, partenariats et territoires : livret méthodologique. Dijon : Educagri éditions ; 2001.

21. LARCHER P. Les enseignements des réseaux existants. Actualités et Dossier en Santé Publique. 1998 ; n°24 : p21-26.

22. LOI n° 2001-1257 du 23 décembre 2000 relative au financement de la Sécurité sociale. Journal officiel de la République française du 31 janvier 2001.

23. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel de la République française du 5 mars 2002. NOR2.5 MESX0100092L

24. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel de la République française du 22 juillet 2009. NOR SASX0822640L.

25. MASSE G, HOUVER J, MARTIN-LERAY C, GRAINDORGE E, KANNAS S. Santé mentale et réseaux. Encyclopédie médico-chirurgicale. 37-956-A-10.

26. MAUSS H. Les réseaux de santé : quelle réalité dans un système de santé cloisonné. Douleurs ; 2003 ; vol 4 n°4 cahier 2 : p1S10-1S24

27. MENARD D, KONOPINSKI L, DRAHI E. Réseau de santé : la qualité en pratique, contribution à une démarche collaborative d'amélioration de la qualité des soins. Paris : Coordination Nationale des Réseaux de Santé ; 2004 ; 163p.

28. ORDONNANCE n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal Officiel de la République française du 25 Avril 1996. NOR: TASX9600043R

29. PERSIN A. La Revue de Morbidité Mortalité en établissement de santé est-elle transposable en médecine générale ? [Thèse]. Médecine Générale : NANCY I : Université Henry Poincaré ; 2007.

30. SALAÛN F. Approche historique du thème des restructurations hospitalières à travers trois exemples parisiens au XIX siècle. Revue Française des Affaires sociales. Mars 2003 ; n°3 : p. 9-26.

31. SARRANDON-ECK A, VEGA A, FAURE M, HUMBERT-GAUDART A, LUSTMAN M. Créer des liens : les relations soignant-soignant dans les réseaux de soins informels. Revue d'épidémiologie et de Santé publique. Juin 2008 ; n° 1 : p. 387-394.

32. SCHEWEYER F-X. Réseaux de santé : vers une évolution de l'organisation des soins de proximité. La revue du Praticien Médecine Générale. Avril 2010 ; n° 840 : p. 314-315.

33. SOCIETE FRANCAISE D'ANESTHESIE REANIMATION. Revue de Morbi-Mortalité (RMM) en Réanimation. Guide Méthodologique. (Avec la participation du **Pr Paul-**

Michel MERTES). [En ligne]. Janvier 2010. [Consulté le 20/12/2010]. Consultable à l'URL : <http://www.srlf.org/Data/ModuleGestionDeContenu/application/845.pdf>

34. VINAS JM. L'avènement des réseaux : de la tuberculose aux ordonnances de 1996. Actualités et Dossier en Santé Publique. 1998. n° 24 : p13-14.

35. VINAS JM, LARCHER P, DURIEZ M. Réseaux de santé et filières de soins. Actualités et Dossier en Santé Publique. 1998. n° 24 : p13-14.

HEADLINE :

The Cooperation Malfunction Review : a tool to improve care practice ?

ABSTRACT :

Patient care can require collaboration between various carers. For care to be effective, the relationships between carers must be high quality.

We intend to offer a way to improve care practice by improving carers relationships.

A tool called Cooperation Malfunction Review has been tested in the Metz/Thionville Addiction Network. This tool consists in numerous ongoing meetings in this network, during which its carers have spoken out about failed care due to poor relationships between carers. The methodology is based on the Morbidity and Mortality Review methodology. A satisfaction survey was conducted at the end of the year.

The experience shows shortfalls in communication and in conflict management. Every structure has a different follow-up procedure. Carers have admitted that they have changed their attitude to the other network partners.

The Cooperation Malfunction Review seems to be a tool for enhancing relationships between carers and improving care practice.

VU

NANCY, le 18/01/2011

Le Président de Thèse

Professeur S. BRIANÇON

NANCY, le 24/01/2011

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/3526

NANCY, le 27/01/2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Contexte : La prise en charge d'un patient peut nécessiter la collaboration de divers soignants. Pour une prise en charge efficace, la relation entre soignants doit être de bonne qualité.

But : Proposer un moyen pour améliorer les pratiques de soin en améliorant la relation entre soignants.

Méthode : Un outil nommé Revue des Dysfonctionnements des Collaborations (RDC) a été testé dans le réseau d'Addictologies Metz/Thionville, réseau de type coopératif composé de plusieurs structures. Cet outil correspond à un ensemble de réunions périodiques au sein de ce réseau au cours desquelles ses soignants évoquent des prises en charge de patients ayant échoué du fait de mauvaises relations entre eux. La méthodologie est calquée sur celle de la Revue de Morbidité et de Mortalité. Une enquête de satisfaction a été menée à l'issue de l'année.

Résultats : L'expérience révèle des lacunes au niveau de la communication et de la gestion des conflits. La conception du suivi conjoint n'est pas toujours la même selon les structures. Les soignants admettent avoir modifié leur attitude envers les autres partenaires du réseau.

Conclusion : La RDC apparaît comme un outil à promouvoir pour améliorer la relation entre soignants ainsi que les pratiques de soins.

TITRE EN ANGLAIS : The Cooperation Malfunction Review : a tool to improve care practice ?

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2011

MOTS CLEFS : Revue des dysfonctionnements des collaborations, Revue de morbi-mortalité, relation soignants/soignants, partenariat, coopération, concertation.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY-1
Faculté de médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY cedex