

# Diplôme de Cadre de Santé



**ESM**

**Formation & Recherche en Soins**

**Université Paris-Est Créteil Val de Marne**

**La collaboration interdisciplinaire :**

*Un enjeu pour le cadre dans l'éducation thérapeutique*

Carole MARTIN

**DCS@15-16**

### **Note aux lecteurs**

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'Ecole Supérieure Montsouris.

## REMERCIEMENTS

Je tiens avant toute chose à remercier Monsieur Patrick FARNAULT, Directeur de mémoire, pour son accompagnement tout au long de ce travail de recherche.

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères et témoigner toute ma reconnaissance aux personnes, professionnels, pairs qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'école supérieure Montsouris pour leur bienveillance et leur disponibilité tout au long de la formation.

Et enfin je remercie chaleureusement ma famille, mon fils et mes amis pour leur soutien et leurs encouragements pendant ma formation.

# SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	4
1 Du constat au cheminement.....	6
2 Contexte.....	8
2.1 Les unités neuro-vasculaires :.....	8
2.2 Accident Vasculaire Cérébrale .....	8
2.2.1 Epidémiologie .....	9
2.2.2 Causes et facteurs de risques modifiables .....	10
2.3 Accident Vasculaire cérébrale et Santé Publique.....	10
2.4 Le rôle du cadre de santé.....	11
3 Cadre conceptuel .....	13
3.1 L'éducation thérapeutique .....	13
3.1.1 L'émergence de l'éducation thérapeutique .....	15
3.1.2 L'évolution du cadre législatif.....	15
3.1.3 La réglementation des professionnels de sante .....	17
3.1.4 Le programme d'éducation thérapeutique .....	20
3.1.5 Construire un programme d'ETP .....	22
3.1.6 Le financement des programmes .....	23
3.2 Le projet .....	24
3.2.1 La conduite de projet .....	25
3.3 L'équipe.....	26
3.3.1 Le travail en équipe .....	28
3.3.2 La dynamique d'équipe.....	30
3.3.3 L'interdisciplinarité .....	31
3.4 Le management .....	35
3.4.1 Le positionnement du cadre de proximité .....	37

3.4.2	Les styles de management.....	38
3.4.3	Le leadership .....	40
3.5	Question de recherche et hypothèse.....	41
4	Enquête.....	42
4.1	Méthodologie de l'enquête .....	42
4.1.1	Etude qualitative : l'entretien semi-directif .....	42
4.1.2	La grille d'entretien .....	43
4.1.3	Population cible .....	43
4.2	Déroulement des entretiens .....	44
4.2.1	Les Biais .....	44
4.2.2	Les points positifs .....	45
4.3	Traitement des données.....	45
4.4	Synthèse de la recherche.....	64
5	Les limites du mémoire .....	68
	CONCLUSION.....	69
	BIBLIOGRAPHIE .....	72
	ANNEXES	

## LISTE DES ABREVIATIONS

AFNOR : Association Française de Normalisation

AIT : Accident Ischémique Transitoire

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-soignant

ASE : Assistant socio-éducatif

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DU : Diplôme Universitaire

ETP : Education Thérapeutique au Patient

FFC : Faisant Fonction Cadre

HAS : Haute Autorisation de Santé

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

INPES : Institut National de Prévention et d'éducation pour la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SSPI : Salle de Surveillance Post Interventionnelle

UNV : Unité Neuro Vasculaire

## INTRODUCTION

Ce travail de mémoire est avant tout un travail de formation et de recherche personnelle qui s'inscrit dans le cadre d'une « initiation à la recherche » et ne prétend donc pas à une rigueur scientifique sans faille. Il reste néanmoins un exercice qui a nécessité un investissement important aussi bien d'un point de vue temporel que cognitif.

*« Le cheminement de l'élaboration du mémoire consiste à passer d'un constat, d'une opinion sur des phénomènes observés dans la pratique professionnelle à un point de vue argumenté par un étayage théorique et conceptuel. »<sup>1</sup>*

Dans mon parcours de faisant fonction de cadre de santé au sein d'une unité neuro-vasculaire, j'ai participé dans un premier temps à la mise en place d'évaluations pluridisciplinaires post-accident vasculaire cérébral. Dans un second temps le projet du service est de proposer une offre d'éducation thérapeutique aux patients au regard des besoins que le bilan de ces évaluations a pu mettre en évidence. La mise en place de ce programme est donc un projet que je vais mener à mon retour de formation. Il m'a donc semblé pertinent de profiter de ce temps de recherche pour pouvoir explorer ce sujet.

L'évolution des maladies chroniques est un véritable enjeu de santé publique qui oblige à repenser les parcours de soins. L'objectif étant de promouvoir un suivi et un accompagnement personnalisés et coordonnés du patient. C'est dans ce sens que la loi HPST de 2009 a inscrit dans l'ETP dans le code santé publique.

En pratique il s'agit de mieux coordonner les acteurs entre eux en élaborant des guides de parcours de soins afin d'optimiser les prises en charge. L'ETP est une offre de soins proposée aux patients atteints de maladie chroniques visant à aider le patient à acquérir des compétences afin de mieux vivre avec sa maladie.

---

<sup>1</sup> Guide du mémoire à l'usage des étudiants 2015-2016, Institut de formation des cadres de santé, GIP ESM-Formation et recherche en soins.p.1

Au regard de l'évolution croissante du nombre de patients victime d'AVC, un des trois axes principaux du plan AVC 2010-2014 est de développer l'ETP. C'est dans ce contexte qu'à lieu la genèse de ce projet comme nous le verrons dans la deuxième partie de ce travail.

En réponse à une demande croissante des professionnels de santé, associations, patients et des sociétés savantes, l'HAS et l'INPES ont élaboré un guide méthodologique afin que des programmes d'ETP structurés puissent être mis en œuvre, une question se pose alors : quel est le rôle du cadre dans cette mise en œuvre ? Pour appréhender ma question de départ je traiterai dans une troisième partie les concepts d'ETP, de projet, d'équipe, d'interdisciplinarité et de management. En effet le cadre de santé pour élaborer et mettre en œuvre un programme d'ETP, devra mobiliser des compétences en animation et conduite de projet en tenant compte des dynamiques de groupe et de la pluridisciplinarité de l'équipe.

La quatrième partie de ce travail sera consacrée à l'enquête, au traitement des données et à l'analyse, ceci me permettra de confirmer ou d'infirmer mon hypothèse. Ainsi en confrontant les résultats de l'analyse à mon cadre conceptuel j'espère pouvoir apporter un éclaircissement sur le rôle du cadre dans la mise œuvre d'un programme d'ETP.

## 1 Du constat au cheminement

Infirmière pendant six ans dans une Unité Neuro Vasculaire, j'ai toujours porté un intérêt particulier à l'éducation des patients. En effet, en 2010 dans le cadre d'un Diplôme Universitaire sur les pathologies neurovasculaires, mon mémoire traitait la question de l'ETP via une consultation infirmière.

Après l'obtention de ce diplôme, je n'ai pas pu concrétiser mon projet de mise en œuvre d'ETP car ce dernier ne correspondait pas à l'époque, à celui du service. Dans un contexte médico-économique contraint conduisant à une diminution de la durée moyenne de séjour, et au développement de filières de prise en charge des AVC, le temps consacré à l'éducation des patients n'était pas perçu comme une priorité.

J'ai ensuite décidé de changer de service et j'ai intégré la salle de surveillance post-interventionnelle. Le poste de cadre étant vacant, la cadre supérieure de pôle, m'a alors délégué la gestion des plannings infirmiers et aides-soignants ainsi que la gestion du matériel et de la pharmacie. Après une expérience d'un an de faisant fonction de cadre en SSPI et un report de financement pour intégrer l'institut de formation j'ai par la suite exercé un an en tant que FFC dans une unité neuro-vasculaire.

Pendant cette période passée dans ce service, j'ai participé à l'ouverture des évaluations pluridisciplinaires post-A.V.C, dont le premier bilan a révélé la nécessité de mettre en place un programme d'éducation thérapeutique pour les patients victimes d'A.V.C, afin de répondre au mieux à leurs besoins. En effet ces évaluations ont permis de mettre en évidence un manque de connaissances des patients sur leur pathologie, leurs facteurs de risque et sur leur traitement. A contrario, les évaluations pluridisciplinaires post-AVC et la mise en place d'un programme d'ETP sont des missions intégrées au cahier des charges des unités neuro vasculaires. En effet dans sa version de 2013, l'ARS stipule que ces unités doivent : « *prévenir les complications et les récives post-AVC en proposant aux*

*patients des programmes d'éducation thérapeutique et aux aidants des programmes de formations. ».<sup>2</sup>*

La loi HPST de 2009, a intégré l'ETP dans le parcours de soin des patients atteints d'une maladie chronique, ce qui a contribué au développement des programmes d'éducation thérapeutique. En effet depuis 661 programmes ETP ont été autorisés par l'ARS île de France mais seulement 6 programmes concernent les accidents vasculaires cérébraux.

En effet devant l'évolution constante du nombre de patients atteints d'une maladie chronique, nous sommes dans un contexte qui nécessite de repenser le soin et oblige à une réorganisation de celui-ci.

En France, l'AVC représente 150000 nouveaux cas/an, troisième cause de mortalité (1ère chez la femme),  $\frac{3}{4}$  des patients victimes d'un A.V.C gardent des séquelles définitives, 20% des patients ont une récurrence dans l'année qui suit. L'A.V.C est donc un véritable problème de santé publique. De nombreux A.V.C pourraient être évités en agissant sur de nombreux facteurs de risque tels que : l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'alcoolisme, l'hypercholestérolémie et l'obésité.<sup>3</sup>

Afin de répondre aux besoins des patients victimes d'A.V.C, le projet de service, au moment où j'intégrais la formation cadre de santé était de mettre en place un programme d'éducation thérapeutique.

Ma réflexion en tant que future cadre de santé m'amène à me questionner sur **le rôle du cadre de santé dans la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique dans une unité neuro vasculaire ?**

Afin d'appréhender le champ spécifique de l'ETP en unités neuro vasculaires, nous allons nous attacher à définir l'UNV, l'AVC, ses facteurs de risques et son épidémiologie afin de définir son contexte.

---

<sup>2</sup> [www.arsiledefrance.sante.fr](http://www.arsiledefrance.sante.fr), consulté le 26/01/16.

<sup>3</sup> <http://www.franceavc.com/>, consulté le 13/12/15.

## 2 Contexte

### 2.1 Les unités neuro-vasculaires :

Une unité neuro vasculaire est une unité rattachée à un service de neurologie. Elle est reconnue par l'ARS et ses missions sont clairement définies. Elle se compose d'une unité de soins intensifs neuro-vasculaires qui permet la surveillance 24h/24 des patients hospitalisés pour un accident vasculaire cérébrale qui nécessitent une surveillance hémodynamique. Elle comporte des lits dédiés à la suite d'une prise en charge spécialisée quand le patient ne nécessite plus une surveillance intensive.

*« Il existe des UNV « de territoire » qui sont des structures pivot d'une filière organisée pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et des accidents ischémiques transitoires (AIT). Elle peut également être dite « UNV de recours » si elle dispose de l'appui de services de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle.*

*Elle assure la prise en charge, à la phase initiale de leur maladie, d'au moins trois cents patients par an, sans discrimination d'âge, de gravité ou de nature (accident ischémique ou hémorragique). La mobilisation rapide et intense de l'ensemble des compétences médicales et paramédicales doit ainsi permettre des séjours de courte durée en UNV, relayée si nécessaire par les structures d'aval adaptées. »<sup>4</sup>*

### 2.2 Accident Vasculaire Cérébrale

Un AVC, appelé aussi « attaque », est lié à une perturbation de l'irrigation de certaines cellules du cerveau qui conduit majoritairement à un déficit neurologique localisé. En effet, les cellules nerveuses de la zone sont endommagées et périssent les fonctions corporelles perturbées après une attaque cérébrale et la

---

<sup>4</sup> <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/>, consulté le 28/02/16.

sévérité des séquelles dépendent de l'étendue et de la situation de la région touchée. Cette perturbation de l'irrigation peut être due à :

- Une artère bouchée par un caillot de sang, bloquant ainsi la circulation sanguine, provoquant ce qu'on appelle un AVC ischémique ou infarctus cérébral (80 % des AVC)
- La rupture de la paroi d'une artère ce qui déclenche une hémorragie intracérébrale (15 % des AVC),
- Une hémorragie méningée, le plus souvent causée par la rupture d'une malformation vasculaire congénitale (5 % des AVC)<sup>5</sup>

L'AVC est une reconnue comme affection longue durée. <sup>6</sup>(Cf. annexe 1 : liste des ALD)

### 2.2.1 Epidémiologie

Les AVC touchent environ 150 000 sujets par an, en France.

- 1 personne sur 5 décède dans le mois qui suit
- 3/4 des survivants en gardent des séquelles définitives
- 1/3 devient dépendant
- 1/4 ne reprendra jamais d'activité professionnelle
- 1/4 des patients qui ont fait un AVC sont dépressifs
- 15% des AVC surviennent chez les moins de 50 ans, 25% chez les moins de 65 ans, c'est à dire chez des personnes en activité professionnelle ou en âge légal de travailler, et plus de 50% chez les personnes de 75 ans et plus

La prévalence augmente au regard du vieillissement de la population, de la réduction des décès post-AVC et d'une prévention primaire peu développée.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-6-page-561.htm>, consulté le 01/03/16

<sup>6</sup> <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/>, consulté le 01/03/16.

<sup>7</sup> <https://www.sante-centre.fr/portail.pdf>, consulté le 01/03/16.

## 2.2.2 Causes et facteurs de risques modifiables

Les AVC peuvent être liés à certaine hygiène de vie (tabagisme, surcharge pondérale, obésité), à une certaine hérédité ainsi qu'à des facteurs de risques vasculaires (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, ...) ou à des maladies spécifiques (fibrillation auriculaire, troubles de la coagulation sanguine). L'âge moyen de survenue d'un accident vasculaire cérébral est de 70 ans, mais il peut se produire à tout âge.

Le Pr DAVY <sup>8</sup>explique également que « *80% des AVC pourraient être évités en ayant une meilleure hygiène de vie. Arrêter de fumer, limiter l'alcool, manger équilibré et faire au moins 30 mn d'activité physique chaque jour et en suivant correctement son traitement médical lorsqu'on souffre d'une maladie chronique comme le diabète, le cholestérol ou l'hypertension artérielle* ».

Les causes et les facteurs de risques sont multiples mais certains peuvent être modifiables par des actions de prévention telle que l'éducation thérapeutique au patient.<sup>9</sup>

## 2.3 Accident Vasculaire cérébrale et Santé Publique

Suite au rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC en France de 2008, Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN<sup>10</sup> a souhaité faire de la prise en charge des AVC une priorité nationale de santé publique.

Le Plan National AVC 2010-2014, s'articule autour de 3 axes principaux. Le 1<sup>er</sup> axe est d': « *améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC* » <sup>11</sup> dont une des actions est: « ***Développer l'éducation thérapeutique pour les patients victimes d'AVC*** »<sup>12</sup>

---

<sup>8</sup> Professeur DEVY, Coordonnateur du Département: Cardiologie et maladies vasculaire au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier. <http://www.pressestvnews.com/>, consulté le 03/02/16.

<sup>9</sup> [www.ars.iledefrance.sante.fr](http://www.ars.iledefrance.sante.fr), consulté le 28/02/16.

<sup>10</sup> Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé de mai 2007 à novembre 2010.

<sup>11</sup> <http://www.cnsa.fr/> Plan National AVC 2010-2014, consulté le 01/03/16.

<sup>12</sup> Ibid.

Le 3<sup>ème</sup> axe est d' : « **assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels** »<sup>13</sup> ce qui consiste à développer des programmes de formation des professionnels à l'éducation thérapeutique concernant les maladies cardio-neuro vasculaires dont l'AVC.

Ce plan met l'accent sur la prévention des récurrences après un premier AVC. En effet le risque de récurrence est estimé entre « **30 et 40 % à cinq ans. La précocité et la qualité de la prise en charge et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage permettent de limiter les séquelles et de prévenir les récurrences** »<sup>14</sup>.

## 2.4 Le rôle du cadre de santé

Le cadre de proximité est le premier niveau d'encadrement qui anime hiérarchiquement des équipes. Il est l'interface entre les équipes et la hiérarchie. Il fait partie d'un système de fonctionnement qui contribue à définir son positionnement et son niveau de responsabilité.

Le cadre de santé dans une unité de soins est garant de l'organisation et de la qualité des soins.

La DGOS a élaboré un référentiel de compétences pour les cadres de santé au regard de la réingénierie de la formation (document de travail). Ce référentiel établit les activités principales d'un cadre de santé en services de soins :

- Conception et coordination des organisations de soins et des prestations associées,
- Gestion de l'information, des moyens et des ressources du secteur d'activités
- Management, encadrement et animation des équipes pluri professionnelles
- Gestion et développement des compétences
- Animation de la démarche qualité et gestion des risques
- Mise en place et animation de projets
- Veille professionnelle, études et travaux de recherche et d'innovation

---

<sup>13</sup> Ibid.

<sup>14</sup> Ibid.

Dans ce contexte, il semblerait que la mise en place un programme d'éducation thérapeutique au sein d'une unité neuro vasculaire soit légitime. Ce programme devra cependant répondre aux recommandations éditées par l'HAS et obtenir une autorisation de l'ARS.

Mettre en place un programme d'éducation thérapeutique s'inscrit dans un véritable projet de service. Médecins et personnels paramédicaux sont mobiliser afin d'identifier les besoins des patients en matière d'ETP. L'équipe détermine par la suite des objectifs d'éducation afin de concevoir un programme structuré. Le cadre de santé, de par les missions qui lui sont confiées, aura un rôle essentiel dans la conduite de ce projet. Dans le cadre de ma recherche je m'intéresserai plus particulièrement au **rôle du cadre dans la mise en place d'un programme d'ETP.**

A ce stade, ma réflexion soulève plusieurs questions : Quelles stratégies managériales, le cadre, doit-il adopter pour conduire ce projet ? Comment va-t-il faire adhérer l'équipe au projet ? Comment va-t-il favoriser et fédérer la collaboration interdisciplinaire ?

Afin de poursuivre cette réflexion et d'apporter des éléments de réponse à ma question de départ je vais définir les concepts suivants : L'éducation thérapeutique, le projet, l'équipe, l'interdisciplinarité et le management.

## 3 Cadre conceptuel

### 3.1 L'éducation thérapeutique

Définition du Larousse :

Eduquer : étymologie : ex ducere, qui signifie « *conduire hors de* » et du latin educare : « *élever, instruire* ». Signifie : « *Former quelqu'un en développant et en épanouissant sa personnalité, développer une aptitude par des exercices appropriés, développer chez quelqu'un, un groupe, certaines aptitudes, certaines connaissances.* »

Thérapeutique : « *Partie de la médecine qui s'occupe des moyens - médicamenteux, chirurgicaux ou autres - propres à guérir ou à soulager les maladies* ». <sup>15</sup>

Selon l'OMS Europe 1998 l'éducation thérapeutique : « *a pour objet de former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. L'éducation thérapeutique du patient comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants.* »<sup>16</sup>

La définition de l'éducation thérapeutique selon Alain DECCACHE<sup>17</sup> est plus large et regroupe les notions évoquées ci-dessus : « *L'éducation du patient est un processus par étapes, intégré dans la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les*

<sup>15</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>, consulté le 20/12/15

<sup>16</sup> [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Definition\\_finalites\\_et\\_organisation\\_-\\_juin\\_2007.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Definition_finalites_et_organisation_-_juin_2007.pdf), consulté le 20/12/15

<sup>17</sup> Alain DECCACHE : Assistant à l'Unité d'éducation pour la santé, Université catholique, Louvain, Belgique (en 1989). Professeur de santé publique et responsable de l'Unité d'éducation pour la santé et d'éducation du patient à l'Université catholique de Louvain, Belgique (en 2012).

*soins, l'organisation et procédures hospitalières, les comportements de santé et ceux liés à la maladie, destinés à aider le patient (et sa famille), à comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge son état de santé et favoriser un retour aux activités normales ».*<sup>18</sup>

L'éducation thérapeutique est donc une activité qui place le patient au centre du processus de soin.

A ce sujet le rapport SAOUT<sup>19</sup> apporte une définition plus opérationnelle de l'éducation thérapeutique : « *L'éducation thérapeutique s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'évènements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événements intercurrents,...) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui... »*<sup>20</sup>

L'éducation thérapeutique concerne donc les actions que vont mettre en place les soignants à travers un apprentissage singulier et volontaire d'un patient. Ces actions sont liées au traitement préventif et/ou curatif.

Cette activité d'éducation fait partie intégrante de la fonction soignante. Elle consiste à aider les patients et leur famille à apprendre et à modifier leurs comportements de santé. Son objectif est d'accompagner le patient et sa famille dans l'acquisition de compétences d'autogestion et d'adaptation du traitement en fonction de sa pathologie.

Elle permet au patient d'être autonome dans ses choix, d'être responsable de sa santé et surtout d'être acteur de sa prise en charge. Une ETP ne se résume pas à une information ou à un conseil de prévention, même de qualité.

---

<sup>18</sup> <http://www.delplanque-formation.com/Files/educther%20V3.pdf>, consulté le 20/12/15

<sup>19</sup> Christian SAOUT, magistrat administratif, secrétaire général délégué du Collectif Inter associatif sur la Santé.

<sup>20</sup> Christian SAOUT Rapport pour une politique nationale d'éducation. Septembre 2008

### 3.1.1 L'émergence de l'éducation thérapeutique

Depuis la découverte de l'insuline en 1921, la pédagogie thérapeutique aide les patients diabétiques à gérer leur traitement. En 1972, l'effet de l'éducation thérapeutique est démontré par Léona MILLER<sup>21</sup>, ce concept émerge dans un premier temps dans les champs de la rééducation fonctionnelle et de la réadaptation.

Depuis une dizaine d'années, il existe une véritable prise de conscience de l'importance de cette approche préventive auprès de malades chroniques de plus en plus nombreux. « *Une meilleure relation soignant-soigné avec notamment l'implication du patient et l'acquisition de compétences permettent de réduire les effets négatifs des maladies chroniques et les incapacités qu'elles engendrent. Alors que dans les années 1990 les initiatives d'éducation thérapeutique reposaient essentiellement sur un engagement militant, on assiste depuis le début des années 2000 à l'émergence d'une volonté politique marquée par la Loi* »<sup>22</sup>

Afin de mieux appréhender ce concept d'éducation thérapeutique, il nous semble important de s'intéresser à sa réglementation.

### 3.1.2 L'évolution du cadre législatif

Dès 1986, la Charte d'Ottawa, première conférence internationale pour la promotion de la santé, adoptée le 21 Novembre 1986, a pour objectif la santé pour tous d'ici 2000 et au-delà. Elle rappelle que les conditions et ressources indispensables à la santé sont de pouvoir entre autre accéder à l'éducation.

La réforme hospitalière du 31 Juillet 1991 stipule que les établissements de santé participent à des actions d'éducation pour la santé et la prévention.

---

<sup>21</sup> MILLER Léona, médecin américain, ancienne chef de service de diabétologie qui a démontré en 1972 les effets bénéfiques d'une éducation thérapeutique aux patients diabétiques.

<sup>22</sup> BOURDILLON F., SANDRIN-BERTHON B., TISSOT F. Aspects institutionnels de l'éducation thérapeutique. Emergence d'une volonté politique Education thérapeutique Prévention et maladies chroniques. Abrégés. Paris Elsevier-Masson (2007). P.260-269

La création en 1992 du Comité National d'éducation pour la santé, qui depuis 2002 est devenu l'Institut National Pour l'Education à la Santé, s'inscrit dans ce sens.

L'OMS Europe détermine, en mai 1998, un programme de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Il détermine les compétences attendues d'un soignant pratiquant des activités d'ETP, ainsi que des objectifs généraux de leur fonction d'éducateur tels qu'être capable de : concevoir, diriger, planifier, coordonner et évaluer des programmes de formation en éducation thérapeutique des patients.

Par ailleurs, au regard du contexte socio-économique de crise, le gouvernement conscient des enjeux du vieillissement de la population et de la recrudescence des pathologies chroniques décide de mettre en place « Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 ». Ce plan s'articule autour de 4 objectifs principaux :

- 1°) aider chaque patient à mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer
- 2°) élargir la pratique médicale vers la prévention ;
- 3°) faciliter la vie quotidienne des malades ;
- 4°) mieux connaître les conséquences de la maladie sur leur qualité de vie

Afin d'atteindre ces objectifs le plan recommande l'intégration à la formation médicale de l'éducation thérapeutique, la rémunération de l'activité d'éducation du patient à l'hôpital et en ville, et la mise à disposition d'outils d'éducation thérapeutique pour les des médecins traitant.

Parallèlement l'HAS édite en juin 2007 le premier guide méthodologique de « *structuration d'un programme d'ETP du patient dans le champ des maladies chroniques* ».

La loi HPST de 2009, inscrit quant à elle, l'ETP dans le code de santé publique. Elle reconnaît l'ETP comme une thérapeutique à part entière, elle définit son cadre, son mode de financement et ses objectifs. La loi HSPT inscrit, in facto, l'ETP dans le parcours de soin du patient.

L'HAS inscrit l'ETP comme un des critères de certification dans son chapitre 2 sur la prise en charge du patient (critère 23.a°)<sup>23</sup> dans le manuel de certification V2010 des établissements de santé.

Après avoir retracé l'évolution législative de l'éducation thérapeutique, il me semble important de s'intéresser à comment son application se traduit dans la réglementation des professionnels de santé.

### 3.1.3 La réglementation des professionnels de santé

Le décret du 2 Août 2010 : légifère sur les professions qui peuvent dispenser de l'ETP Art. D. 1161-1. – « *L'éducation thérapeutique du patient peut être dispensée par les professionnels de santé mentionnés aux livres Ier et II et aux titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie du présent code. « Elle peut être assurée avec le concours d'autres professionnels. « Les membres des associations agréées conformément à l'article L. 1114-1 et des organismes œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, la prévention ou l'éducation pour la santé peuvent participer à l'éducation thérapeutique du patient dans le champ déterminé par les cahiers des charges mentionnés à l'article ».*<sup>24</sup>

Ce décret d'application de la loi HPST de 2009 répertorie 15 compétences nécessaires pour dispenser l'ETP. Ce premier référentiel s'appuyait sur les recommandations de l'OMS de 1998 relatives à l'ETP. Il stipule dans l'article 2 que « *l'acquisition des compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient requiert une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignements théoriques et pratiques, pouvant être sanctionnée notamment par un certificat ou un diplôme* ». Et que « *Ces compétences s'acquièrent dans le cadre soit de la formation initiale ou du développement professionnel continu pour les professionnels de santé, soit par des actions de formation continue* »<sup>25</sup>.

---

<sup>23</sup>HAS : Manuel de certification des établissements de santé V2010.

<sup>24</sup> <http://www.legifrance.gouv.fr/JO>, consulté le 10/01/2016

<sup>25</sup>ibid.

Ainsi, il m'apparaît essentiel de rappeler que la mise en œuvre d'ETP nécessite de former des professionnels de santé comme l'exige la législation afin de pouvoir dispenser des soins de qualité.

En Juin 2013 l'INPES modifie le référentiel de compétences en le divisant en deux, l'un portant sur les compétences liées à la dispensation de l'ETP et le deuxième sur les compétences liées à la coordination des programmes d'ETP.

Cela met en exergue la complexité de l'ETP et les compétences nécessaires à développer et à mobiliser pour dispenser ces activités. Ces compétences sont réparties en trois grands domaines : technique, relationnel-pédagogique, et socio-organisationnel.<sup>26</sup>

Le Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 : relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient précise que :

*Art. R. 1161-2 - Pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient, les personnes mentionnées aux articles D. 1161-1 et R. 1161-3 disposent des compétences suivantes :*

*« 1° Des compétences techniques permettant de favoriser une information utile du patient sur la maladie et le traitement, de fournir les éléments nécessaires au suivi et à l'organisation. Pour la coordination, ces compétences sont adaptées à la conception des dispositifs d'intervention et d'analyse des données ainsi qu'à la stratégie d'animation des équipes ;*

*« 2° Des compétences relationnelles et pédagogiques permettant de développer un partenariat avec les patients. Pour la coordination, ces compétences sont adaptées au développement des apprentissages et aux échanges au sein des équipes et avec les partenaires ;*

*« 3° Des compétences organisationnelles permettant de planifier des actions et de conduire un projet d'éducation thérapeutique du patient. Pour la coordination, ces compétences sont adaptées à la planification et à l'évaluation des actions menées, à l'identification des canaux de communication les plus appropriés ».*<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup><http://www.inpes.sante.fr/FormationsEpS/pdf/dispenser-ETP.pdf>, consulté le 28/03/16

<sup>27</sup><http://www.legifrance.gouv.fr/JO>, consulté le 10/01/2016

L'arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes ETP, rend obligatoire la formation de 40h pour tous les intervenants et coordinateurs de programme :

*« Les intervenants ainsi que le coordonnateur doivent justifier des compétences en ETP définies par l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'ETP. Une attestation de formation, délivrée par un organisme de formation, est fournie par chaque membre de l'équipe et doit notamment mentionner le nombre d'heures et le contenu du programme de la formation suivie. En l'absence de formation, une expérience rapportée par écrit d'au moins deux ans dans un programme d'éducation thérapeutique autorisé sera acceptée sur une période transitoire de deux ans après parution du présent arrêté »<sup>28</sup>*

La formation des professionnels de santé à l'ETP comprend 3 niveaux :

- Une formation de niveau 1 de 40h minimum pour les participants aux programmes,
- Une formation de niveau 2 de 80h pour les coordonnateurs de programmes,
- Une formation de niveau 3 : DU ou Master

In fine, pour pouvoir pratiquer des activités d'éducation thérapeutique, il est nécessaire que le personnel soignant acquière des compétences en ETP. Le cadre devra alors organiser un plan de formation pour les agents impliqués dans le projet d'ETP. L'équipe ETP élaborera ensuite un programme d'ETP structuré autour des besoins des patients. Il sera soumis ensuite à l'Agence Régionale de Santé comme le stipule le Décret n°2010-904 et l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux conditions pour obtenir une autorisation.

Un programme d'éducation thérapeutique est un programme défini et encadré par l'HAS devant répondre à des recommandations que je vais retracer.

---

<sup>28</sup> Ibid.

### 3.1.4 Le programme d'éducation thérapeutique

L'HAS définit le programme d'ETP comme un : « *ensemble coordonné d'activités d'éducation animées par des professionnels de santé ou une équipe avec le concours d'autres professionnels et de patients. Ce programme est destiné à des patients et à leur entourage.* »<sup>29</sup> L'objectif du programme étant l'acquisition et le maintien de compétences d'auto soins, l'acquisition et/ou la mobilisation de compétences d'adaptation. Un programme est donc établi dans un contexte donné et pour une période précise.

Il permet de définir dans un contexte donné Qui fait Quoi, Pour qui, Où, Quand, Comment et Pourquoi mettre en œuvre et évaluer une éducation thérapeutique.

Il est spécifique à une pathologie chronique identifiée. « *Sont concernées, sauf exception répondant à un besoin particulier à expliciter, une ou plusieurs des trente affections de longue durée exonérant du ticket modérateur (ALD 30) ainsi que l'asthme et les maladies rares ou un ou plusieurs problèmes de santé considéré(s) comme prioritaire(s) au niveau régional* ». <sup>30</sup>

Les programmes d'ETP peuvent être élaborés par des sociétés savantes, des organisations professionnelles médicales et paramédicales, des groupes de professionnels de santé et les associations de patients. La collaboration entre professionnels de santé et associations de patients est fortement recommandée et encouragée.<sup>31</sup>

Une offre d'ETP peut être proposée à tout stade de la maladie en s'intégrant au parcours de soins, elle peut s'adresser au patient et à sa famille. Elle peut être initiale, de renforcement ou approfondi. Un programme d'ETP doit s'appuyer sur une démarche éducative :

---

<sup>29</sup> [www.HAS.fr](http://www.HAS.fr), consulté le 17/01/16

<sup>30</sup> Op.cit. site de l'INPES.

<sup>31</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp - definition finalites - recommandations juin 2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf), consulté le 10/11/15.

**Elaborer un diagnostic thérapeutique**, lequel va définir le programme proposé au patient : C'est une étape fondamentale qui sert à recueillir des données générales afin d'appréhender les différents aspects de la personnalité du patient, d'identifier ses besoins, d'évaluer ses potentialités de fonctionnalité et de prendre en compte ses demandes et son projet de vie. L'entretien avec le patient conduisant au diagnostic éducatif va permettre de cerner l'organisation de ses connaissances, la compréhension des événements, ses croyances de santé, les représentations du patient. C'est le moment d'expliquer la démarche éducative proposée et de clarifier les intentions éducatives du soignant. La négociation d'un contrat d'éducation en partenariat autour d'un engagement doit être formalisée par écrit. Enfin un guide d'entretien permet au soignant de pratiquer une écoute non sélective.

**Définir un programme personnalisé**, il s'agit de choisir et de formuler avec le patient les compétences à développer en tenant compte de la stratégie thérapeutique et des priorités du patient, définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage, planifier les séances d'ETP individuelles, collectives ou en alternance.

**Conduire des séances d'ETP**, les séances collectives (8 à 10 personnes) permettent de rassembler les patients qui ont des objectifs éducatifs similaires, elles sont propices au partage d'expérience et elles font appel à des patients pour compléter l'intervention des professionnels de santé. Les séances individuelles sont plus faciles d'accès pour les patients ayant une dépendance physique, sensorielle ou cognitive, ou des difficultés à se trouver en groupe. Elles permettent une meilleure adaptation à la réalité de vie du patient. Cette étape demande la construction de séquences pédagogiques, d'outils support à l'ETP.

**Evaluer l'atteinte des objectifs et des compétences acquises par le patient.** Cette évaluation ne doit pas être une sanction excluant le patient de la situation d'évaluation. Il s'agit de mettre en valeur les compétences acquises par le patient. Elle permet de collecter des informations pertinentes, fiables valides afin de les comparer à des éléments de référence ou de normes (le diagnostic éducatif peut servir de référence). Elle permet également au patient de s'exprimer sur le

déroulement et le contenu du programme, sur son vécu de la maladie, sur les bénéfices de l'ETP.

L'ETP repose aussi sur des activités de **coordination entre les intervenants du programme et les autres intervenants du parcours de soins**. Il s'agit aussi de transmettre des informations sur la synthèse du diagnostic éducatif, du programme et des séances d'ETP ainsi que sur l'évaluation individualisée et le suivi éducatif envisagé.

Chaque programme doit faire l'objet d'une **auto-évaluation annuelle collective et participative**. Cette évaluation vise à améliorer le processus d'ETP, sa conception, son organisation, sa réalisation et son évaluation. Elle permet le réajustement des pratiques professionnelles et l'évaluation de la satisfaction des soignants. Cette évaluation s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins.<sup>32</sup>

### 3.1.5 Construire un programme d'ETP

Le programme doit être, rédigé par un groupe multidisciplinaire comprenant des usagers, réalisé selon une méthode explicite et transparente, être scientifiquement fondé à partir des données disponibles (recommandations professionnelles, littérature scientifique, consensus professionnel). Il est amené à être enrichi par des retours d'expérience des patients et de leurs familles tant sur le contenu que sur les ressources éducatives. Afin de déterminer les finalités, les méthodes et l'évaluation de l'ETP, le programme doit faire appel à plusieurs disciplines et respecter les critères de qualités pour une ETP structurée.

Il doit comporter les éléments suivants :

- La population cible
- Les buts du programme d'ETP,
- Le contenu des séances d'ETP
- Les professionnels de santé concernés et les autres intervenants

---

<sup>32</sup> [www.HAS.fr](http://www.HAS.fr), consulté le 17/01/16

- Les adaptations du format selon les besoins spécifiques de la population
- Les compétences d'auto-soins, les compétences dites de sécurité, les compétences psychosociales à acquérir par le patient.
- La planification et l'organisation des offres d'ETP et des séances d'ETP
- Les modalités de coordination de tous les professionnels impliqués
- Les modalités d'évaluation individuelle des acquisitions et des changements.

### 3.1.6 Le financement des programmes

La structure disposant d'un programme d'ETP peut recevoir trois types de forfait par l'intermédiaire du fond d'investissement régional géré par l'ARS.

- 1°) Un forfait pour la structuration initiale du projet de 1000 euros, versé en une seule fois en début de programme.
- 2°) Un forfait pour la formation de professionnels de 1000 euros par professionnel, dans la limite de deux par an et par type de programme.
- 3°) Un forfait par programme et par patient dont le montant varie selon le nombre de séances proposées aux patients. Soit 250 euros pour le diagnostic éducatif et 3 à 4 séances en ateliers collectifs ou individuels, ou 300 euros lorsque le nombre de séances est de 5 ou 6.

Ce forfait couvre : le diagnostic éducatif initial ; la rémunération des professionnels pour l'animation des séances, y compris le temps de coordination et la transmission des informations, l'évaluation individuelle finale du bénéfice de l'éducation thérapeutique pour le patient et la synthèse écrite ; les frais de fonctionnement. En cas d'abandon du programme par le patient après le diagnostic éducatif initial et la 1ère séance une indemnisation de 100 euros est prévue.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> <http://www.ars.sante.fr/Le-financement>, consulté le 06/05/16.

Après cet éclairage théorique sur l'ETP, il s'agit maintenant d'aller explorer le concept de projet.

### 3.2 Le projet

Le projet est un ensemble d'actions que l'on souhaite réaliser dans un but précis. Selon Jean-Jacques NERE<sup>34</sup>, un projet est « *une démarche conduisant à des résultats observables destinés à un ou plusieurs bénéficiaires, accompagnée d'un faisceau de contraintes.* »<sup>35</sup>

Pour l'AFNOR le projet est « *mis en œuvre pour élaborer la réponse au besoin d'un utilisateur, d'un client ou d'une clientèle et il implique un objectif et des actions à entreprendre avec des ressources précises* » Aussi c'est: « *une démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir* »<sup>36</sup>

Un projet est constitué deux phases :<sup>37</sup>

#### La phase de conception du projet qui consiste à

- Analyser la situation (exploration des possibilités)
- Expliciter et Elaborer l'espace projet (opportunités)
- Evaluer la faisabilité du projet et le valider (concrétisation)
- Rechercher les sources de la créativité (dans toutes les étapes)

#### La phase de réalisation du projet qui consiste à :

- Planifier les étapes (ordonnancement des tâches)
- Rechercher et mettre en place les moyens (matériels, économiques, humains)
- Déterminer les procédures (ensemble de savoir-faire à utiliser)
- Gérer les écarts (assimiler les imprévus à la démarche)

---

<sup>34</sup> Jean-Jacques NERE, Diplômé d'HEC, Conseil pour des comités de direction et consultant en management.

<sup>35</sup> Jean-Jacques NERE, Le management de projet, Ed PUF, 3<sup>ème</sup> édition, 2012, p10.

<sup>36</sup> Norme AFNOR/Z 67-100-1

<sup>37</sup> Jean-Pierre BOUTINET. Psychologie des conduites de projets. Ed. PUF, 4<sup>ème</sup> édition : Paris.2006, p.96.

Après avoir présenté le projet, il s'agit maintenant de comprendre comment le cadre met en œuvre celui-ci à travers la conduite de projet.

### 3.2.1 La conduite de projet

La conduite de projet s'articule autour de 4 axes :

- La gestion de l'organisation et des ressources :

Le cadre de santé a pour mission la gestion et l'organisation des ressources (personnel, matériel et logistique) nécessaires à la réalisation du projet. Le but de cette étape est d'assurer le suivi et le contrôle des coûts, des délais, et l'atteinte des objectifs.

- La communication :

La communication autour du projet est un facteur de réussite et une étape importante du projet. Cette étape est déterminante car elle accompagne le changement induit par tout projet. En communiquant sur le projet, le cadre va permettre à chacun de se situer au niveau des actions à mener et des délais à respecter. L'implication et la communication du cadre vont influencer sur la motivation de l'équipe. Au niveau organisationnel, le cadre doit veiller au soutien de la hiérarchie, communiquer sur l'avancement du projet et sur les éventuelles difficultés rencontrées.

- Le management de l'équipe :

La mise en place d'un programme d'ETP nécessite de constituer une équipe pilote. Les membres de l'équipe sont choisis pour leurs compétences, leurs motivations et l'entente entre les membres. En facilitant les échanges entre les personnes impliquées dans le projet le cadre favorise la cohésion de l'équipe. Le cadre doit fixer des objectifs clairs et précis et les faire connaître, permettre la participation de l'équipe aux prises de décisions, organiser et animer des temps

d'échanges et de réflexion permettant à chacun d'exprimer ses idées. Ces temps d'échanges sont également des espaces de créativité, source de motivation pour l'équipe. Le but est pour le cadre de mobiliser l'équipe autour du projet. L'adhésion de l'équipe au projet étant un facteur majeur de sa réussite.

- L'évaluation :

Comme tout projet, le programme d'ETP fera l'objet d'une évaluation une fois par an selon les recommandations de l'HAS. Cette évaluation permettra, par l'analyse des pratiques professionnelles, par une mesure de la satisfaction des patients et de l'atteinte des objectifs, un réajustement des pratiques contribuant à une amélioration continue de la qualité des soins. Le cadre en communiquant les résultats de l'évaluation à toute l'équipe favorisera le maintien de la motivation des équipes ainsi que leur diffusion au sein de l'organisation, auprès des différents partenaires et associations de patients. Cela permettra une reconnaissance et une valorisation du travail effectué par le groupe.

### 3.3 L'équipe

L'ETP est un travail d'équipe qui nécessite une collaboration entre professionnels de santé de disciplines différentes.

Comme le souligne Sonia BAL<sup>38</sup>, dans Soins Cadres, « *le travail en équipe est fondamental à la poursuite de tout projet commun* »<sup>39</sup>. La cohésion d'équipe est un facteur de réussite de projet. Il est donc important de comprendre ce qu'est une équipe et d'identifier quels sont les facteurs pouvant favoriser cette cohésion d'équipe.

Le Larousse définit l'équipe comme un : « *Ensemble de personne travaillant à une même tâche. (..) Groupe de personnes unies par des activités, des intérêts communs* »<sup>40</sup>.

---

<sup>38</sup> Sonia BAL, Cadre de santé, SSR, Centre Hospitalier de Cholet.

<sup>39</sup> Sonia BAL, Cohésion d'équipe et rôle du cadre de santé, Soins cadre n°79, Août 2009, p.43.

<sup>40</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>, consulté le 01/03/2016.

Pour le Professeur LAFON<sup>41</sup>, l'étymologie du mot équipe « viendrait du vieux français « esquif » qui désignait à l'origine une suite de chalands attachés les uns aux autres et tirés par des hommes, est-ce l'image des bateliers tirant sur la même corde ou celle de bateaux attachés ensemble... toujours est-il qu'on a parlé un jour d'équipe de travailleurs pour réaliser une œuvre commune, puis ensuite d'une équipe de sportifs pour gagner un match. Il y a donc dans ce mot un lien, un but commun, une organisation, un double dynamisme venant aussi bien de la tête que de l'ensemble une victoire à gagner ensemble. »<sup>42</sup>.

Ainsi dans le projet d'ETP le but commun ou la victoire de l'équipe serait la mise en place d'un programme d'ETP validé par l'ARS.

Selon CAUVIN<sup>43</sup> « Le statut d'équipe connaît tous les degrés de formalisation, à commencer par l'absence de statut, mais elle est lieu où se développent les solidarités, où se renforcent les actions de chacun par le jeu des échanges, où s'unifie l'activité, où se crée un esprit d'équipe. »<sup>44</sup>

Ces définitions soulignent qu'une équipe est constituée par des individus qui interagissent entre eux et **collaborent** pour atteindre des **objectifs communs**. Dans un environnement hospitalier, l'équipe est constituée par des professionnels qui exercent au sein d'un même service, où **les rôles de chacun sont déterminés, interdépendant et coordonnés par un responsable désigné**.

MUCCHIELLI<sup>45</sup> quand à lui perçoit l'équipe comme « une entité renforcée par le désir de collaborer au travail collectif en s'efforçant d'en assurer le succès [...] Dans la mesure où comme le disait Durkheim<sup>46</sup> « les valeurs morales sont des valeurs sociales », il n'est pas étonnant de constater que l'appartenance à une équipe devient rapidement une éthique. Toute équipe possède ses propres

---

<sup>41</sup> Psychiatre. Professeur titulaire de la chaire de clinique des maladies mentales et nerveuses à la faculté de médecine de Montpellier (en 1964). Membre fondateur de l'institut de psychopédagogie médico-sociale de Montpellier

<sup>42</sup> Robert LAFON, Roger MUCCHIELLI, Le travail en équipe, ESF Editions, Paris, 1996, p 5.

<sup>43</sup> Pierre CAUVIN, Docteur en sciences sociales, diplômé de Sciences politiques et de la Vanderbilt Graduate School of Management.

<sup>44</sup> Pierre CAUVIN, La cohésion des équipes, Ed ESF, Paris, 1997, p.9.

<sup>45</sup> Roger MUCCHIELLI, psycho-sociologue et psychopédagogue, agrégé de philosophie et neuropsychiatre.

<sup>46</sup> Émile DURKHEIM, sociologue français, considéré comme le père fondateur de la sociologie française.

*normes, valeurs et codes moraux auxquels chacun se retrouve, ce qui soude ses membres et crée un véritable esprit d'équipe »<sup>47</sup>.*

Cette définition apporte une dimension sociale selon laquelle pour appartenir à une équipe il faut pouvoir s'identifier à elle, les **valeurs individuelles** sont assimilées à des **valeurs collectives** ce qui crée un **sentiment d'appartenance à une équipe**. Ce sentiment d'appartenance à une équipe entraîne alors une **cohésion entre les acteurs**. Ainsi le cadre de santé « *en communiquant autour des valeurs du service favorisera l'instauration de lien social et l'émergence de conduites collectives performantes et la motivation au travail* ».<sup>48</sup> Cette identification à un groupe entraîne ainsi un engagement personnel dans le travail collectif.

*« Etre le garant des valeurs et des normes du service est un moyen pour le cadre de se positionner et d'asseoir son autorité. Il incarnera les valeurs du groupe et se trouvera en position de manager reconnu ».*<sup>49</sup>

### 3.3.1 Le travail en équipe

En effet dans son ouvrage « le travail en équipe » MUCCHIELLI a identifié plusieurs facteurs favorisant le travail en équipe :

- Une communication facile entre chaque membre,
- La liberté de parole de chacun et le respect des opinions exprimées,
- L'entraide, la volonté d'aider un membre défaillant,
- La connaissance des aptitudes et des limites de chacun,
- La division du travail après l'élaboration d'objectifs communs et partagés.

L'efficacité d'un travail en équipe dépend de l'homogénéité du groupe autour de normes et de valeurs communes, mais elle dépend également d'une certaine hétérogénéité des compétences des individus, chacun des membres

---

<sup>47</sup> Robert MUCCHIELLI, Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité au travail, Ed ESF, 2011, p.37.

<sup>48</sup> Sonia BAL, Revue Soins Cadre : Cohésion d'équipe et rôle du cadre de santé, n°79, p.45.

<sup>49</sup> <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Travail-en-equipe-Positionnement>, consulté le 03/03/16.

s'enrichissant des compétences des autres. Cette hétérogénéité dans l'équipe permettra une répartition claire des tâches entre les membres de l'équipe.<sup>50</sup>

Cette hétérogénéité est également source de créativité du groupe et de richesses dans les échanges. « *Cette complémentarité peut donc devenir un facteur important d'efficacité et de progrès mutuel.* »<sup>51</sup> L'objectif du travail en équipe est de répartir les tâches de chacun et de travailler collectivement dans un but commun qui est de prodiguer des soins aux patients.

La coopération entre les membres de l'équipe, la mutualisation des savoirs et la connaissance du rôle de chacun crée des compétences collectives. En effet MUCCHIELLI souligne que ces compétences collectives sont plus importantes que la somme des compétences de chacun utilisées séparément. Le cadre de santé devra alors rassembler l'équipe autour de valeurs communes mais aussi tenir compte des individualités dans le groupe et des intérêts de chacun.

Par ailleurs dans son ouvrage MUCCHIELLI rappelle que « *travailler en équipe n'est pas inné. C'est une compétence qui s'apprend, se travaille. L'efficacité d'une équipe n'est pas seulement une affaire de cohésion et d'organisation. Elle s'appuie sur des règles, une dynamique qui doivent être maîtrisées pour conduire à la réussite de l'équipe.* »<sup>52</sup>

Ainsi pour qu'un groupe puisse évoluer avec son environnement, il a besoin de se structurer. Le cadre a alors pour rôle de rappeler des règles et les responsabilités de chacun, de donner des repères permettant ainsi de rassurer les membres de l'équipe. « *Ce rappel des règles est également un moyen d'éviter les conflits dans un groupe et facilite les relations internes en cas de désaccord.* »<sup>53</sup>

Dans un article tiré de la revue Soins Cadres, Sandra Le MEUR<sup>54</sup> rappelle que « *la communication est un outil indispensable dans le milieu du travail où il existe*

---

<sup>50</sup> Op.cit. source Pierre CAUVIN

<sup>51</sup> Op.cit. Robert LAFON, Roger MUCCHIELLI p.35.

<sup>52</sup> Op.cit. Robert MUCCHIELLI, p.29.

<sup>53</sup> Op.cit. Sonia BAL, p.47.

<sup>54</sup> Sandra Le MEUR, Cadre de santé, hôpital Alfred BRARD, Guémené-sur-Scorff.

*une collaboration. » Et que « la capacité du cadre à communiquer est un atout pour garantir une dynamique d'équipe. »<sup>55</sup>.*

Comme le dit MINTZBERG<sup>56</sup>, par son « rôle de diffuseur », le cadre occupe une place centrale dans la communication, il peut ainsi faciliter les échanges. *« La communication permet de renforcer la cohésion du groupe (...). C'est également un moyen permettant au cadre de faire évoluer une situation avec l'implication des agents. »<sup>57</sup>.*

Ainsi en organisant des temps d'échanges, permettant la liberté d'expression de chaque individu et en facilitant la circulation des informations le cadre de santé accentue la cohésion de l'équipe.

### 3.3.2 La dynamique d'équipe

Le concept de « dynamique de groupe » est inventé par Kurt Lewin<sup>58</sup> en 1944. Selon sa théorie, *« les conduites humaines sont à envisager comme la résultante non seulement du champ des forces psychologiques individuelles, mais de celui des forces propres au groupe auquel l'individu appartient. »<sup>59</sup>*

Il est convenu qu'à partir de 4 personnes dans une équipe apparaissent des phénomènes de groupe. La dimension de groupe restreint semble plus appropriée pour décrire une équipe d'ETP.

Selon ANZIEU, le groupe primaire ou restreint : *« est déterminé par son nombre restreint, par le fait que chacun a une perception individualisée de l'autre et que les échanges interindividuels sont nombreux. Les participants ont en commun les mêmes buts. Il existe une interdépendance, une solidarité en dehors des réunions*

---

<sup>55</sup> Sandra LE MEUR, Revue Soins cadres : l'enjeu de la communication du cadre de santé au sein de l'équipe, n°78, mai 2011, p.52.

<sup>56</sup> Henry MINTZBERG. Le manager au quotidien : les dix rôles du cadre. Paris : Eyrolles, Edition d'Organisation, 2009, p.103.

<sup>57</sup> Op.cit. Sandra LE MEUR.p.54.

<sup>58</sup>Kurt LEWIN, psychologue américain spécialisé dans la psychologie sociale et le comportementalisme, acteur majeur de l'école des relations humaines.

<sup>59</sup>[www.universalis.fr/encyclopedie/dynamique-de-groupe/](http://www.universalis.fr/encyclopedie/dynamique-de-groupe/):consulté le 12/03/16.

*et actions communes, très forte, d'où la constitution de sous-groupes (relation affective). Des normes, des signaux et des rites propres s'érigent »<sup>60</sup>*

La dynamique d'une équipe est donc relative à un mouvement, une force, une énergie émise par le groupe dont les membres œuvrent, travaillent dans le même sens en poursuivant les mêmes objectifs. Alors le cadre de santé par sa capacité à communiquer autour des valeurs du service et en facilitant les échanges entre les membres de l'équipe renforcera le sentiment d'appartenance au groupe et favorisera ainsi la collaboration entre les professionnels. La cohésion dans une équipe et la collaboration entre les acteurs sont des facteurs essentiels au maintien d'une dynamique d'équipe efficace.

*« Une équipe de soins doit devenir un lieu d'évolution personnelle, un lieu où on tend vers l'amélioration et l'excellence donc un lieu de circulation des connaissances où les uns se mettent à l'école des autres. Le cadre étant le responsable désigné de l'équipe, il doit entretenir ce climat et cette volonté d'évolution. »<sup>61</sup>*

L'équipe d'ETP étant composée de professionnels ayant des fonctions différentes, le concept d'interdisciplinarité va permettre d'apporter une nouvelle dimension au concept d'équipe.

### **3.3.3 L'interdisciplinarité**

Plusieurs savoirs, concepts et méthodes issus de disciplines différentes mais complémentaires comme la médecine curative, la médecine préventive, la santé publique, la pédagogie, la psychologie et la sociologie viennent enrichir l'ETP. Dans un article tiré de la revue de la société d'éducation thérapeutique

---

<sup>60</sup> Didier ANZIEU, Jacques Yves MARTIN, La dynamique des groupes restreint, Ed PUF, 12<sup>ème</sup> édition, sept.2000, p.4-5.

<sup>61</sup> Patrick FARNAULT, cours sur la gestion de la dynamique du travail en équipe. ESM, dispensé le 05/01/16.

européenne, il est noté que le concept d'interdisciplinarité semble être celui qui convient le mieux à la pratique de l'ETP<sup>62</sup>.

Une discipline scientifique selon KHUN<sup>63</sup> est « *un ensemble de connaissances et de compétences construites et standardisées par un groupe de personne ayant des intérêts communs en fonction d'un paradigme pur répondre à un questionnement* ». <sup>64</sup>

Selon BERGER<sup>65</sup> l'interdisciplinarité « *se caractérise comme une interaction entre les disciplines qui peut aller de la simple communication des idées jusqu'à une intégration mutuelle des concepts directeurs, de l'épidémiologie, de la terminologie, de la méthodologie et des procédures.* »<sup>66</sup>

Pour MAINGAIN, DUFOUR et FOUREZ <sup>67</sup> « *l'interdisciplinarité émerge face à la conscience des limites d'une approche disciplinaire et face à un besoin de se donner une représentation commune, dans un contexte, en vue d'un projet commun.* »<sup>68</sup>

Dans une équipe interdisciplinaire, les compétences de chacun des professionnels se chevauchent, s'harmonisent. L'interdisciplinarité se caractérise par une plus grande interactivité et une véritable dynamique de groupe. La collaboration entre les professionnels vise l'atteinte d'objectifs communs. Dans un projet d'ETP, le but commun des professionnels de santé est d'atteindre les objectifs fixés avec le patient en début de programme afin que celui-ci puisse acquérir des compétences lui permettant de mieux vivre avec sa pathologie.

---

<sup>62</sup> Xavier de la TRIBONNIERE, Rémi GAGNAYRE, revue de la société d'éducation thérapeutique européenne : l'interdisciplinarité en ETP du concept à une proposition de critères d'évaluation, Sète, 2013, p.168.

<sup>63</sup> Thomas Samuel KHUN, philosophe des sciences

<sup>64</sup> Thomas Samuel KHUN, La structure des révolutions scientifiques, Ed Flammarion, Paris, 1983, p.115

<sup>65</sup> Guy BERGER, Spécialiste de formation professionnelle. Professeur en sciences de l'éducation à l'Université de Paris 8 (en 1985), émérite (en 2002). Président de l'Association francophone internationale de recherche scientifique en éducation, rédacteur en chef de "L'Année de la recherche en sciences de l'éducation" (en 2002)

<sup>66</sup> Guy. BERGER, Opinions et réalités, l'interdisciplinarité : problème d'enseignement et de recherche dans les universités, OCDE, Paris, 1972, p.23.

<sup>67</sup> Gérard FOUREZ, chercheur reconnu pour ses travaux sur l'enseignement des disciplines scientifiques, et deux de ses collaborateurs, qui enseignent dans des classes terminales de l'enseignement secondaire.

<sup>68</sup> MAINGAIN, DUFOUR, FOURREZ, Approches didactiques de l'interdisciplinarité, Ed DEBOEK, Université Bruxelles, 2002, p.28.

L'interdisciplinarité est une façon de travailler et une éthique du soin. Il s'agit de travailler ensemble à partir de compétences et d'approches professionnelles différentes pour la meilleure prise en charge possible du patient.

Le travail interdisciplinaire « *ne peut être réalisé que si tous les partenaires peuvent s'appuyer sur une base de connaissances théoriques propre à leur discipline, et qu'ils savent la transposer en compétences et attitudes professionnelles.* »<sup>69</sup>

En médecine différents domaines tels que le soin quotidien, l'accompagnement des patients et des familles, l'enseignement et la recherche peuvent être appréhendés dans une démarche interdisciplinaire.<sup>70</sup>

La construction d'un projet interdisciplinaire est matérialisée par deux phases :

- L'organisation des savoirs, qui est la confrontation et l'articulation des approches de toutes les disciplines et professions autour d'un socle conceptuel appelé par Colet le « *savoir intégré ou savoir combinatoire* »<sup>71</sup> Cette phase correspond à la construction du cadre théorique du projet.

- L'organisation du travail, elle se concrétise par un travail en équipe. Les conditions pour un travail en équipe efficace sont les mêmes que pour tout autre équipe comme nous l'avons vu précédemment.

Selon Monique FORMARIER, les freins pour un travail en interdisciplinarité sont de plusieurs natures. L'organisation des soins dans les hôpitaux est davantage tournée vers la spécialisation et il existe un corporatisme important en lien à l'histoire de la médecine. Cette démarche interdisciplinaire n'est donc pas habituelle et demande une volonté de la part des acteurs pour construire un projet commun. Par ailleurs certaines professions n'ont pas une grande maîtrise de leurs champs disciplinaires et ont du mal à se positionner par rapport aux autres, les jeux de pouvoirs s'installent alors pour conserver son territoire. Le risque est une

---

<sup>69</sup> Monique FORMARIER, Recherche en soins infirmiers n°79, ARSI, Décembre 2004, p.13.

<sup>70</sup> C. JOLY, A. LAINE, A. CATAN, F. POCHARD, Ethique et santé : l'interdisciplinarité, une visée, une nécessité et une exigence au service du malade, Ed Elsevier Masson, 2011, p119-124.

<sup>71</sup> Rege COLET, Enseignement universitaire et interdisciplinarité, Ed. De Boeck Université Bruxelles, 2002 p.42.

dérive vers une simple collaboration entre les professions par manque de connaissance de la démarche interdisciplinaire et d'entraîner une confusion entre les professions par une interdisciplinarité permanente et un manque d'enseignement des principes de l'interdisciplinarité dans les formations.<sup>72</sup>

Les enjeux de l'interdisciplinarité sur le plan professionnel sont de diminuer les tensions entre l'objectivation et la subjectivité du patient et du soignant, dans la prise en charge. Ceci afin de mieux appréhender et identifier les besoins du patient et lui offrir des soins appropriés. Sur le plan individuel, ce travail nécessite une bonne connaissance de soi et une remise en question permanente qui font progresser les professionnels impliqués. Enfin sur le plan collectif, il s'agit d'apporter par différentes approches disciplinaires des solutions à des phénomènes complexes.

Pour illustrer cette démarche de prise en charge interdisciplinaire, nous pouvons nous référer au développement des parcours patients.

En effet selon Bernard GIUSIANO, Pierre GUIRAUD et Hervé MEUR,<sup>73</sup> « *Le parcours du patient au sein d'un réseau est une description, centrée intentionnellement sur le patient, des processus de sa prise en charge par les acteurs du réseau. La démarche de formalisation des rôles de chacun dans ces processus permet aux acteurs du réseau de négocier et d'acter les modalités de coordination et de coopération, principales conditions de création de la valeur ajoutée de la prise en charge par le réseau.* »<sup>74</sup>

Il semblerait que pour instaurer une collaboration interdisciplinaire efficace, il est essentiel que l'organisation propose des conditions propices à sa fonctionnalité : staff, réunions, travail en binôme, temps d'échanges. De fait, le cadre de santé est un acteur central de la dynamique interdisciplinaire. Par ailleurs en organisant et

---

<sup>72</sup> Opacité. Monique FORMARIER, p.14.

<sup>73</sup>B. GIUSIANO, médecin de Santé Publique, P. GUIRAUD, médecin, dirige la société Contingences spécialisée dans l'usage des outils de travail collaboratif notamment dans le secteur de la santé, H. MEUR est coordinateur du réseau Naître et Devenir et assure une mission d'accompagnement des réseaux.

<sup>74</sup> B. GIUSIANO, P. GUIRAUD et H. MEUR, « 10 règles pour tracer le parcours du patient dans un réseau de santé. », p.1.

en animant des réunions d'équipe et des groupes de travail, le cadre permet la circulation de la parole et l'expression des points de vue des différentes approches disciplinaires.

Ce positionnement inscrira le cadre comme fédérateur des professionnels de santé qu'il encadre favorisant ainsi le passage de la pluridisciplinarité à l'interdisciplinarité.<sup>75</sup>.

La mise en place un programme d'ETP est un travail d'équipe. Le cadre de santé est responsable de l'équipe et a pour mission de favoriser sa cohésion et d'entretenir sa dynamique. La communication est un outil indispensable pour le cadre dans la conduite de projet et dans la dynamique de travail en équipe. La place centrale qu'occupe le cadre de santé au sein du service lui permet, en organisant et en animant des temps d'échanges, entre les professionnels, de favoriser la collaboration interdisciplinaire. Dans la mise en place d'un programme d'ETP, fédérer et mobiliser l'équipe est une étape clé de la réussite d'un projet. La question que cela soulève à présent est de savoir en quoi le management du cadre va-t-il fédérer l'équipe et favoriser la collaboration interdisciplinaire autour de ce projet ?

### 3.4 Le management

Selon la définition du Larousse le management « *est l'ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise.* »<sup>76</sup>

Le terme de management est « *relativement vaste et englobe l'ensemble des techniques d'organisation de ressources (financières, humaines, matérielles...) mises en œuvre pour la gestion et l'administration d'une organisation (entreprise, association, administration...).* Cela englobe l'art de diriger des individus afin

---

<sup>75</sup> [www.infirmiers.com/pdf/cadre-interdis.pdf](http://www.infirmiers.com/pdf/cadre-interdis.pdf), consulté le 07/03/16.

<sup>76</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/management/>, consulté le 03/03/16.

*d'obtenir une performance satisfaisante en termes de rendement, de productivité et de synergie des moyens matériels et des ressources humaines ».*<sup>77</sup>

Plusieurs théories sur le management se sont succédées depuis le début du 20<sup>ème</sup> siècle.

En 1969 BLAKE et MOUTON<sup>78</sup> ont démontré d'une part, l'importance que le manager accorde aux tâches, au travail à faire, et d'autre part, l'importance qu'il accorde aux personnes c'est-à-dire à ceux qui réalisent le travail.

Ce postulat est ensuite remis en question en 1974 avec les théories X et Y de MAC GREGOR<sup>79</sup>. La théorie X part du principe que les individus n'aiment pas travailler et sont paresseux ainsi l'obtention de performance passe alors par la contrainte. Ce type de management est donc plutôt autoritaire et souvent mal perçu par les salariés.

À contrario la théorie Y, induit que les individus se réalisent à travers leur travail ainsi pour obtenir un engagement de leur part il faut satisfaire certains besoins psychologiques comme l'estime de soi, la confiance. Ce type de management induit un style participatif mais qui peut cependant être peu sécurisant pour les salariés les moins autonomes.<sup>80</sup>

Puis CROZIER et FRIEDBERG<sup>81</sup>, en 1977 dans l'acteur et le système, caractérisent l'individu au travail comme un être calculateur et intéressé en fonction des organisations. Le travailleur élabore des stratégies. Cette théorie induit le fait de se concentrer davantage sur les stratégies individuelles des acteurs et non sur leur fonction ou sur le système de l'organisation. Elles se construisent en situation et sont liées aux relations dans lesquelles elles s'insèrent. Il s'agit alors de comprendre les jeux de pouvoir entre les acteurs au sein de l'organisation.

---

<sup>77</sup> <http://www.petite-entreprise.net/P-1583-136-G1-management-definition.html>, 03/02/16/

<sup>78</sup> J. BLAKE, Théoricienne du management et R. MOUTON : professeur de psychologie à l'Université d'Austin, ils ont inventé et développé une grille Managériale en deux dimensions.

<sup>79</sup> Douglas MC GREGOR, docteur en psychologie de l'Université de Harvard

<sup>80</sup> Nathalie ASSIBAT, mémoire d'expertise, Les déterminants de l'engagement des managers de Proximité, Université Paris Dauphine, octobre 2014.

<sup>81</sup> Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG sont des sociologues français

Ces travaux sont enrichis par la suite avec une description plus détaillée des activités du manager établit par H ; Mintzberg. Il identifie les 10 rôles principaux du manager de proximité et les classe en trois grandes catégories :

- Les rôles interpersonnels : qui définissent le cadre comme symbole, agent de liaison et leader.
- Les rôles décisionnels : montrent le cadre comme un entrepreneur, régulateur, répartiteur de ressources et négociateurs.
- Les rôles liés à l'information : ils décrivent le manager comme porte-parole, diffuseur et observateur actif.

In fine, il semblerait que dans la mise en place d'un programme d'ETP le cadre soit amené à jouer tous ces rôles passant des uns aux autres en fonction de l'avancée des étapes du projet, des différentes situations rencontrées et des individus.

### 3.4.1 Le positionnement du cadre de proximité

La fonction de manager de proximité nécessite de savoir se positionner d'une part au sein de l'Institution et d'autre part face à l'équipe. Se positionner face à l'équipe nécessite pour le cadre d'adopter une certaine posture professionnelle.

Le mot posture renvoi à la « *position du corps, une attitude* »<sup>82</sup>. Elle se définit comme étant « *la manière de s'acquitter de sa fonction, cela suppose un choix personnel relevant de l'éthique* ». <sup>83</sup>

La posture professionnelle est l'acquisition de nombreuses valeurs, associant savoir, savoir être et savoir-faire. Elle regroupe les savoirs professionnels (connaissances, concepts, valeurs, expériences...), les pratiques professionnelles (comportements, rôles...) et la posture (attitude, opinions...). Travailler sa posture

---

<sup>82</sup> <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/posture>, consulté le 16/03/16.

<sup>83</sup> Patrick FARNAULT. Cours sur les postures managériales : évolution des compétences d'encadrement. ESM, dispensé le 07/12/15.

est un processus d'évolution constant qui permet de se construire et de progresser dans sa relation aux autres.

Le cadre est l'interface entre l'institution et l'équipe. Il doit ainsi faire converger les objectifs institutionnels et les objectifs du corps du social.

Un management de proximité induit donc que le cadre de santé, sache se positionner dans l'organisation, adopte sa posture managériale en fonction des situations et des personnes et optimise sa communication afin de faire passer des messages de manière efficace afin d'asseoir sa légitimité.<sup>84</sup>

Pour ce faire le cadre peut alors adopter différents styles de managements que je vais maintenant relater.

### 3.4.2 Les styles de management

Selon HERSEY et BLANCHARD<sup>85</sup>, il n'existe pas de « bon » style de management, un manager doit adopter le style le plus adapté à la situation. Ainsi ils distinguent 4 styles de managements situationnels :

Le management directif : Ce management est très organisationnel et peu relationnel. Son but est de structurer. Le fonctionnement de l'équipe est basé sur l'utilisation des procédures (organisationnel fort), et sur des prises de décisions (relationnel faible). Le manager est un expert technique, un référent. Il doit se montrer ferme et prendre des décisions efficaces. Ce mode de management permet des résultats rapides et une efficacité immédiate.

Le management persuasif : Ce style de management est très organisationnel et très relationnel, son but est de mobiliser. Le manager prend des décisions et explique ses choix. Le cadre doit persuader les membres de l'équipe de l'intérêt des objectifs et les motiver vers l'accomplissement de ces derniers. Le cadre fait passer ses convictions.

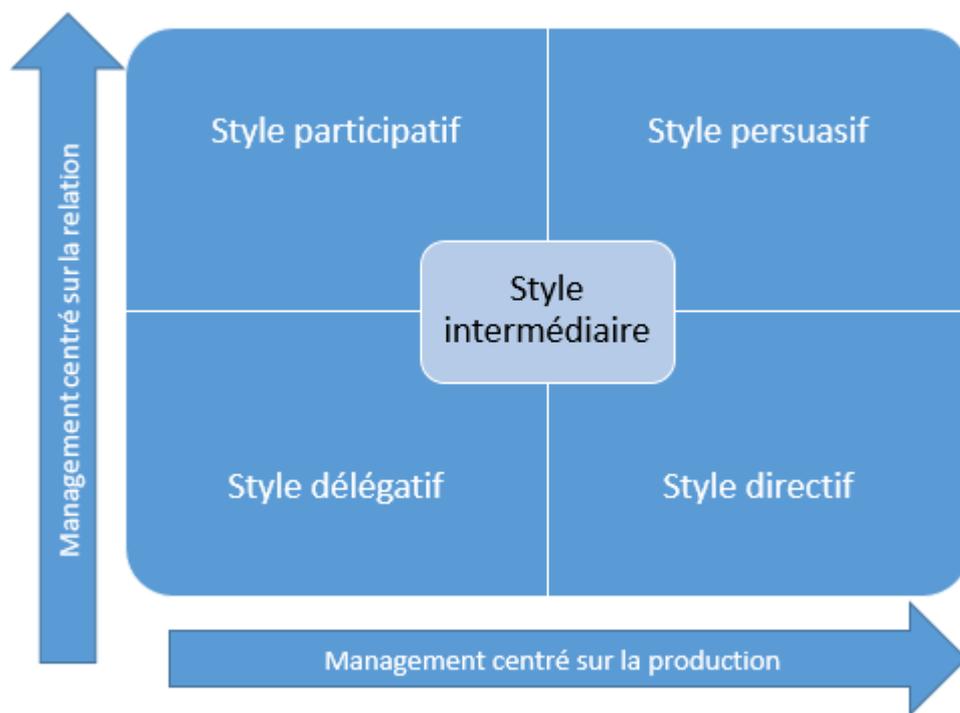
---

<sup>84</sup> Virginie LE BASTARD, Les clés d'un management de proximité. ESM. Dispensé le 29/03/16.

<sup>85</sup> Paul HERSEY. Economiste et spécialiste en management. Kenneth BLANCHARD. Auteur et américain et spécialiste en management. Ils inventent et développent le Leadership situationnel.

Le management participatif : Ce style est peu organisationnel et très relationnel. Son but est d'associer. Le manager écoute, parle peu, il travaille en collaboration avec l'équipe et la prise de décision est partagée. Il nécessite d'être à l'écoute, de conseiller et de savoir négocier.

Le management déléгатif : Ce style est peu organisationnel et peu relationnel. Son but est de responsabiliser. Le manager reste en retrait mais il est disponible et répond aux sollicitations de l'équipe. Il transmet la responsabilité de la prise de décision. En effet, le cadre de santé questionne, aide le collaborateur à trouver l'information. Ce management permet de responsabiliser les collaborateurs, de laisser de l'autonomie et favoriser la prise d'initiative. Ce management entraîne les individus, inspire la confiance et fait réfléchir.



Au regard de ce que qui a été décrit jusqu'ici, la posture du cadre et son management peuvent influencer sur la réussite de la mise en œuvre d'un programme d'ETP.

### 3.4.3 Le leadership

Définition : « *Le leadership est une autorité d'influence, basée sur les relations que le leader noue avec les membres d'un groupe. Être un leader est une reconnaissance, et non un statut.* »<sup>86</sup>

D'un point de vue externe le leader est responsable de son secteur, d'un point de vue interne il exerce une influence sur l'ensemble d'un groupe. Le leadership du cadre de santé résulte de l'ensemble des communications interpersonnelles par lequel il influence le comportement des membres de l'équipe.

Le leadership c'est la capacité d'une personne à **influencer et à fédérer un groupe**, pour **atteindre un but commun**, dans une **relation de confiance** mutuelle et pour une durée limitée.

Selon Alain DELUC<sup>87</sup> : « *Dans un contexte de complexification accrue des organisations et des processus, la performance repose aussi de plus en plus sur l'investissement personnel de chacun. Dès lors, seuls des leaders s'appuyant sur la confiance peuvent atteindre des résultats toujours plus ambitieux. Sans confiance et sans leader, rien ne se passe. Le leader se connaît, sait ce qu'il veut, pourquoi il le veut et comment, grâce à la confiance qui le lie à ses équipes, le communiquer pour obtenir leur coopération et leur adhésion* »<sup>88</sup>

« *La coopération entre les acteurs au sein d'équipes pluridisciplinaires, transversales ou en mode projet est devenue centrale. Dans ce contexte ou l'humain est le pivot de l'évolution des organisations, **le leadership et la confiance** sont deux vecteurs qui permettent de développer le capital humain* »<sup>89</sup>

---

<sup>86</sup> <http://www.antonin-gaunand.com/leadership/les-styles-de-leadership-selon-hersey-et-blanchard/>, consulté le 20/03/16 ;

<sup>87</sup> Alain DULUC, Psychologue, diplômé de l'université de Bordeaux II, consultant, formateur, coach et responsable de l'offre Développement Personnel à la CEGOS.

<sup>88</sup> Alain DULUC, Leadership et confiance : développer le capital humain pour des organisations performantes, Ed Dunod, 2<sup>ème</sup> édition, 2008, p.5 ;

<sup>89</sup> <http://www.memoireonline.com/06/09/2181/Le-leadership-et-le-phenomne-du-pouvoir-dans-lorganisation.html>? Consulté le 13/03/16

Cette confiance émanant de l'équipe devra être réciproque, ainsi le cadre de santé en déléguant certaines missions laissera une certaine autonomie à l'équipe. Cette autonomie est source de motivation et de reconnaissance pour les professionnels. Par une posture d'accompagnement, le cadre est en interaction avec les membres de l'équipe, il se situe avec elle. Cela nécessite pour le manager de pouvoir s'affirmer face à l'équipe, de trouver un juste équilibre entre autorité et laxisme, de trouver sa légitimité et d'asseoir son leadership.

### **3.5 Question de recherche et hypothèse**

Au regard de ce travail exploratoire, la question de recherche à laquelle je vais tenter de répondre est la suivante :

**En quoi le cadre de santé, peut-il influencer sur la réussite d'un projet de mise en place d'un programme d'ETP ?**

Je tenterai d'y répondre en explorant l'hypothèse suivante qui me semble pouvoir répondre à cette question :

**Par sa posture et son management, le cadre de santé va fédérer la collaboration interdisciplinaire et ainsi renforcer la cohésion d'équipe nécessaire à la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique performant.**

## 4 Enquête

Ce travail consiste à cibler une population et des lieux d'enquêtes afin de recueillir des informations, par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs. Ensuite le traitement des données permettra de confirmer ou d'infirmer mon hypothèse. Pour se faire, j'ai interrogé 4 cadres de santé qui ont participé à la mise en place d'un programme d'ETP au sein de service hospitalier dans des secteurs d'activités différents.

### 4.1 Méthodologie de l'enquête

Pour réaliser ce travail de recherche, il m'a semblé pertinent de mener une enquête qualitative par l'intermédiaire d'entretiens semi-directif.

#### 4.1.1 Etude qualitative : l'entretien semi-directif

En effet une étude qualitative est « *une collecte d'informations permettant de comprendre l'attitude et les motivations des individus d'une population* ». <sup>90</sup>

L'entretien semi-directif « *est une technique qualitative fréquemment utilisée. Il permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable par les enquêteurs et consignés dans un guide d'entretien.* » <sup>91</sup>

Cette méthode me permettra d'obtenir des données plus fines, plus près du terrain et de connaître le ressenti des personnes interviewées et le sens qu'ils donnent à leurs activités. Les questions posées sont volontairement ouvertes pour permettre aux personnes interviewées de s'exprimer plus largement possible. L'entretien permet par l'illustration par exemple de situations de confirmer ou réfuter certaines des hypothèses du chercheur. Il favorise l'émergence des ressentis individuels à

---

<sup>90</sup> [www.e-marketing.fr](http://www.e-marketing.fr), consulté le 05/04/16.

<sup>91</sup> <http://encyclopedie.universelle.fracademic.com>, consulté le 05/04/16.

travers la narration d'expérience par exemple. Celui-ci parle ouvertement, avec ses mots. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses de l'enquêté, ni de jugement de la part de l'enquêteur. Le chercheur recentre simplement l'entretien sur les thèmes en lien avec la phase de recherche exploratoire à l'aide de l'outil qu'il a construit : la grille d'entretien.

#### **4.1.2 La grille d'entretien**

C'est un guide d'entretien, dans lequel figurent les thèmes qui doivent être impérativement abordés afin de permettre de constituer ou renforcer la problématique. Elle permet de cerner le champ d'investigation, de ne pas omettre une des thématiques de l'objet de recherche et éviter de se disperser. C'est un fil conducteur. Elle comporte au besoin des questions de relance. En effet, la qualité de l'échange, la curiosité du chercheur, les propos de l'interviewé peuvent éloigner le chercheur de son axe de recherche. L'entretien est enregistré pour permettre une retranscription fidèle des propos de l'interviewé et mettre en lumière des aspects oubliés ou non perçus par le chercheur au cours de celui-ci.

Après validation auprès de mon Directeur de mémoire, ma grille d'entretien comportait neuf questions ouvertes, huit sous questions me permettant d'obtenir, si besoin, des précisions et une question de relance.

#### **4.1.3 Population cible**

En accord avec mon directeur de mémoire, j'ai décidé d'interroger 4 cadres de santé ayant contribué à la mise en place d'un programme d'ETP au sein d'un service hospitalier. Dans un premier temps j'ai décidé d'interroger des cadres exerçant dans le secteur public et le secteur privé, malheureusement il n'a pas été possible de réaliser des entretiens dans le secteur privé n'ayant pas obtenu de réponse favorable. J'ai donc ciblé un échantillon de cadre exerçant dans différents secteurs d'activités.

## 4.2 Déroulement des entretiens

Après accord de deux directeurs des soins, j'ai pris contact avec 2 cadres de santé dans chaque établissement dont un cadre qui assurait une mission transversale de coordination des programmes d'ETP au sein de l'établissement. La définition d'une date de rendez-vous, d'un créneau horaire et du lieu s'est faite par échanges de mails.

Au début de chaque entretien, après m'être présentée, j'ai rappelé le thème de mon travail, ainsi que la clause de confidentialité. De plus, j'ai aussi expliqué la nécessité de l'enregistrement, au fur et à mesure des échanges, le dictaphone s'est fait oublier. L'ensemble des entretiens s'est déroulé dans de bonnes conditions matérielles. Les personnes rencontrées ont été informées que la durée de l'entretien serait de 30 à 45 min, les temps d'échanges étaient donc prévus dans leur emploi du temps. C'est ainsi que j'ai été reçue chaleureusement dans un espace dédié (bureau) par des professionnels disponibles pour participer à ma recherche, ce qui a favorisé les échanges. Ces entretiens ont été réalisés du 30 mars au 08 avril 2016.

### 4.2.1 Les Biais

Toute méthode de recueil d'information comporte des biais ou limites. Il est nécessaire de les identifier afin de pouvoir les atténuer. Même si le choix des personnes interrogées, le style d'entretien retenu et la conception de la grille tentent de les diminuer, j'ai pu en relever certains :

- Mon manque d'expérience en tant qu'apprenti chercheur : Dans le souci de ne pas oublier certains aspects de l'entretien, je n'ai pas toujours réalisé des relances pertinentes qui auraient permis d'approfondir mon travail,
- Le faible nombre d'entretien réalisé ne me permet pas de généraliser les réponses obtenues.
- Il m'a semblé difficile de maintenir une posture de neutralité tout au long des entretiens surtout quand les professionnels sollicitaient un consentement de ma part,

- Je me suis également aperçu au moment des entretiens et à travers leurs retranscriptions que la prise de distance face à un champ d'investigation familial est très difficile même si j'ai tenté d'en tenir compte en essayant de me distancer et d'avoir un regard neuf mais ce ne fut pas toujours réalisé.

#### **4.2.2 Les points positifs**

- Accueil chaleureux, gentillesse, calme lors des rencontres,
- Disponibilité des personnes interrogées,
- Aucune interruption pendant les entretiens,
- Qualité des échanges et la découverte de certains aspects
- Une des cadres est coordinatrice des programmes d'ETP et a pu apporter un autre regard.

#### **4.3 Traitement des données**

Pour analyser les données recueillies au décours de ma recherche, j'ai organisé mon travail autour de plusieurs axes Je présenterais tout d'abord le talon identitaire des personnes interviewées ainsi que leurs lieux d'exercices et leurs participations à des actions de formations ou des missions transversales. Puis j'aborderai les stratégies managériales employées par les cadres de santé dans la conduite de ce projet. Enfin j'évoquerai le positionnement des cadres ainsi que les outils utilisés afin de favoriser et fédérer la collaboration interdisciplinaire dans un programme d'ETP.

##### **Talon identitaire de la population ciblée :**

J'ai sollicité pour ces entretiens des cadres exerçant dans des services de soins qui proposent un programme d'ETP autorisé par l'ARS. Après de nombreuses sollicitations, 4 cadres présents au moment de leur mise en place dans le service ont acceptés de répondre à mes questions.

Tous les cadres de santé interrogés ont donc participé à la mise en place d'un programme d'ETP en milieu hospitalier. Pour respecter l'anonymat j'ai décidé de citer la fonction des personnes interrogées et de les numéroter en respectant l'ordre dans lequel les entretiens ont eu lieu pour se repérer plus facilement.

Pour une meilleure compréhension, j'ai élaboré un tableau récapitulatif du talon identitaire des personnes entretenues.

	<b>cadre 1</b>	<b>cadre 2</b>	<b>Cadre 3</b>	<b>cadre 4</b>
<b>AGE</b>	47 ANS	36 ANS	48 ANS	35 ANS
<b>ancienneté fonction cadre</b>	9 ans	7 ans	7 ans	3 ans
<b>Filière initiale + Date D.E</b>	Infirmière 1993	Infirmière 2000	Psychomotricienne 1995	Infirmière 2004
<b>Ancienneté dans le service</b>	7ans	5 ans	3 ans	3 ans
<b>compétence en ETP</b>	Formation niveau 1 de 40h Et Formation en Soins communautaires	Formation niveau 1 de 40h	aucune	Formation niveau 1 de 40h
<b>Intitulé des programmes</b>	Observance du traitement chez les patients schizophrènes.	Vivre avec une Hépatite C.	Hygiène alimentaire : patients en réinsertion sociale et professionnelle atteint d' obésité.	Mieux vivre avec une pathologie cardiaque.

De facto, j'observe que 3 cadres sur 4 sont issus de la filière infirmière et 1 était psychomotricienne. L'ancienneté dans la fonction cadre varie entre 3 et 9 ans. Les données concernant l'âge et l'ancienneté dans la fonction cadre n'ont pas permis de mettre en évidence un lien entre l'expérience et le rôle du cadre dans la mise en œuvre d'un programme d'ETP.

Le cadre n°1 a suivi une formation complémentaire sur les soins communautaires. Le cadre n°2 est titulaire d'un master 2 « Management des organisations de santé » et occupe une mission transversale de coordinatrice en ETP au sein de son établissement.

Les cadres de santé interrogés ont tous participé à la mise en place d'un programme d'ETP, nous remarquons que 3 cadres sur 4 sont formés à l'ETP (formation de niveau 1 de 40H dans le cadre de la formation continue), dont seulement 1 cadre formé au moment de la mise en place du projet et qui avait auparavant pratiqué l'ETP en tant qu'infirmière. 2 cadres ont bénéficié de la formation après le commencement du programme. Un cadre a suivi par la suite une formation supplémentaire sur les soins communautaires :

*« La santé communautaire est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités. »<sup>92</sup>.*

Ainsi, ce cadre apparaît comme plus expérimenté et sensibilisé à l'ETP. Mon manque d'expérience dans la conduite d'entretien a fait que je n'ai pas utilisé de question de relance. En effet il aurait été intéressant de le questionner sur les apports qu'il avait pu tirer de cette formation.

Au travers de cette question il me semblait intéressant de savoir si les cadres de santé étaient formés à l'ETP avant la mise en place du programme afin de pouvoir identifier s'ils étaient déjà sensibilisés à cette pratique. Les résultats montrent qu'un seul cadre était formé et avait pratiqué l'ETP en tant qu'infirmière. 2 autres cadres se sont formés en cours de projet pour acquérir plus de compétences notamment sur l'évaluation du programme. Le cadre n°3 envisage de se former

---

<sup>92</sup> Nicole HUGON, Médecin- Clinique Saint Barnabé, Marseille, PDF : Education thérapeutique du Patient et Thérapie Communautaire.

mais laisse la priorité pour le moment aux personnels soignants. Ce choix est justifié au regard de la durée de la formation et du peu de place par session.

Il apparaît donc que l'accompagnement des équipes dans la mise en place un programme d'ETP sans avoir au préalable reçu une formation n'ai pas été une difficulté pour les cadres. En effet le cadre n °1 me dit « *j'ai commencé à formaliser le programme avec mes compétences managériales* » (Cf. Annexe 3:), il faisait référence ici à ses compétences organisationnelles, communicationnelles et de gestionnaire. Selon le cadre n°2 « *ce sont mes compétences en conduite du projet qui m'ont servi pour la mise en place du programme et son évaluation* ».

Cependant je peux souligner que 3 cadres ont suivi la formation de niveau 1 de 40h et 1 cadre souhaite être formé par la suite. Je peux donc en déduire que le cadre de santé peut être formé ou non à l'ETP pour mettre en place un programme, cependant s'il est formé à l'ETP le cadre pourra alors se positionner en tant qu'expert auprès de l'équipe.

### **Question 1 : Depuis quand le programme d'ETP existe-t-il dans le service ? Son origine ? A l'initiative de ?**

Il me semblait important pour débiter ces entretiens de comprendre le contexte de mise en place du programme d'ETP dans les différentes unités, en repérant leur origine et qui en était à l'initiative.

J'ai alors remarqué que les programmes d'ETP étaient plus ou moins récents, leur ancienneté varie de 1 à 6 ans. Il apparaît également que tous les programmes sont nés après la loi HPST de 2009. Ils bénéficient tous reçus une autorisation de l'ARS.

Nous observons que 2 programmes ont obtenus leur renouvellement d'autorisation après une évaluation quadriennale adressée à l'ARS. (Cf. cadre conceptuel partie : 3.1.5 le programme d'ETP).

2 programmes sont à l'initiative même du cadre de santé (programme n°1 et n°3), le programme n°2 est à l'initiative de l'équipe infirmière et le programme n°4 est à l'initiative d'un médecin cardiologue. Dans toutes les unités, l'ETP a pour but d'apporter une offre de soins spécifiques adaptée aux besoins des patients.

Dans l'unité du cadre n°1, il s'agit d'ETP sur le traitement afin de lutter contre la mauvaise observance des traitements chez des patients schizophrènes. Le cadre de santé a vu dans l'ETP un moyen de répondre aux besoins des patients qui étaient ré- hospitalisés, majoritairement, suite à l'arrêt de leur traitement.

Dans l'unité n°2, l'ETP est proposée aux patients atteints d'hépatite C afin de permettre au patient de mieux vivre avec leur pathologie au quotidien. Ce programme est à l'initiative d'une infirmière sensibilisée à l'accompagnement des patients ayant une addiction associée à une pathologie VHC. Ce programme a reçu un financement par l'ARS sur trois années consécutives.

Le programme n°3 est proposé à des patients dans un processus de réinsertion sociale et professionnelle atteints d'obésité. L'équipe soignante était en difficulté et se sentait impuissante face à la prise de poids importante des patients au sein du foyer d'accueil. Le cadre a ainsi vu dans l'ETP un moyen d'apporter une réponse aux problèmes d'obésité rencontrés par les patients mais aussi une solution permettant à l'équipe d'améliorer la prise en charge de ces patients.

Le dernier programme s'adresse à des patients en réadaptation cardiaque, il est à l'initiative d'un médecin cardiologue et il s'insère dans le programme de réadaptation des patients qui dure en moyenne trois semaines. Il porte sur les traitements anticoagulants, l'auto-mesure tensionnelle, la diététique, l'activité physique, la compréhension de la maladie. Les ateliers sont prescrits en fonction des besoins individuels des patients.

Ainsi nous pouvons observer que la loi HPST a contribué au développement de l'ETP. Aussi tous les programmes étudiés respectent le cadre réglementaire de mise en œuvre d'ETP. En effet, ils sont tous proposés à des patients atteints de pathologies chroniques et sont autorisés par l'ARS. (Cf. Cadre conceptuel partie : 3.1.5 : le programme d'ETP). Nous remarquons également que malgré l'absence de formation en ETP au moment de leur mise en place, 2 cadres sont néanmoins à l'initiative de sa mise en place dans le service. Cependant, il apparaît une volonté des cadres à bénéficier d'une formation en ETP pour approfondir leurs compétences en évaluation de programme.

**Questions 2, 3 et 4 : Combien de professionnels composent l'équipe ETP ?  
Quelles sont leurs fonctions ? Combien d'entre eux sont formés à l'ETP ?**

Ensuite par ces trois questions j'ai souhaité connaître la composition des équipes d'ETP et plus particulièrement le nombre d'intervenant, la fonction des acteurs ainsi que leur niveau de formation en ETP. J'ai choisi de présenter les résultats sous forme de tableau pour en faciliter la lecture.

<b>Programme d'ETP</b>	<b>Nombre d'intervenants</b>	<b>Fonction des intervenants</b>	<b>Formation reçue en ETP</b>
<b>N°1</b>	6	5 IDE 1 Psychiatre	Formation de niveau 1 (40H) pour tous en FC
<b>N°2</b>	6 + personnel associatif	3 IDE 1 médecin 1 ASE 1 psychologue	Formation de niveau 1 (40H) pour tous en FC
<b>N°3</b>	6	3 IDE 1 AS 1 médecin 1 diététicienne	Formation de niveau 1 (40H) pour tous en FC
<b>N°4</b>	6 + 1 Tabacologue	2 IDE 1 Kinésithérapeute 2 médecins 1 diététicienne	Formation de niveau 1 (40H) pour tous en FC

Ainsi j'ai relevé que toutes les équipes ETP sont pluridisciplinaires et se composent d'au moins 1 médecin référent comme la législation le stipule. Tous les soignants qui animent les ateliers du programme ont reçu une formation de niveau 1 de 40h en ETP dans le cadre de la formation continue. (Cf. partie : 3.1.4 la réglementation des professionnels de santé). Dans 2 des programmes, il existe des interventions de personnes non formées à l'ETP, tels que la Tabacologue et le

personnel associatif qui viennent délivrer des informations complémentaires aux patients pendant les ateliers, ils sont alors positionnés comme co-animateurs. En effet, selon les recommandations de l'HAS rapportées dans le cadre conceptuel, « *La collaboration entre professionnels de santé et associations de patients est fortement recommandée et encouragée.* »<sup>93</sup>(Cf. partie 3.1.5 le programme d'ETP).

### **Question 5 : Quelles stratégies managériales avez-vous mises en place pour conduire ce projet ?**

Pour apporter des éléments de réponse à mon questionnement sur le rôle du cadre dans la mise en œuvre d'ETP en milieu hospitalier, j'ai souhaité interroger les cadres de proximités sur les stratégies managériales utilisées pour mener à bien ce projet. Les réponses apportées m'ont permis de mettre trois thèmes principaux en exergue :

#### Les stratégies de communication :

Tous les cadres interrogés ont relevé l'importance de la communication du cadre pour conduire le projet. Dans un premier temps, il s'agit pour tous les cadres de communiquer autour des objectifs de l'ETP et des bénéfices attendus pour les patients. Les échanges avec l'équipe médicale et avec le cadre supérieur afin d'obtenir leur soutien est également une condition sinequanone à la mise en place du projet. « *Si tu n'as pas le soutien de ton cadre sup et des médecins, tu ne peux rien faire* ». (Cadre n°1).

Les 4 cadres entretenus ont tous organisé des réunions avec l'équipe paramédicale pour présenter le projet et les informer sur l'ETP. E »

2 cadres ont fait appel à une coordinatrice des programmes d'ETP pour venir présenter et transmettre des informations aux équipes.

---

<sup>93</sup>[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp - definition finalites - recommandations\\_juin\\_2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf), consulté le 10/11/15.

2 cadres ont également dit qu'il était important de d'orienter son argumentation sur les bénéfices pour les patients. Pour une des cadres, il est nécessaire d'entretenir une dynamique en communiquant régulièrement avec l'équipe autour du projet. « ***Il faut communiquer régulièrement sur l'ETP pour garder la dynamique sinon ça s'essouffle*** » (cadre n°2).

#### Les stratégies organisationnelles :

Les 4 cadres entretenus ont **organisé et planifié** des réunions d'équipes pour permettre l'avancement du projet. Pour mettre en œuvre l'ETP tous les cadres ont établi un plan de formation pour le personnel soignant. 3 cadres ont eu recours à des formations institutionnelles et 1 cadre a obtenu le financement de la formation de niveau 1 par un laboratoire pharmaceutique pour 2 IDE.

3 cadres ont évoqué **leur implication dans l'organisation logistique** nécessaire à la mise en œuvre du programme, comme mettre à disposition un bureau pour les entretiens individuels, déterminer une salle pour animer les ateliers, la mise à disposition de matériel informatique pour permettre la création de supports pédagogiques, plaquettes d'informations, questionnaires et du dossier ETP.

Pour 2 cadres il a fallu **réorganiser les soins** pour intégrer l'ETP dans la prise en charge des patients pendant leur hospitalisation.

Tous les cadres ont rempli le cahier des charges édité par l'ARS pour obtenir une validation du programme et tous se chargent de son évaluation.

Un des cadres gère également la planification des séances au regard du planning des IDE.

#### Le management des équipes :

**La motivation des équipes** soignantes est pour tous les cadres entretenus un élément important pour la mise en place du programme ETP. Le rappel du cadre réglementaire et notamment de la notion d'obligation d'être en mesure de proposer une offre d'ETP aux patients sont des arguments utilisés par 3 des cadres interrogés pour sensibiliser les équipes à l'ETP. L'inclusion de toutes les

catégories socio-professionnelles dans le projet afin de constituer une équipe pluridisciplinaire fut soulignée par 2 cadres lors des entretiens. Un des cadres, à constituer une équipe ETP en « *mixant des personnes anciennes dans le service ayant acquis des **compétences cliniques** et des plus jeunes, **motivés par de nouvelles approches** et qui portent un autre regard sur la prise en charge des patients* » (cadre n°2).

Aussi le fait d'avoir sollicité la coordinatrice en ETP de l'établissement pour accompagner l'équipe dans la création d'outils pédagogiques fut un soutien pour 2 des cadres. Les 4 cadres de santé ont constitué des groupes de travail autour du projet, selon le cadre n°4 « *créer des petits groupes de travail permet d'avoir des moments privilégiés qui sont très appréciés des équipes* ». (Cadre n°4).

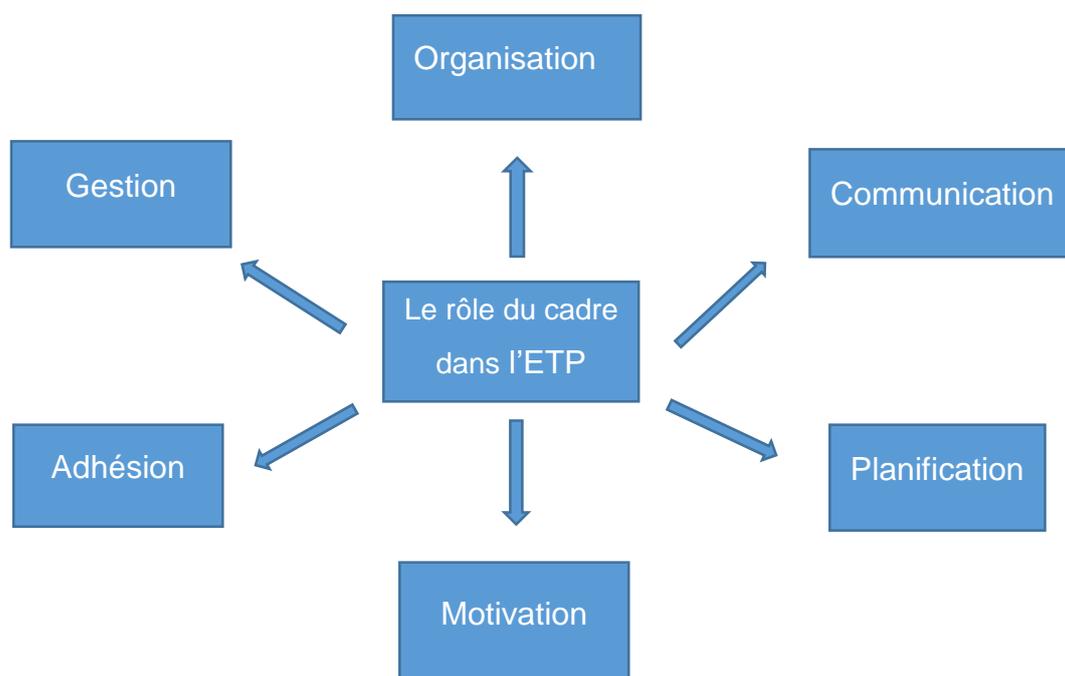
In fact, pour mettre en œuvre un programme d'ETP le cadre devra mobiliser ses compétences en animation et conduite de projet mais également ses compétences organisationnelles et de gestionnaire des ressources humaines. (Cf. cadre conceptuel partie.3.2.1 : la conduite de projet).

Je peux également en déduire que la communication est une étape importante dans la mise en place d'un programme d'ETP. Aussi l'élaboration d'un plan de communication orienté sur les objectifs du programme et les bénéfices que le patient pourra en retirer permet de faire adhérer l'équipe au projet. (Cf. cadre conceptuel partie 3.3.1 : Le travail en équipe). Il est également mis en évidence l'importance de la diffusion des informations auprès de sa hiérarchie et de l'équipe médicale pour obtenir leur soutien.

Il ressort que le cadre assure la gestion de l'organisation, ceci en planifiant des réunions de travail qui permettent l'avancée du projet. Lors de ces réunions, il s'agit d'identifier les besoins des patients, de créer les ateliers et supports pédagogiques, le dossier ETP et enfin de déterminer des indicateurs de suivi et d'évaluation du programme. Le cadre doit également assurer la gestion logistique du programme en mettant à disposition le matériel nécessaire. (Salle, bureau, matériel informatique...).

Dans la gestion des ressources humaines le rôle du cadre consiste à établir plan de formation au regard des motivations et des compétences individuelles des agents afin de constituer une équipe ETP.

En effets selon le cadre n°1, il faut prendre en compte les « *compétences individuelles de chacun et les capacités pédagogiques* », organiser les soins en attribuant les ressources nécessaires à la réalisation de séances individuelles et/ou collective en tenant également compte des contraintes financières.



**Question 6 : Avez-vous rencontré des freins pour la mise en place du programme dans le service ? Si oui lesquels ? Et qu'avez-vous mis en place pour lever ces freins ?**

Pour 2 cadres le frein majeur fut la réticence de l'équipe médicale à la mise en place d'ETP. Les médecins ne percevant pas immédiatement l'intérêt de l'ETP. Cette réaction s'explique selon les cadres par un manque de connaissance sur l'ETP, comme le souligne le cadre n°3 « *ils ne sont pas forcément contre mais ils ne connaissent pas, il a fallu communiquer sur l'ETP pendant 6 mois pour que ça fasse son chemin* ».

Afin de lever ce frein, les 2 cadres ont élaboré un plan de communication autour du projet. Pour se faire ils ont axé leur communication sur les programmes existant. Leur argumentation était notamment ciblée sur les besoins des patients et sur la législation, le cadre n°3 rapporte que « *les patients se plaignaient beaucoup de leur prise de poids, ce qui a apporté de l'eau à mon moulin* ».

Ces verbatim signent la nécessité de **l'adhésion de l'équipe médicale au projet**. En effet en référence au cadre conceptuel, pour qu'un programme d'ETP soit validé par l'ARS, il faut qu'un des deux référents soit un médecin. (Cf. cadre conceptuel partie .3.1.5 : le programme d'ETP). Pour favoriser cette adhésion de l'équipe médicale à l'ETP, communiquer sur le projet et sur ses objectifs fut la stratégie employée par les cadres de santé.

Pour le cadre n°2 et le cadre n°4 un frein au projet était la représentation de la charge de travail liées à l'ETP. Selon le cadre n°1 : « *ce sont les infirmiers qui se mettent des freins eux-mêmes [...] ils ne se sentent pas prêts, pas **compétents*** ». Suite à la formation de niveau 1 de 40h, 2 infirmières sont revenues découragées face à la charge de travail que représente la formalisation des actions d'ETP, « *les infirmiers n'ont pas tous **la culture de l'écrit et de la formalisation*** ». ».

Ainsi pour lever ce frein, les 2 cadres ont rassuré les équipes : « *il faut qu'on soit derrière eux, qu'on **les soutienne pour qu'ils soient plus autonomes*** » (cadre n°1). Ainsi pour le cadre n°4 « *il faut **mettre en avant le savoir-faire infirmier et mobiliser les compétences*** ». Un cadre a également sollicité la coordinatrice en ETP afin qu'elle **partage son expérience** avec l'équipe, qu'elle les **rassure**. ».  
(Cadre n°3).

Afin de lever ces freins les cadres ont mis en place différentes stratégies managériales. Il ressort donc que le cadre à un rôle de **soutien et d'accompagnement des équipes**. Il peut également **solliciter des « experts »** en ETP pour un partage d'expérience, **faciliter et organiser des temps d'échanges** avec l'équipe afin de cibler les difficultés rencontrées et pouvoir y apporter des solutions.

Des contraintes financières et organisationnelles sont rapportées par deux cadres pour la mise œuvre d'ETP. En effet, il est difficile de détacher du personnel dédié à l'ETP. Les contraintes économiques actuelles ne permettant pas la création de poste infirmier supplémentaire, il faut alors pouvoir organiser les soins de manière à y intégrer l'ETP. Le cadre n°2 souligne que : « **pouvoir détacher des infirmiers est parfois compliqué** », notamment en cas d'absentéisme les séances peuvent être annulées. Selon le cadre n°4 « **le manque de reconnaissance financière sur les activités d'ETP ne facilite pas sa mise en œuvre.** ».

Le cadre n°4 a souligné des difficultés quant à l'accessibilité des formations en ETP notamment par le manque de sessions et la durée de 40h qui n'est pas toujours compatible avec le planning du service.

Il apparaît que le suivi et l'évaluation du programme sont indispensables pour obtenir des financements. La mise en place de tableaux de bords permettant le suivi de l'activité et la valorisation du programme lors de l'évaluation transmise à l'ARS sont des leviers d'action pour le cadre. La durée minimum de 40h obligatoire pour dispenser des activités d'ETP semble être un frein à la formation du personnel.

### **Question 7 : Selon vous comment le cadre peut-il favoriser et fédérer la collaboration interdisciplinaire ?**

La particularité des équipes d'ETP est l'interdisciplinarité, les intervenants des programmes occupent donc des fonctions différentes qui ne sont pas toujours sous la responsabilité du cadre de santé et qui n'exercent pas forcément au sein du service. C'est pourquoi il me semblait pertinent d'interroger les cadres sur la façon dont il pouvait favoriser et fédérer cette collaboration interdisciplinaire.

Le cadre n°1 dit qu'afin de favoriser la collaboration interdisciplinaire le cadre  **motive** les individus autour du projet. Par son savoir être et son leadership le cadre va influencer et fédérer cette collaboration en communiquant des objectifs et en donnant du sens aux actions d'ETP. Pour cela « **il faut montrer qu'on est là**

**{...] être dynamique et montrer son implication** » dans le projet. Le cadre instaure également une relation de confiance et laisse de l'autonomie à l'équipe.

Pour le cadre n°2, favoriser la collaboration interdisciplinaire, c'est avant tout communiquer avec l'équipe et placer le patient au centre des soins. Selon lui, le discours du cadre doit être orienté sur l'intérêt de l'ETP et son efficacité. De plus « **Le savoir être du cadre, son dynamisme** » ainsi que la valorisation des équipes vont permettre au cadre de fédérer cette collaboration.

Le cadre n°3 nous dit que pour favoriser cette collaboration son rôle est de « **donner du sens** » au travail. Le cadre a un rôle de diffusion des informations et favorise les échanges entre les membres de l'équipe. « **Il faut informer et ouvrir les échanges** ». Aussi il est souligné qu'il est nécessaire de faire confiance aux équipes et leur donner de l'autonomie. Il faut rendre les « *soignants acteurs des évolutions et du changement.* ».

Enfin le cadre n°4 rapporte également l'importance de la communication en rappelant les objectifs du projet : « **il faut pointer les besoins, les objectifs** ». Ainsi pour ce cadre son rôle est de favoriser les échanges et valoriser les équipes : « **il faut les remercier, les valoriser** ».

Par sa posture et son management, le cadre influe sur la motivation des individus et fédère la collaboration interdisciplinaire. En s'appuyant sur les valeurs collectives du groupe le cadre rassemble les intervenants du programme pour atteindre les objectifs communs. (Cf. cadre conceptuel partie 3.3.1 : le travail en équipe). De plus pour fédérer cette collaboration le cadre doit établir une communication efficace autour des objectifs communs de l'ETP et donner du sens au travail effectué



### Question 7.1 : De quels outils le cadre dispose-t-il ?

Afin de favoriser la collaboration interdisciplinaire le cadre n°1 a recours aux réunions d'équipes car elles permettent d'échanger sur le projet, « *tout ça passe par les réunions d'équipe* ». Ces réunions d'équipes ont lieu tous les 15 jours, elles permettent d'évoquer d'éventuelles difficultés rencontrées avec un patient, de faire émerger des solutions et de prendre des décisions en équipe. Aussi pour ce cadre **les staffs** sont des moments propices à la discussion. Elles permettent également de décider de l'inclusion des patients au programme. C'est un moment qui réunit toutes les catégories socio-professionnelles permettant à chacun d'exprimer son opinion. Les temps dédiés à l'évaluation du programme permettent la prise de décisions communes ce qui favorise la cohésion de l'équipe. « *Il faut que tout le monde réfléchisse aux pratiques et déterminent ensemble les objectifs de l'année suivante* ».

**Les temps d'échanges** sont pour le cadre n°2 les outils essentiels à la collaboration interdisciplinaire. Les réunions d'équipe, les transmissions inter-équipes et les staffs sont des moments qui permettent à chacun de s'exprimer et de réfléchir ensemble à la prise en charge des patients. Ainsi il s'agit surtout « *de favoriser le dialogue* ».

Le cadre utilise ces temps pour questionner les membres de l'équipe sur leurs pratiques, afin de donner du sens au travail effectué.

Pour le cadre n°3, les outils facilitant la collaboration entre les membres de l'équipe sont les **groupes de travail**, « *pendant les moments où l'on construit les supports pédagogiques, il y a une véritable collaboration* ». Le cadre met en avant l'importance du dossier ETP qui selon lui permet de faire le lien avec l'ensemble de l'équipe soignante. « **Le dossier ETP est un outil facilitant le travail en équipe, comme ça même les soignants qui ne font pas partie de l'équipe ETP ont accès aux informations** ». Ainsi le dossier ETP crée du lien entre les membres de l'équipe et améliore le suivi des patients.

Pour le cadre n°4, les groupes de travail sont « *des moments privilégiés* », appréciés des équipes. Ils facilitent la communication et les échanges entre les individus. Les réunions sont utilisées également pour informer les autres membres de l'équipe ne participant pas à l'ETP afin que l'ensemble de l'équipe se sente concerné. Le cadre évoque également le dossier ETP comme un outil facilitant les échanges et le suivi des patients. Selon lui les **transmissions orales** contribuent aussi à la collaboration entre individus.

Ces données mettent en exergue la nécessité pour le cadre de favoriser la collaboration interdisciplinaire. Pour cela le cadre mobilise des moyens tels que les réunions, les transmissions, les staffs, les synthèses et le dossier ETP. Ces outils sont des espaces de réflexion qui permettent de donner du sens au projet et font converger les pratiques individuelles vers des objectifs communs. Aussi en facilitant les échanges et la circulation des informations le cadre va accroître la motivation de l'équipe. La participation des soignants aux discussions fait qu'ils se sentent concernés et impliqués dans le projet d'ETP. (Cf. cadre conceptuel partie : 3.3.1 le travail d'équipe).

### **Question 7.2 : Quelles postures managériales doit-il adopter ?**

Il apparaît dans la littérature que le cadre de santé ne doit pas adopter une posture managériale unique mais l'adaptée au regard des individus. Alors il me paraissait intéressant de repérer quels styles de management étaient utilisés par les cadres sur le terrain pour la mise en œuvre d'un programme d'ETP.

Le cadre n°1 dit se positionner en tant que **superviseur, facilitateur et coordinateur** du programme, il me rapporte que le cadre doit en permanence veiller à la dynamique du groupe, à la motivation des individus et que pour cela la communication est importante. Au début du projet ce cadre dit également qu'il a dû se montrer plus **directif** avec des personnes qui avait suivi la formation mais qui après ne s'impliquaient pas dans le programme. « *Il faut aller les chercher [...]. Tu as été formé, tu t'es engagé, tu fais {...}, là je résume mais j'étais catégorique* ».

Il ressort aussi que le cadre doit **encourager l'équipe et valoriser le travail** qu'elle effectue en mettant en avant leurs compétences afin d'**instaurer une relation de confiance et favoriser l'autonomie**. « *Il faut les encourager...les valoriser pour qu'ils aient confiance en eux et soient autonomes* ». Le cadre se dit être « *moteur* » et pour cela il doit montrer son implication dans le projet, être dynamique et positif.

Il ressort de l'entretien n°2 que le cadre assure un rôle de **coordinateur** et d'**évaluateur** au regard de sa mission transversale sur l'Institution. Le cadre se caractérise comme « *pilote* ». Son positionnement d'**accompagnateur** consiste à maintenir la dynamique de l'équipe et à motiver les individus. Il facilite également les échanges entre les professionnels en animant les réunions d'équipe. Son positionnement au sein de l'établissement lui permet d'exercer une veille informationnelle sur le développement des programmes en France et sur la recherche en matière d'éducation thérapeutique et ainsi de diffuser les informations aux équipes et à sa hiérarchie. Cette posture le place comme une personne ressource pour les équipes ETP de l'établissement.

Le cadre n°3 qualifie son positionnement comme étant **fédérateur et facilitateur**. Il précise **faire le lien entre l'équipe ETP et le reste des soignants du service**. Son management est **participatif** lors des réunions d'équipe car selon lui cela « *favorise la créativité pour la construction des outils pédagogiques* » et permet de faire adhérer l'équipe au projet. « *Cela permet à l'équipe d'être partie prenante et de ne pas subir le projet* ». Cependant, le cadre souligne que le management participatif « *à ses limites* », selon lui le cadre doit aussi **inciter les personnes**

plus en retrait. « *Il faut les pousser un peu* ». De plus il apparaît que le cadre **donne du sens** aux actions en rappelant les objectifs de l'ETP.

Le cadre n°4 se positionne comme **accompagnateur**, il adopte un management **participatif** afin de « *favoriser la créativité et permettre à l'équipe de s'approprier le projet* ». Selon lui, le cadre doit être à l'écoute des propositions de chacun. Au regard de son expérience en ETP il se positionne aussi comme **expert**, ce qui **rassure** les équipes. Son positionnement devient déléгатif quand il me dit **questionner les équipes** « *sur leur pratique et comment ils voient les choses* ». Il « *stimule* » les soignants par l'intermédiaire des évaluations qui permettent un réajustement des pratiques dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins. Le cadre doit identifier les compétences de chacun afin que « *tout le monde trouve un intérêt et prenne du plaisir* ». Le cadre se positionne comme **leader** quand il dit « *qu'une fois qu'on a embarqué l'équipe cela a un effet moteur sur les autres* ». Enfin le cadre exprime l'importance de **valoriser les équipes**, « *les remercier* », afin d'instaurer une **relation de confiance**.

Au regard des réponses apportées par les cadres, je constate que ces derniers adaptent leur posture en fonction des situations et des individus. En effet au démarrage du programme les cadres ont plutôt tendance à adopter une posture hiérarchique. Ils fixent les règles, apportent leur vision et construisent le sens du projet. Ainsi ce management directif permet de fixer les objectifs du projet autour d'arguments rationnels centrés sur le patient. (Cf. partie 3.4 : Le management)

Pour élaborer le programme les cadres se positionnent comme leaders, ils accompagnent les équipes en se situant avec elles et mobilisent les individus. En animant des réunions, ils créent des espaces favorables à la créativité ce qui est source de motivation pour l'équipe et permet aussi aux individus de s'approprier le projet d'ETP. Ce management participatif permet au cadre de faciliter les échanges entre les soignants ce qui va contribuer à instaurer une cohésion d'équipe. (Cf. partie 3.3 l'équipe et 3.4 : Le management).

Une fois le programme mis en œuvre le cadre se positionne plutôt une comme personne ressources, il donne des conseils, questionne les équipes sur leurs

pratiques. Ce management délégitif repose sur une confiance réciproque, ainsi il va permettre au cadre de responsabiliser et valoriser les individus. Cette reconnaissance contribue à entretenir la motivation des membres de l'équipe. (Cf. partie 3.3 : L'équipe et 3.4.2 : Les styles de management).

**Question 8 : Selon vous l'interdisciplinarité favorise-t-elle la cohésion d'équipe ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ?**

Pour le cadre n°1 : Dans un programme d'ETP chaque professionnel apporte ses compétences dans son propre champ disciplinaire, cependant « *Certaines compétences se regroupent* » pour illustrer ses propos le cadre prend alors l'exemple du médecin, du pharmacien et de l'infirmière qui peuvent chacun par leurs compétences aborder les connaissances du patient sur son traitement mais avec une approche différente et complémentaire. L'ETP va permettre une meilleure connaissance des disciplines de chacun, pour se faire selon lui il faut « *un respect des uns et des autres* ». Cette collaboration interdisciplinaire est bénéfique pour le patient « *Tout ce qui est fait pour qu'on travaille ensemble autour du patient est positif* ».

Selon le cadre n°2, l'interdisciplinarité favorise la cohésion d'équipe car chacun apprend des uns et des autres. Les professionnels ont des perceptions différentes mais complémentaires. La co-animation des ateliers d'ETP par des professionnels de disciplines différentes renforce la cohésion d'équipe. La collaboration se poursuit ensuite au-delà de l'ETP, dans la prise en charge quotidienne des patients. La recherche de méthodes pédagogiques innovantes, la création d'outils pédagogiques et les échanges de pratiques entre les professionnels contribuent aussi à l'amélioration des pratiques. La collaboration interdisciplinaire permet « *une évolution des compétences de chacun* ».

Le cadre n°3, nous dit que cette collaboration favorise la cohésion d'équipe car elle permet aux professionnels une meilleure connaissance des compétences de chacun. Elle permet une « *ouverture sur les autres* ». Ce travail en collaboration contribue à une augmentation des compétences des soignants. Selon lui,

l'interdisciplinarité dans l'ETP permet également de prendre en compte l'environnement du patient pour une prise en charge globale du patient.

Pour le cadre n°4 l'ETP rapproche les disciplines, « *en général on a du mal à travailler ensemble dans les services, on travaille surtout les uns à côté des autres* ». L'éducation thérapeutique permet de « *se poser* », de réfléchir ensemble au regard des différentes approches disciplinaires. Aussi selon lui, le travail interdisciplinaire questionne plus largement le fonctionnement du service et les pratiques professionnelles. De fait cela impacte les pratiques quotidiennes et la prise en charge des autres patients. La collaboration interdisciplinaire permet d'inscrire l'ensemble du service dans une démarche éducative « *cela devient une philosophie de soins* ».

Le travail de collaboration interdisciplinaire dans la mise en œuvre d'un programme d'ETP permet donc une meilleure identification des fonctions de chacun. Cette approche pluridisciplinaire permet notamment d'offrir des soins appropriés aux besoins des patients au travers d'approches disciplinaires complémentaires. L'interdisciplinarité nécessite un respect entre les individus et une certaine humilité.

Ce travail interdisciplinaire que requiert l'ETP incite les individus à interroger leurs pratiques professionnelles dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. L'interdisciplinarité entraîne un enrichissement mutuel et une montée en compétences des professionnels de santé. Il ressort également des entretiens que cette collaboration interdisciplinaire a tendance à se poursuivre au-delà des activités d'ETP ceci permettant d'inscrire l'ensemble de l'équipe soignante dans une véritable démarche éducative. (Cf. cadre conceptuel partie 3.3.3 : L'interdisciplinarité).

**Question n°9 : Souhaitez-vous aborder un point qui n'a pas été évoqué pendant l'entretien et qui vous paraît important de souligner**

Il me semblait important de laisser la possibilité aux cadres entretenus d'évoquer un point que je n'aurais pas abordé lors de l'entretien.

Le cadre n°1 a tenu à souligner que dans le domaine de la psychiatrie l'ETP se heurtait au courant psychanalytique très prégnant en France. L'ETP est fondée sur le comportement et les compétences des patients et se rapproche plus particulièrement du courant cognitivo-comportemental ce qui est à l'origine de résistances dans certains services. Cependant selon lui ces approches peuvent être complémentaires, son rôle de cadre étant alors de rassurer les équipes et d'explicitier les objectifs de l'ETP à l'ensemble de l'équipe soignante.

Quant au cadre n°2, coordinateur de programme d'ETP, sa principale mission est de diffuser des informations sur les programmes existant afin que les services puissent orienter leur patient vers des programmes correspondant à leurs besoins. Pour ce faire un projet de mise en place d'une « plateforme ETP » sur le groupement hospitalier est en cours de discussion.

Le cadre n°3 et n°4 n'ont rien souhaité ajouter à l'entretien.

#### **4.4 Synthèse de la recherche**

Au regard du cadre conceptuel et de l'analyse des entretiens il est possible de mettre en exergue les compétences et capacité du cadre requises dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'ETP.

Par ses compétences en animation et en conduite de projet le cadre va réunir les conditions de travail appropriées à la mise en œuvre d'un programme d'ETP :

En tant qu'entrepreneur le cadre repère les opportunités et prend des initiatives dans la mise œuvre de projet d'amélioration des soins tel que l'ETP. Par ses compétences organisationnelles, il identifie les besoins et les moyens matériels et humains nécessaire à la mise en œuvre d'un programme d'ETP.

Comme observateur actif et par sa gestion des compétences, le cadre repère les capacités pédagogiques et les motivations individuelles puis il élabore un plan de formation pour permettre aux soignants d'acquérir les compétences requises à la dispensation d'activité d'ETP conformément à la législation.

En tant que garant de l'organisation des soins le cadre supervise l'élaboration du programme, il planifie les actions afin d'atteindre les objectifs fixés, coordonne les différentes interventions des collaborateurs et évalue les résultats.

Le cadre de santé assure également un rôle d'agent de liaison dans la diffusion d'informations auprès de sa hiérarchie, au reste de l'équipe et des différents intervenants du programme.

La mise en place d'un programme d'ETP doit s'inscrire dans un projet de service et nécessite la collaboration entre différents acteurs. En tant que porte-parole il recherche le soutien de sa hiérarchie et de l'équipe médicale. Ainsi le cadre mobilise les soignants autour du projet d'ETP et pour se faire il communique des objectifs clairs et définit les mission et rôles de chacun afin de favoriser l'adhésion de l'équipe.

Il est également mis en évidence des disparités dans les modes de financements des programmes d'ETP, cependant la mise en place de tableaux de bord de suivi de l'activité répertoriant le nombre de patients inclut dans le programme, le nombre de séances effectuées et la mesure de satisfaction des patients, sont des leviers d'actions pour le cadre de santé permettant la valorisation du programme d'ETP auprès des tutelles.

Le cadre adapte son positionnement au regard des situations rencontrées et des individus en s'appuyant sur différents styles de management. Sa communication doit permettre de faire passer des messages efficaces afin d'asseoir sa légitimité.

En amont du programme : en adoptant une posture hiérarchique le cadre de santé rassure l'équipe. Il communique sa vision du travail et détermine les contours du programme. Il rassemble les différents intervenant autour d'objectifs communs ainsi il favorise l'adhésion de l'équipe au projet.

Dans la phase d'élaboration du programme d'ETP : le cadre se positionne comme animateur. Il accompagne l'équipe dans la réalisation des ateliers et des supports pédagogiques en s'appuyant sur un management participatif, il favorise la créativité qui est source de motivation pour les soignants. Le cadre facilite les

échanges entre les collaborateurs, pour cela il organise et anime des réunions, des groupes de travail et veille à la liberté de parole de chacun ainsi il favorise la collaboration interdisciplinaire.

Dans la phase de suivi et d'évaluation du programme : le cadre assoit sa légitimité technique et se positionne ainsi comme expert. Par sa capacité d'écoute et ses compétences relationnelle le cadre est attentif aux difficultés rencontrées par les équipes ainsi il rassure et guide les individus. L'évaluation du programme permet au cadre de questionner les équipes sur leurs pratiques dans un souci d'amélioration de la qualité des soins. Par un management déléгатif le cadre va instaurer une relation de confiance réciproque ainsi il responsabilise et valorise-les les professionnels de santé. Cette reconnaissance est nécessaire à l'entretien de la motivation des individus afin de pérenniser les actions d'ETP.

De plus par ses connaissances du service et des soignants le cadre va pouvoir adapter sa posture managériale afin de fédérer la collaboration entre les différents intervenants du programme. Le cadre de santé, par son leadership entretient la dynamique d'équipe, aussi par ses compétences relationnelles et en s'appuyant sur un management situationnel le cadre va favoriser la cohésion d'équipe. Pour cela il facilite les échanges entre les individus au travers d'outils comme les réunions d'équipe, les staffs, les groupes de travail et les transmissions.

En effet pour favoriser la collaboration interdisciplinaire le cadre dispose de leviers d'actions qui « *sont représentés par sa capacité à ajuster sa posture, à agir sur les interactions d'équipes et à renforcer les synergies internes.* »<sup>94</sup>

L'ETP est une approche pluridisciplinaire qui vise à améliorer la prise en charge des patients par l'acquisition de compétences leur permettant de mieux vivre avec leur pathologie. Cependant l'interdisciplinarité prend du temps à mettre en place, elle nécessite un respect des différentes approches et une connaissance des disciplines de chacun.

---

<sup>94</sup> GHUILOT Christine. Posture managériale et coopération. Soins cadre n°76, 2010, p.37.

*« Une équipe interdisciplinaire qui fonctionne est une équipe dans laquelle règne à la fois une grande confiance et une grande liberté. »<sup>95</sup>*

Il apparaît qu'une collaboration interdisciplinaire efficace dans l'ETP a un impact sur l'ensemble du reste de l'équipe et permette d'instaurer une démarche éducative intégrée aux soins quotidiens. Fédérer et favoriser cette collaboration interdisciplinaire est donc un enjeu pour le cadre de santé dans la pérennisation du programme d'ETP et dans la création d'une culture éducative de service.

*« Créer une culture éducative de service, c'est faire en sorte que l'ETP soit intégrée aux soins quotidiens »<sup>96</sup>*

C'est pourquoi au regard de mes différentes lectures, du cadre théorique et de l'enquête de terrain je peux répondre à ma question de recherche :

**En quoi le cadre de santé, peut-il influencer sur la réussite d'un projet de mise en place d'un programme d'ETP ?**

Ceci en affirmant mon hypothèse :

**Par sa posture et son management, le cadre de santé va fédérer la collaboration interdisciplinaire et ainsi renforcer la cohésion d'équipe nécessaire à la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique performant.**

---

<sup>95</sup> JOLY Clémence et al. L'interdisciplinarité : une visée, une nécessité et une exigence au service du malade. Ethique et santé, Ed Elsevier Masson, 2011, p122.

<sup>96</sup> ZIMMERMANN C. L'éducation thérapeutique des personnes diabétiques au CHU de Besançon : Exemple d'une démarche structurée. Actualité et dossier en santé publique n°66, 2009, p12.

## 5 Les limites du mémoire

Ce travail de recherche fut passionnant et enrichissant par les lectures et les rencontres réalisées. Il m'a également permis de prendre de la hauteur par rapport à mon questionnement de départ qui s'avérait très pragmatique et ciblé sur le « comment faire ? ».

Toutefois, ce fut un moment difficile en raison notamment de mes doutes et du travail d'écriture qui pour moi est un exercice fastidieux. Les concepts mobilisés au cours de mon travail m'ont permis de mieux appréhender l'objet de ma recherche.

L'enquête de terrain m'a permis de recueillir énormément d'informations et ainsi de prendre conscience que la posture du cadre de proximité était déterminante pour fédérer une équipe et de mesurer l'impact de son management sur l'entretien de sa dynamique.

Afin de mener une enquête plus approfondie il aurait été intéressant d'interroger plus de cadre de santé car en effet le fait d'avoir mené seulement 4 entretiens ne me permet pas d'avoir une représentation significative des pratiques de terrain. Il aurait également pertinent d'interroger d'autres professionnels soignants tels que : médecins, infirmiers, diététiciennes, kinésithérapeutes dispensant des activités d'ETP, afin de pouvoir recueillir leur opinion sur l'ETP et la collaboration interdisciplinaire.

## CONCLUSION

Tout d'abord, il s'agit bien ici de la conclusion d'un mémoire et non de la conclusion de ma recherche qui se veut un début et non la fin d'un projet, encore moins une fin en soi.

Ce travail fut enrichissant et passionnant et m'a apporté des pistes de réflexion quand à ma future prise de fonction de cadre de santé dont un des projets sera la mise en œuvre d'un programme d'ETP au sein d'une UNV.

Mon cheminement fut guidé par une question de départ :

### **Quel est le rôle du cadre de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'ETP ?**

C'est dans un contexte où la prise en charge de l'AVC est devenue une priorité nationale de santé publique, que l'accompagnement et l'éducation thérapeutique doivent désormais faire partie intégrante du parcours de soins du patients victime d'un AVC.

Sur le terrain la mise en place d'évaluation pluridisciplinaire post-AVC ont mis en évidence des besoins exprimés par les patients concernant leur prise en charge.

Ce premier bilan a par la suite amené des échanges et des réflexions avec l'équipe soignante sur un projet de mise en place d'un programme d'ETP.

Ceci m'a conduit à me questionner sur le rôle du cadre dans l'ETP, comment organiser et monter un programme ? Avec qui ? Quelles formations sont requises ? Avec quel financement ?

Ensuite par mes lectures et mes recherches lors de la rédaction du cadre conceptuel j'ai pu explorer le cadre législatif, le cahier des charges des programmes d'ETP ainsi que les formations et les financements possibles pour sa mise en œuvre. Ceci m'a permis d'apporter des éléments de réponse à mon questionnement de départ.

L'étude des différents concepts retenus ont ensuite élargi ma vision ce qui m'a permis de cibler l'objet de ma recherche et d'élaborer la question suivante :

**En quoi le cadre de santé, peut-il influencer sur la réussite d'un projet de mise en place d'un programme d'ETP ?**

Et permis d'en dégager une hypothèse pour y répondre :

**Par sa posture et son management le cadre de santé va fédérer la collaboration interdisciplinaire et ainsi renforcer la cohésion d'équipe nécessaire à la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique performant.**

L'enquête de terrain et l'analyse des entretiens m'ont alors permis d'affirmer cette hypothèse. En effet au fur et à mesure de ce travail j'ai pris conscience de l'importance de la posture du cadre de santé dans l'accompagnement des équipes. J'ai également pu mesurer que d'identifier les composantes de la dynamique d'équipe est essentiel pour le cadre afin de faire adhérer l'équipe au projet d'ETP. Ainsi par sa posture, son leadership et ses capacités relationnelles le cadre va mobiliser et fédérer les individus vers un objectif commun : l'amélioration de la qualité de vie du patient atteint d'une pathologie chronique.

De plus par ses connaissances du service et des soignants le cadre de proximité en adaptant son management aux situations crée un environnement favorable à la collaboration interdisciplinaire. Enfin manager l'interdisciplinarité constitue un véritable enjeu pour le cadre, ceci dans l'objectif de créer une véritable démarche éducative complètement intégrée aux soins.

Cependant malgré la volonté des pouvoirs publics de développer l'ETP en l'intégrant dans le parcours de soins, il apparaît néanmoins des disparités quant à leurs modes de financements. C'est pourquoi je m'interroge aujourd'hui quant à la pérennisation des programmes au regard du contexte économique actuel.

En effet avant la loi HPST les disparités de mise en œuvre de l'ETP rendaient difficile la mesure des bénéfices économiques de l'ETP, comme le souligne le

rapport d'analyse économique et structurelle de l'ETP publié par l'HAS. Cependant l'analyse des premières évaluations quadriennales des programmes d'ETP va permettre « *aux ARS de nourrir une réflexion territoriale avec les équipes sur la disponibilité, le développement et l'adaptation des offres d'ETP* ». <sup>97</sup> Le produit de cette réflexion apportera sans doute des réponses à ce questionnement.

Pour conclure, je pense que l'interdisciplinarité est un gage de qualité des soins et constitue une opportunité de collaboration entre les professionnels de santé. En tant que future cadre de santé fédérer et favoriser cette collaboration me semble être un véritable enjeu au regard de la complexification des prises en charge des patients. La volonté du gouvernement d'inscrire l'ETP dans la formation initiale des professionnels de santé et d'accroître les recherches interdisciplinaires en éducation à la santé sont des mesures qui me paraissent œuvrer dans ce sens.

---

<sup>97</sup>[http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201406/evaluation\\_quadriennale\\_v2\\_2014-06-17\\_16-38-45\\_49.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201406/evaluation_quadriennale_v2_2014-06-17_16-38-45_49.pdf), p. 4. consulté le 10/05/16.

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages :

ANZIEU Didier, MARTIN Jacques-Yves, La dynamique des groupes restreints, 12<sup>ème</sup> Ed. Paris : PUF, 2000, 400.p.

BLACKBURN C. TETREAULT.S. Le manager au quotidien.2<sup>ème</sup> Ed. Le Mans : Gereso, 2015, 153.p.

BOUTINET Jean-Pierre. Psychologie des conduites à projet. 4<sup>ème</sup> Ed. Paris : Que sais-je ? 2006, 126.p.

CAUVIN Pierre. La cohésion des équipes. Paris : Ed ESF, 1997, 220.p.

DULUC Alain. Leadership et confiance : développer le capital humain pour des organisations performantes, 2<sup>ème</sup> Ed. Paris : Dunod, 2008, 264.p.

FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana, Les Concepts en Sciences Infirmières, Éditions Mallet Conseil 2012, 2ème édition, p.162-163.

LAFON Robert. MUCCHIELLI Roger. Le travail en équipe. Paris : ESF Ed, 1996, 170.p.

MINTZBERG Henri. Le manager au quotidien : les dix rôles du cadre. Paris : Eyrolles, Edition d'Organisation, 2009, 283.p.

MUCCHIELLI Roger. Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité au travail, Paris : Ed ESF, 2011, 208.p.

NERE Jean-Jacques. Le management de projet. 3<sup>ème</sup> Ed. Paris : Que sais-je ? 2012, 126.p.

### Périodiques :

BOURDILLON F., SANDRIN-BERTHON B., TISSOT F. Aspects institutionnels de l'éducation thérapeutique : Emergence d'une volonté politique Education thérapeutique Prévention et maladies chroniques. Abrégés, Paris : Ed Elsevier Masson, 2007, pp.260-269.

BAL Sonia. Cohésion d'équipe et rôle du cadre de santé. Soins Cadre, 08/2011, n°79, pp.43-47.

DE LA TRIBONNIERE Xavier, GAGNAYRE Rémi, revue de la société d'éducation thérapeutique européenne : l'interdisciplinarité en ETP du concept à une proposition de critères d'évaluation, Sète, 2013, pp.163-176.

GUILHOT Christine. Posture managériale et coopération. Soins Cadre, 11/2010, n°76, pp 35-37.

JOLY Clémence et al. L'interdisciplinarité : une visée, une nécessité et une exigence au service du malade. Ethique et santé, Ed Elsevier Masson, 2011, pp.119-124.  
LE MEUR Sandra. L'enjeu de la communication du cadre de santé au sein de l'équipe. Soins Cadre, 05/2011, n°78, pp.52-54.

PERRASSE Martine, GIRAUD-ROCHON François. Le cadre de santé est-il un leader ? Soins Cadre, 05/2014, n°90, pp.32-34.

ZIMMERMANN C. L'éducation thérapeutique des personnes diabétiques au CHU de Besançon : Exemple d'une démarche structurée. Actualité et dossier en santé publique n°66, 2009, pp12-13.

## Documents électroniques consultés :

ABABA EKULA Gaby José. Le leadership et le phénomène de pouvoir dans l'organisation. [En ligne] DAKAR, 2007. Disponible sur <<http://www.memoireonline.com/06/09/2181/Le-leadership-et-le-phenomne-du-pouvoir-dans-lorganisation.html>>, Consulté le 13/03/16

ARS-Ile de France. Cahier des charges des Unité Neuro-Vasculaires. [En ligne], v2013, p.9. Disponible sur < [http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2\\_Offre-Soins\\_MS/1\\_Offre\\_hospitaliere/1\\_Organisation/3\\_Contractualisation/Cahier\\_des\\_Charges\\_UNVx.pdf](http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/1_Offre_hospitaliere/1_Organisation/3_Contractualisation/Cahier_des_Charges_UNVx.pdf), consulté le 18/12/15.

BAUDIER François, LEOUBE Gilles. Éducation thérapeutique du patient et disease Management : pour une 3e voie « à la française » ? SFSP » Santé Publique », [En ligne] vol.19, 2007, pp.335-340. Disponible sur < <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-4-page-335.htm>, consulté le 05/01/16.

DELPLANQUE Dominique. Education thérapeutique Education pour la sante Deux modèles de pensée. [En ligne], 2010, p.81. Disponible sur <<http://www.delplanque-formation.com/Files/educther%20V3.pdf>>, consulté le 20/12/15

FORMARIER Monique. La place de l'interdisciplinarité dans les soins. Recherche en Soins Infirmiers, [En ligne], n°79, 2004. p.7 Disponible sur < <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/79/12.pdf?W8JD0-7499K-JW714-W8W87-77319>, consulté le 14/03/16.

GRENIER Béatrice, BOURDILLON François, GAGNAYRE Rémi, « Le développement de l'éducation thérapeutique en France : propositions pour une intégration durable dans le système de soins. », Santé Publique [En ligne], 4/2007 (Vol. 19). p. 293-302. Disponible sur [www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-4-page-293.htm](http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-4-page-293.htm)., consulté le 10/01/16.

HAS. Evaluation quadriennale d'un programme d'ETP : une démarche d'auto-évaluation. [En ligne] p.40. Disponible sur <[http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201406/evaluation\\_quadriennale\\_v2\\_2014-06-17\\_16-38-45\\_49.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201406/evaluation_quadriennale_v2_2014-06-17_16-38-45_49.pdf)>, consulté le 10/05/16.

HAS. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Analyse économique et organisationnelle Rapport d'orientation Synthèse Février 2008. [En ligne].p.6 Disponible sur

[http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese\\_analyse\\_economique\\_et\\_organisationnelle\\_education\\_therapeutique.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_analyse_economique_et_organisationnelle_education_therapeutique.pdf)>, consulté le 10/05/16.

HAS. Recommandations : Education thérapeutique du patient, définition, finalités et organisation [en ligne] 2007, 8.p. Disponible sur <[www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp-definition\\_finalites\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp-definition_finalites_recommandations_juin_2007.pdf)>, consulté le 10/11/15.

Nicole HUGON, Education thérapeutique du Patient et Thérapie Communautaire. {en ligne}, p. 22. Disponible sur <[file:///C:/Users/quiledo/Downloads/ETP%20et%20TCI%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/quiledo/Downloads/ETP%20et%20TCI%20(1).pdf)>, consulté le 04/05/16.

INPES. Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme : Document complémentaire à l'annexe n°1 de l'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient [en ligne] 2013, 34.p. Disponible sur <[www.inpes.sante.fr/FormationsEpS/pdf/dispenser-ETP.pdf](http://www.inpes.sante.fr/FormationsEpS/pdf/dispenser-ETP.pdf)>, consulté le 28/03/16.

JACQUAT Denis. Rapport pour le premier Ministre. Education thérapeutique du patient : Propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne. [En ligne], 2010, p.65. Disponible sur <[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Education\\_therapeutique\\_du\\_patient.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Education_therapeutique_du_patient.pdf)>, Consulté le 03/03/16.

MATHIEU-BLONDET Aude, MALET Anne, DEVY Richard, CAUSERET Martine, ROUQUETTE Alexandra, FANELLO Serge. Évaluation de la prise en charge des patients atteints d'accident vasculaire cérébral (AVC) dans un centre hospitalier. Santé Publique 6/2008 (Vol. 20), [en ligne] pp 561-574. Disponible sur <[http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-6-page-561.htm#anchor\\_citation](http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-6-page-561.htm#anchor_citation)>, consulté le 01/03/16.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. Plan d'actions national : « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 [en ligne] Paris, 2010, 77.p. Disponible sur <[www.cnsa.fr/documentation/plan\\_actions\\_avc\\_-\\_17avr2010.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/plan_actions_avc_-_17avr2010.pdf)>, consulté le 01/03/16.

MOTTA Jean-Michel. Travail en équipe : positionnement cadre envers « l'un-dividu » soignant. (3ème partie). [En ligne] 2003, 5.p. Disponible sur <<http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/doc-123.pdf>>, consulté le 03/03/16.

MUTUELLE NATIONALE HOSPITALIERE. Livret tiré de la revue Soins. L'éducation thérapeutique du patient. [En ligne], 2012, p.21. Disponible sur <<https://www.mnh.fr/telechargement/SOINS-TAP2012.pdf>>, consulté le 20/12/15.

ROBI Yann. Article de Presse : Le cadre de santé face au défi de l'interdisciplinarité.[en ligne] 2005, 4.p. Disponible sur <[www.infirmiers.com/pdf/cadre-interdis.pdf](http://www.infirmiers.com/pdf/cadre-interdis.pdf)>, consulté le 07/03/16.

SAOULT Christian. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative [en ligne] 2008, 165.p. Disponible sur <[http://socialsante.gouv.fr/IMG/rapport\\_therapeutique\\_du\\_patient.pdf](http://socialsante.gouv.fr/IMG/rapport_therapeutique_du_patient.pdf)>, consulté le 18/12/15.

THIAM Yacine, GERBAUD Laurent, GRONDIN Marie-Ange, BLANQUET Marie, MARTY Laurent, PRUILHERE VAQUIER Sylvie, LLORCA Pierre-Michel, CASSAGNES Jean, «

Éducation thérapeutique en court séjour : quelles limites ? Cas de patients cardiovasculaires. », Santé Publique (Vol. 24) [en ligne], 2012, p. 291-302. Disponible sur < [www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-4-page-291.htm](http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-4-page-291.htm)>, consulté le 03/03/16.

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/>, consulté le 01/03/16.

<http://www.arsiledefrance.sante.fr/>, consulté le 26/01/16 et le 28/02/16

<http://www.e-marketing.fr>, consulté le 05/04/16

<http://www.franceavc.com>, consulté le 13/12/15.

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>, consulté le 20/12/15

<http://www.presstvnews.com/>, consulté le 03/02/16

<http://www.sante-centre.fr>, consulté le 01/03/16.

<http://www.universalis.fr/encyclopedie/dynamique-de-groupe/>, consulté le 12/03/16.

## Mémoires

ASSIBAT Nathalie. Les déterminants de l'engagement des managers de proximité : Quel(s) rôle(s) pour la fonction Ressources Humaines ? Management des ressources humaines. Paris Dauphine. 2014. 88p.

## Autres supports

FARNAULT Patrick. Cours sur la gestion de la dynamique du travail en équipe. Institut de Formation des Cadres de Santé : Master 1, ESM. Dispensé le 05/01/16.

FARNAULT Patrick. Cours sur les principes de la négociation et la gestion de conflits, Master 1, ESM, dispensé le 01/03/16

FARNAULT Patrick. Cours sur la notion de leadership, Master 1, ESM. Dispensé le 20/04/16.

FARNAULT Patrick, Les postures managériales : évolutions des compétences d'encadrement, Master 1, ESM. Dispensé le 07/12/2015

FARNAULT Patrick, Introduction aux pratiques managériales, Master 1, ESM. Dispensé le 9/11/2015.

GUIDE DU MEMOIRE à l'usage des étudiants 2015-2016, Institut de formation des cadres de santé, GIP ESM-Formation et recherche en soins

LE BASTARD Virginie. Les clés d'un management de proximité. ESM. Dispensé le 29/03/16.

LE BASTARD Virginie Explorer et promouvoir le changement, ESM. Dispensé le 08/03/16.

LE GAL Morgane, Cours sur la gestion des organisations soignantes organisations et ressources, un lien indéfectible, Master 1, ESM. Dispensé le 02/10/15.

## Textes législatifs

Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient. Journal officiel n° 0178 du 04 août 2010, p.1439. [en ligne]. Disponible sur < <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/8/2/SASP1007571D/jo/texte>, consulté le 20/12/15.

Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. Journal officiel n°19 du 23 Janvier 2015.p.1009 [en ligne]. Disponible sur < <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/1/14/AFSP1501146A/jo>, consulté le 20/12/15.

## **Table des annexes**

Annexe 1 : Liste des ALD

Annexe 2 : Structuration d'un programme d'ETP dans le champ des maladies chroniques

Annexe 3 : Grille d'entretien

Annexe 4 : Retranscription de l'entretien n°1

# Annexe 1 : Liste des ALD

## Liste des ALD 30

Liste des 30 affections de longue durée (ALD 30) qui donnent lieu à exonération du ticket modérateur (article d-322-1 du CSS)

L'article D-322-1 du code de la sécurité sociale précise la liste de ces affections " comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse susceptibles d'ouvrir droit à la suppression de la participation des assurés sociaux aux tarifs servant de base aux calculs des prestations en nature de l'assurance maladie ".

Cette liste est établie après avis du Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale (HCMSS).

En regard de cette liste, le HCMSS élabore des Recommandations à l'intention des médecins traitants et des médecins conseils des services de l'assurance maladie dans le but de donner des indications précises sur les conditions d'exonération. Après aval du Ministre ces Recommandations font l'objet d'une publication par l'UCANSS à l'intention des Professionnels.

### Liste des affections de longue durée :

- 1 Accident vasculaire cérébral invalidant ;
- 2 Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- 3 Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- 4 Bilharziose compliquée ;
- 5 Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves ;
- 6 Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- 7 Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine ;
- 8 Diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- 9 Forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- 10 Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- 11 Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- 12 Hypertension artérielle sévère ;
- 13 Maladie coronaire ;
- 14 Insuffisance respiratoire chronique grave ;
- 15 Lèpre ;
- 16 Maladie de Parkinson ;
- 17 Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- 18 Mucoviscidose ;
- 19 Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- 20 Paraplégie ;
- 21 Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive ;
- 22 Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave ;
- 23 Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale ;
- 24 Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- 25 Sclérose en plaques ;
- 26 Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
- 27 Spondylarthrite ankylosante grave ;
- 28 Suites de transplantation d'organe ;
- 29 Tuberculose active ;
- 30 Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

## Annexe 2 : Structuration d'un programme d'ETP dans le champ des maladies chroniques



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques

Le guide méthodologique et les recommandations sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

#### Principales rubriques du dossier d'éducation thérapeutique

Identité du patient (nom, prénom, date de naissance, maîtrise de la langue).  
Maladie et traitement.

##### Dimensions du diagnostic éducatif

Projet personnel et professionnel.

Connaissances sur sa maladie.

Contraintes professionnelles : métier, situations à risque.

Profil du patient : ressources personnelles et sociales, potentialités d'apprentissage, motivations, centres d'intérêt.

Conditions de vie : entourage, personnes ressources, activité physique

Facteurs de vulnérabilité.

Facteurs de fragilité (avancée en âge, situation de handicap).

Troubles psychologiques et/ou addictions.

##### Synthèse du diagnostic éducatif

- Climat et tonalité de la rencontre.
- Ce que le patient exprime de ses besoins, attentes, préoccupations, difficultés.
- Les ressources du patient et les facteurs positifs (soutien des proches, etc.).
- Les besoins et les compétences à développer par le patient et éventuellement ses proches :
  - compétences d'autosoins et d'adaptation à sa situation ;
  - compétences qui visent à faire face, et à s'adapter à la situation et aux conséquences de la maladie dans la vie quotidienne ; aux émotions suscitées par la situation ; et à rechercher un soutien social ;
  - compétences, dites de sécurité, visant à ne pas mettre la vie du patient en danger ;
  - compétences spécifiques fondées sur les besoins propres du patient.
- Les difficultés et les facteurs de vulnérabilité psychologique et sociale.
- Les troubles somatiques, les difficultés psychologiques et sociales.
- Les prises en charge médicales complémentaires.
- Les contacts pris avec les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social.
- Le suivi envisagé : éducatif ; médical ; prises en charges complémentaires ; orientation vers des spécialistes.
- Les coordonnées de la personne-ressource qui occupe la mission de coordination.

##### Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

Hiérarchisation des priorités d'apprentissage perçues par le patient et le professionnel de santé.

Planification des séances : objectifs éducatifs, durée, fréquence, techniques pédagogiques.

Type de séances : individuelles, collectives, en alternance, auto-apprentissage.

##### Évaluation de l'éducation thérapeutique individuelle (suivi éducatif)

Évaluation des compétences acquises, à maintenir et à soutenir, et des changements chez le patient.

Évaluation du déroulement des séances, évaluation de leur caractère adapté aux besoins du patient.

Évolution dans les acquisitions des compétences d'autosoins.

Difficultés d'autogestion du traitement par le patient.

Vécu de la maladie au quotidien.

Évolution de l'adaptation du cadre et du mode de vie, équilibre entre la vie et la gestion de la maladie.

Maintien des séances éducatives planifiées, et utilité d'en prévoir d'autres.

##### Suivi médical

Évolution de la maladie.

Ajustement du traitement et du plan d'action.

Prise en charge complémentaire si besoin (troubles psychiques, addictions).

Gestion de la maladie au quotidien : réussites, difficultés, compétences à soutenir, etc.

Qualité de vie.

Fréquence des rechutes, du recours aux urgences, des consultations non programmées, des hospitalisations, des séjours en réanimation, de l'absentéisme professionnel ou scolaire.

## Annexe 3 : Grille d'entretien

### Grille d'entretien

Bonjour, je m'appelle Carole Martin, je suis actuellement étudiante cadre de santé à l'École Supérieure Montsouris, je réalise cet entretien dans le cadre de mon mémoire dont le thème porte sur le rôle du cadre de santé dans la mise en place d'un programme d'ETP en milieu hospitalier. Le but de cet entretien est de recueillir votre opinion, il est anonyme et confidentiel. Afin de rester fidèle à vos propos et de permettre une analyse de qualité de cet entretien, je souhaiterais vous enregistrer si vous êtes d'accord ?

- Talon Identitaire :

Date DE :

Date DCS :

Autre diplôme :

Age :

Ancienneté dans le service :

Compétences (40H) :

1) Depuis quand le programme d'ETP existe-t-il dans le service ?

1.1) Son origine ?

1.2) A l'initiative de ?

2) Combien de professionnels composent l'équipe ETP ?

3) Quelles sont leurs fonctions

4) Combien d'entre eux sont formés à l'ETP ?

5) Quelles stratégies managériales avez-vous mises en place pour conduire ce projet ?

6) Avez-vous rencontré des freins pour la mise en place du programme dans le service ?

6.1) Si oui lesquels ?

6.2) Et qu'avez-vous mis en place pour lever ces freins ?

7) Selon vous comment le cadre peut-il favoriser et fédérer la collaboration interdisciplinaire ?

7.1) De quels outils dispose-t-il ?

7.2) Quelles postures managériales doit-il adopter ?

8) Selon vous l'interdisciplinarité favorise-t-elle la cohésion d'équipe ?

8.1) Si oui pourquoi ?

8.2) Si non pourquoi ?

9) Souhaitez-vous aborder un point qui n'a pas été évoqué pendant l'entretien et qui vous paraît important de souligner ?

Question de relance (Q8)

1) Selon-vous, l'interdisciplinarité dans l'ETP contribue-t-elle à l'amélioration de la qualité des soins ?

## **Annexe 4 : Retranscription entretien n°1**

**Depuis quand êtes-vous diplômée IDE ?** Depuis 1993 (26 ans)

**Depuis quand êtes-vous cadre de santé :** 2008 (8ans)

**Quelle était votre ancienneté dans le service au moment de la mise en place du programme ETP ?** 1an

**Quelles compétences aviez-vous en ETP ?** : J'avais des compétences éducatives par rapport à mon rôle propre IDE, mon mémoire à l'école des cadres portait sur l'éducation thérapeutique. Au début du projet je n'avais aucune formation complémentaire, j'ai suivi la formation des 40h en même temps que nous mettions en place le projet. Quand je suis revenue de l'école des cadres ma cadre sup avait commencé à former du personnel infirmier à l'ETP et moi je me suis tout de suite investi dans le programme qui était en train d'être formalisé, j'ai commencé à formaliser le programme avec mes compétences managériales et l'aide du personnel qui avait été formé. J'ai suivi la formation ETP après ce qui m'a aidé dans la formalisation du programme par la suite.

**Et donc la mise en place du programme était à l'initiative de votre cadre sup ?** Oui

**De combien de personne était constituée l'équipe ETP ?** Nous avons une équipe pilote de 4 IDE, 2 cadres de santé, le cadre sup et un médecin Les IDE étaient formés ou intéressés puis envoyés en formation. Ils ont tous été formés.

**Quelles stratégies managériales avez-vous mises en place pour conduire ce projet ?**

Réunions pour déterminer les besoins que nous avons dans le service et donc suite à plusieurs réunions qu'on a fait intra et extra, on a défini un programme intra hospitalier de 3 séances minimums avec une séance pour établir le diagnostic et une séance pour l'évaluation donc 5 séances en tout et l'équipe du CMP a travaillé sur un programme plutôt de neuf séances heu pour le CMP et pareil avec un diagnostic éducatif et une évaluation, heu ... donc on a mis en place ensemble la fiche pour le diagnostic éducatif on a créé dans chaque séances le contenu des séances et les outils pédagogiques et tout ça voilà et comme moi je travaille en

intra je me suis concentrée plus précisément sur le programme d'intra et déjà la partie logistique à savoir aider l'équipe à construire ces outils là et à informer l'équipe médicale. Le premier point était d'ailleurs que l'équipe médicale nous soutienne parce qu'il était important que le diagnostic du patient soit annoncé et encore mieux qu'il y est un premier contact avec l'infirmière qui allait faire l'éducation thérapeutique avec ce patient avec le médecin. Donc déjà la collaboration avec le médecin est hyper importante ainsi que le soutien de la cadre supérieure et ensuite il y a toute la question de l'information et de l'organisation qui dépend du cadre et bien sûr en collaboration avec sa cadre sup et la logistique. La meilleure manière pour moi en tant que cadre est déjà d'être convaincu du bienfondé de l'ETP, le fait d'être formé est important mais même sans être formé aux 40H il suffit de savoir ce que c'est et avec nos compétences managériales on peut aider les équipes mais il faut être convaincu que cela sert à quelque chose, que c'est un outil de soins. Donc en tant qu'outil de soin il doit pouvoir s'intégrer dans une organisation des soins de la même façon que la prise heu l'administration des traitements. Donc pour moi il était évident qu'au même titre qu'heu une administration de traitement ou une sortie thérapeutique, l'ETP soit organisée au niveau du planning. L'activité de soin, l'ETP doit être organisée planifiée au même titre qu'on planifie une injection.

Donc dans un premier temps on était parti pour des séances en groupe, mais très rapidement on s'est rendu compte qu'heu vu les caractéristiques des patients que nous on recevait et pour mieux les préparer à la sortie, on attendait bien sûr qu'ils soient stabilisés pour faire de l'ETP, Mumm, ça passait mieux avec les entretiens individuels

Donc on a fait des entretiens individuels, moi mon rôle en tant que cadre, Mumm, je ne participais pas aux séances d'ETP, moi j'étais dans la supervision, dans la facilitation, dans le soutien, la défense aussi de l'équipe vis-à-vis des autres membres de l'équipe et de certains cadres et des médecins qui n'étaient pas convaincu peut-être de cette question-là.

Donc dans mon planning mensuel je veillais par exemple lors des synthèses, que le patient était peut-être prêt pour de l'ETP, que le médecin puisse le voir en entretien : alors quand est-ce que tu vas voir le patient pour l'ETP avec l'infirmière ? Est

ce qu'il est prêt ? Qu'est-ce que tu en penses ? Et ensuite voir avec l'infirmière pour la programmation des séances, par exemple planifier les 5 séances sur le planning pour qu'elle puisse se dégager des activités quotidiennes, autres, pour qu'elle soit dans son bureau tranquille pendant une heure et demi deux heures entre l'écriture de la séance, le compte rendu et les transmissions « Cortexte » ou quoi que ce soit

**Donc vous aviez vraiment un rôle de supervision, de facilitateur, de soutien ?** Oui, complètement.

**Est-ce que vous diriez que vous étiez le coordinateur ?** Oui bien sûr, bien entendu, coordinateur et au début du programme ce n'est même pas que coordinateur car au départ il y a des infirmières qui sont super intéressées, qui vont faire la formation, mais ensuite elles sont prises par le quotidien et elles n'ont pas l'initiative de heu aller plus loin donc c'est à nous en tant que cadre d'aller les chercher, de leur dire « tu as été formé, tu t'es engagée , tu fais » là je résume mais j'étais catégorique mais c'est pas aussi simple parce que il y a beaucoup de personnes qui bénéficient de formations et pas que l'ETP, à faire entretien infirmier, activité thérapeutique et qui ne vont jamais rien faire après dans le service. Là on parle aussi d'heu comment on appelle ça, le retour sur investissement d'une formation, on paye des gens pour aller en formation, des formations qui coûtent très chères, on les sort du service pendant 5 jours, 40h de formation et après qu'est ce qui se passe .....alors que d'autre vont essayer, vont écrire un projet, vont aller voir la cadre pour exposer leurs idées mais si le cadre n'est pas derrière, il ne se passe rien.

**Donc vous adaptez votre management en fonction des personnes en face de vous ?**

Oui parce qu'il y a des personnes très investies, très intéressées, qui viennent me dire « voilà j'ai prévu telle séance, a telle date, tu peux voir pour le planning » et d'autres qui ont suivi la formation et qui ne sont jamais venus me voir, donc c'est à nous d'être derrière tout le temps tout le temps tout le temps. Donc il faut se poser la question de qui on envoie en formation et pourquoi faire ? Parce que si c'est envoyer pour envoyer ça ne sert à rien, on est facilitateur, accompagnateur, un soutien, on peut beaucoup donner en tant que cadre mais un moment donner on a

besoin de pouvoir s'attraper à des choses. Mais certaines personnes rien ne vient, donc c'est à nous de les motiver, et si on ne fait pas une pré-sélection mais dire « ok tu pars en formation mais je souhaite que » ... ce qu'on faisait d'ailleurs.

**Donc pour vous votre rôle est de fixer, de rappeler les objectifs ?** oui c'est ça et de motiver, encourager, sans, il ne s'agit absolument pas d'être dans le reproche bien entendu hein on est là pour motiver, voir quelles sont les difficultés, d'ailleurs il y en a qui ne sont pas prêt à le faire, au début même que certaines faisait les entretiens a deux, au bout d'un an quand même je leur ai dit « vous ne vous sentez pas toujours prêtes ? » Déjà il faut qu'ils se sentent compétents et légitimes pour faire la séance en individuel avec le patient mais aussi ça les valorisent, au niveau de leur estime professionnelle mais il y a aussi une question économique, on ne peut pas dégager deux infirmier pour une séance pendant deux heures avec un patient. Donc il faut les encourager, qu'ils se sentent suffisamment autonome, et qu'il ait confiance en eux pour qu'il puisse faire ça seul, on groupe on est toujours deux c'est moins difficile, alors que pour les séances individuelles elles ne se sentaient pas prêtes, donc ça a pris du temps.

**Oui, il y a une notion de temps... ?** Oui il faut du temps, mais cela dépend vraiment des compétences individuelles de chacun, des capacités pédagogiques, des capacités de compréhension, d'être à l'aise dans la relation soignant-soigné, il y a beaucoup de choses, vraiment beaucoup de choses.

**Avez-vous rencontré des freins lors de la mise en place de ce programme d'ETP ?** Pas au niveau de notre service parce qu'on avait le soutien de l'équipe médicale et de la cadre sup, les freins sont plutôt du côté organisationnel, la charge de travail, pouvoir dégager des infirmières heu et aussi les freins étaient les infirmiers eux-mêmes, ce sont les infirmiers qui se mettent des freins par rapport à ce qu'on disait tout à l'heure , qu'ils ne se sentent pas prêts, pas compétents, donc il faut qu'on soit derrière eux, qu'on les soutiennent pour qu'ils soient plus autonomes quoi.

**Selon-vous en quoi le cadre peut-il favoriser, fédérer la collaboration interdisciplinaire ?** Tout ça passe par les réunions d'équipe, on se réunissait tous les 15 jours avec l'équipe et même parfois avec la cadre sup. Les réunions d'équipe sont très importantes pour parler du projet. La mise en place d'un groupe pilote

pour participer à la construction et à la mise en place du projet et aussi nous ce qu'on va amener, il faut motiver, être derrière, s'engager dans le projet, interroger les équipes : « alors comment ça se passe ? », en fait suivre ça de près, pas juste « ah oui c'est bien ils le font ! » mais « alors comment vous vous êtes sentit ? est ce que ça été facile ? », ce qui n'est pas facile non plus pour le cadre car il faut y consacrer du temps, pouvoir se dégager du temps, de l'énergie car on est pris par plein d'autres choses aussi, mais être auprès de l'équipe a un vrai intérêt aussi par exemple heu s'intéresser à la clinique des patients, on est des cadres infirmiers à la base, on a des connaissances cliniques, il faut pouvoir leur dire « alors là je pense que le patient est prêt qu'est-ce que tu en penses ? » Heu voilà s'intéresser aux réunions de synthèses pour pouvoir dire après « j'ai parlé avec le médecin, on pense que ce patient est prêt, vous pouvez peut-être le voir ? Les impliquer dans le projet mais aussi dans l'évaluation, après qu'on fait l'évaluation, impliquer tout le monde dans l'évaluation, tous s'asseoir autour d'une table avec les dossiers des patients. Que tout le monde participe et réfléchisse aux pratiques et déterminer les objectifs pour l'année prochaine ensemble. Et les féliciter pour leur travail.

Est-ce que vous diriez que la mise en place des outils c'est fait sur un mode participatif ? Oui, elles ont créé les outils ensemble, leur cas clinique, elles avaient pleins d'idées, on a créé la fiche pour le diagnostic clinique ensemble, je les ai aidés pour la mise en forme informatique, j'aidais pour l'organisation logistique et matériel.

Selon vous quels sont les outils sur lesquels le cadre peut s'appuyer pour fédérer les équipes ? Le cadre doit pouvoir communiquer avec l'équipe, s'appuyer sur le rôle propre infirmier, les motiver, on n'a pas fait 3 années d'études pour rien, la relation soignant-soigné elles connaissent, instaurer de la confiance, leur rappeler qu'en tant qu'infirmier nous avons un champ de compétences énorme, il faut pouvoir donner du sens à leur travail, les dégager de leur rôle prescrit, qu'il puisse s'approprier le projet. Il faut partir des valeurs des soins, rappeler les valeurs. Et après il y a les basics du management, être organiser, être moteur, être dynamique, heu être positif, et toujours monter qu'on est impliqué, motivé nous aussi

Pensez-vous que l'interdisciplinarité favorise la cohésion d'équipe ? bien sûr c'est évident...

Et pourquoi selon vous ? déjà chacun a son champ de compétences, l'assistante sociale.....quand on parle d'ETP on parle de la maladie, du traitement, ensuite on peut décliner ça heu on peut décliner ça avec l'aspect social, des difficultés sociales, on peut heu effectivement parler de la maladie avec le médecin, pour parler du traitement on peut inviter un pharmacien, pour parler des problèmes sociaux on peut faire intervenir l'assistante sociale, mais si le programme effectivement est construit avec toutes ces personnes déjà et en le faisant ensemble, chacun amène ses compétences propres en sachant qu'il y a des compétences qui se regroupent, les infirmiers aussi peuvent parler du traitement, pas bien sûr avec la connaissance approfondi des médecins parce qu'on ne prescrit pas et on a pas ces connaissances-là, mais on peut en parler différemment, le pharmacien aussi, les infirmiers vont pouvoir parler de la maladie mais les médecins aussi mais on ne peut pas annoncer de diagnostic, chacun avec ses compétences on va en ..... Voilà en respectant les uns et l'autres on peut créer un bon programme et de le fabriquer ensemble va favoriser, va casser des préjugés : « oui les infirmières ne foutent rien, les médecins ne comprennent rien à la problématique », bon déjà cela casse les préjugés et tout ce qui est fait pour qu'on travaille ensemble autour du patient c'est positif.

**Est-ce que vous souhaitez aborder un point qui n'a pas été évoqué durant l'entretien et qu'il vous semblerait important de souligner ?** L'ETP a la base vient des thérapies cognitivo-comportementales, c'est une démarche éducative, à la base il y a une base cognitivo comportementale c'est basé sur le comportement, les connaissances, les compétences etc. on est pas là pour heu évoquer pourquoi le patient est devenu schizophrène, ses problèmes pendant l'enfance, on est pas là pour traiter ça on est vraiment dans du pratico pratique et c'est vrai qu'en psychiatrie il y a pu avoir beaucoup de résistances chose qui peut être en médecine générale vous n'avez pas vécu, en neurologie ou neurochirurgie, etc. vous n'avez pas vécu cette dichotomie car en psychiatrie il y a plusieurs courants théoriques qui apportent leur connaissances aux champs de la psychiatrie, c'est le courant psychanalytique et le courant cognitivo comportementale, systémique etc... et les 2 principaux courants sont Le psychanalytique et les TTC et en France

la ...la , l'encrage de la psychanalyse est extrêmement fort donc quand on a voulu il y a 10 ans commencer à travailler sur l'ETP avec les patients psychotiques effectivement on a eu beaucoup de résistance de la part des médecins psychanalystes ou des psychologues psychanalystes et même des infirmiers qui étaient dans ce courant théorique, cette résistance-là existe encore de moins en moins mais elles existent toujours parce que il y a toujours ces courants de pensée qui est fort en France et qui oriente des pratiques dans un service donc heu voilà il a fallu beaucoup expliquer, rassurer beaucoup aller de l'avant des fois en l'ignorant et effectivement c'est là qu'on se rend compte que le cadre supérieur et les médecins chef sont très importants et les médecins responsables des structures et les cadres responsables parce que si ces personnes ne sont pas dans cette dynamique là on peut se retrouver avec beaucoup de difficultés à ce niveau là

**C'est vraiment un projet qui doit être soutenu par la hiérarchie et l'équipe médicale ?** oui ça arrive de moins en moins avec la loi HPST le fait que l'ETP soit devenu une obligation heu tout patient doit pouvoir se voir offrir une éducation thérapeutique cela ne veut pas dire qu'il est obligé, il peut refuser, mais on doit pouvoir lui offrir, c'est ça que dit la loi donc HPST c'était 2009 , la loi a beaucoup fait pour faciliter la mise en place de programme d'ETP d'autant plus que c'est un critère de certification, HAS est tout ça donc effectivement les directeurs d'hôpitaux la direction des soins se sont penchés sur tout ça , avant les personnes qui travaillaient sur l'ETP avant, nous on croyait déjà à l'ETP maintenant ça c'est beaucoup développé et tant mieux qu'il y est une loi qui oblige les soignants a pouvoir proposer ça, c'est une honte qu'il ait fallu une loi pour que les équipes proposent ça alors que c'est du rôle propre infirmier, l'ETP rentre dans les soins éducatifs d'une infirmière, c'est une honte qu'il ait fallu cette loi pour qu'on s'approprie l'éducation. Et même les médecins et tous, c'est de la santé publique de la prévention donc c'est logique de le faire. On le faisait déjà avant il a fallu le formaliser pour être validé par l'ARS, nous avons été un des premiers programmes en France en psychiatrie parce que tout était prêt il a juste fallu remplir des cases et donc heu tant que cela se développe mais la problématique de la psychiatrie c'était ça, le clivage entre les différents courants qui sont pour moi deux courants qui peuvent être complémentaire et collaborer en toute intelligence et voilà et pourquoi je peux dire que l'ETP a été mise dans une loi, c'est bien parce qu'il y a des preuves scienti-

fiques qui montrent que ...qui prouvent que c'est bénéfique sinon pourquoi mettre ça dans une loi on ne met pas dans une loi qu'il faut prendre des bains chauds tous les soirs, donc c'est bien que des preuves scientifiques montrent les bénéfices.

**Et bien je vous remercie de m'avoir accordé de votre temps**



Diplôme de Cadre de Santé  
DCS@15-16

Mémoire de fin d'étude

**La collaboration interdisciplinaire :  
Un enjeu pour le cadre de santé dans l'éducation thérapeutique aux patients**

**Martin Carole**

**MOTS CLES :**

Cadre de santé, éducation thérapeutique (ETP), équipe, interdisciplinarité, posture, management,

**KEY WORDS:**

Nurse manager, therapeutic education, team, interdisciplinarity, attitude, management,

**RÉSUMÉ**

L'évolution du nombre de patients atteints d'une maladie chronique nécessite de définir des parcours patients ceci dans le but d'optimiser leur prise en charge. C'est dans ce sens que la loi HPST de 2009 a contribué au développement de l'ETP pour les patients atteints d'une maladie chronique en l'inscrivant comme une étape du parcours de soins. L'ETP est une activité qui nécessite une cohésion d'équipe ainsi qu'une collaboration interdisciplinaire efficace. Après avoir exploré les concepts d'ETP, de projet, d'équipe, d'interdisciplinarité et de management, j'ai mené des entretiens auprès de 4 cadres de santé responsable d'unité de soins afin d'appréhender leur rôle dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'ETP. Les résultats de cette recherche mettent en évidence la posture et le management que le cadre doit adopter afin de fédérer une équipe autour d'un projet d'ETP et de favoriser la collaboration interdisciplinaire.

**ABSTRACT**

The evolution amongst patients reached of a chronic disease requires to define patient courses this with an aim of optimizing their care. It's in this direction that law HPST of 2009 contributed to the development of the TPE for the patients reached of a chronic disease by registering it like a stage of the course of care. The TPE is an activity which requires a cohesion of team as well as an effective interdisciplinary collaboration. After having explored the concepts of TPE, project, team, interdisciplinarity and management, I conducted interviews with 4 nurse managers responsible for care unit in order to apprehend their role in the development and the implementation of a TPE program. The results of this research highlight the posture and management that the nurse manager must adopt in order to federate a team around a project of TPE and to foster interdisciplinary collaboration.