

Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris Est Créteil/Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé



*Education thérapeutique,
santé mentale et stratégie
managériale*

Katia PIGNON

DCS@12-13

42 Bd Jourdan 75014 PARIS-Tel 01.56.61.68.60

Fax 01.56.61.68.59

« Ce n'est pas assez de faire des pas qui doivent un jour conclure au but, chaque pas doit être lui-même un but en même temps qu'il nous porte en avant. »

Joseph Wolfgang Von GOETHE, Ecrivain allemand (1749-1832)

REMERCIEMENTS

Je remercie Mme GORIOT pour son soutien tout au long de mon parcours et pour l'aide qu'elle a su m'apporter tout au long de mon cheminement. Son investissement a été un réel soutien pour mon questionnement professionnel et m'a conforté dans le choix des idées telles que je souhaitais les présenter et les faire partager.

Merci à mon directeur de mémoire, Mr TOUCHARD, pour m'avoir permis d'avancer à mon rythme et m'avoir aiguillé dans mon travail de recherche.

Merci à Jean-Yves MASQUELIER et toute son équipe pour leur disponibilité et leur participation à mon projet, me permettant d'établir la construction de ma recherche et d'enrichir mon questionnement professionnel.

Merci à tous ceux qui m'ont accordé du temps pour les entretiens réalisés et à ceux qui ont collaboré en répondant aux questionnaires, avec l'intérêt qu'ils y ont porté.

Je n'oublie pas de remercier tout particulièrement ma petite famille : Olivier, Noellie, Sofiane, Noëlla et Yves, pour leur patience et leurs encouragements durant toute cette année de formation.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	2
Introduction	3
1 Choix de ma thématique	4
1.1 Mon constat de départ.....	4
2 Cadre conceptuel	9
2.1 L'éducation thérapeutique du patient (ETP).....	9
2.1.1 Sa définition	10
2.1.2 Son cadre législatif.....	11
2.1.3 Les bénéficiaires, limites et enjeux	13
2.1.4 La stratégie de mise en place	14
2.1.5 La place de l'ETP en santé mentale	15
2.2 Le concept de projet.....	18
2.2.1 Sa définition	18
2.2.2 Le projet et la motivation	20
2.2.3 Le projet et sa relation avec le changement	21
2.3 Le concept du changement	22
2.3.1 Sa définition	22
2.3.2 La notion de résistance au changement.....	24
3 Le rôle du cadre de santé	25
4 Formulation de mon hypothèse	28
5 L'enquête de terrain	29
5.1 Méthodologie de l'enquête	29
5.2 Les entretiens auprès de cadres de proximité	31
5.3 Entretien avec une infirmière référente ETP	33
5.4 Les questionnaires complémentaires	34
6 Analyse globale	35
6.1 Analyse d'entretien individualisée.....	35
6.2 Analyse globale avec confrontation des idées clés	43
6.3 Analyse des questionnaires	48
Conclusion	52
BIBLIOGRAPHIE	53
ANNEXES	

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS	Agence Régionale de Santé
CMP	Centre Médico-Psychologique
ESM	Ecole Supérieure Montsouris
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FFCS	Faisant Fonction Cadre de Santé
HPST	Hôpital, Patient, Santé et Territoire
IFCS	Institut de Formation Cadre de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

INTRODUCTION

Dans le domaine de la santé, les professionnels peuvent être amenés à prendre en charge des patients atteints de maladie chronique. Chaque spécialité est concernée par ce fléau, la psychiatrie ne faisant pas exception. C'est pour aider le patient à apprendre à mieux gérer sa vie avec la maladie que l'éducation thérapeutique du patient se développe aujourd'hui. Ainsi, au-delà d'une prise en charge curative, l'action préventive vient petit-à-petit s'intégrer dans les soins. Principalement utilisée en service de diabétologie dans ses débuts, la psychiatrie s'y intéresse également dans certains établissements. En santé mentale, certains patients souffrent de pathologies chroniques, telles la schizophrénie, la bipolarité. Certains médecins et cadres s'associent volontiers pour déployer l'éducation thérapeutique dans leur service. C'est d'ailleurs le cas au sein de la structure de soins dans laquelle je suis en poste. Déjà investie par les soignants, l'éducation à la santé se pratiquait au quotidien, de manière plus ou moins formelle parfois. Mais l'intérêt de l'éducation thérapeutique, dans la conception du soin, est, me semble-t-il, de prendre en compte le patient en tant qu'individu et acteur direct de son état de santé. En étant en pleine mise en place de ce projet dans le service où j'exerce, je me questionne sur les représentations des cadres sur cette méthode de soin. Ce changement organisationnel peut induire des résistances des équipes. De ce fait, je souhaite explorer sur ce sujet et tenter de trouver des réponses à mes questions sur la stratégie de mise en place d'un manager pour ce type de projet.

Pour répondre à l'ensemble de mes interrogations, je présenterai dans un premier temps ce qu'est l'Education Thérapeutique du Patient. Ensuite, je traiterai de ce qu'est le projet, puis la notion de changement. Après ses différents concepts, je pourrai m'attarder à la présentation du rôle du cadre de santé. Ensuite, je tenterai d'orienter ce travail vers la construction d'une hypothèse que je chercherai, au travers d'entretiens et d'enquêtes menées sur le terrain, à valider ou invalider. Toutes ces étapes me permettront alors d'arriver à une analyse concernant le sujet étudié avant de conclure sur ce que ce mémoire m'a apporté en termes de construction de savoirs et savoirs faire.

1 Choix de ma thématique

1.1 Mon constat de départ

Ma question de départ pour mon mémoire est la suivante : quel management peut utiliser le cadre de santé de proximité pour amener l'équipe soignante à faire face au changement dans la mise en place d'un projet d'éducation thérapeutique en service d'admission de psychiatrie adulte ?

J'ai choisi de travailler sur ce sujet depuis le concours d'entrée à l'Institut de Formation Cadre de Santé (IFCS). Mon projet était déjà porté sur la mise en place de séances d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) au sein d'un service de psychiatrie adulte. Des ateliers sont déjà en place depuis longtemps dans le service où j'étais en poste de Faisant Fonction Cadre de Santé (FFCS) jusqu'à mon entrée à l'Ecole Supérieure Montsouris (ESM). Il s'agit de groupes d'éducation à la santé, avec des séances spécifiques sur le tabac et d'autres portant sur des conseils hygiéno-diététiques ou encore sur la toxicomanie, mais de manière plus informelle. J'essaie depuis bientôt deux ans de mettre en place des séances d'éducation thérapeutique au sein d'une unité d'admission de psychiatrie adulte. Il s'avère que le projet et sa mise en place n'en sont à ce jour qu'aux balbutiements. Peu de patients ont pu bénéficier de séances depuis cette unité.

Si nous nous intéressons plus particulièrement à l'ETP en unité d'admission ou encore unité temps plein, de court séjour, en service de psychiatrie, nous pouvons envisager de faire plutôt des séances individuelles de sensibilisation, d'éducation initiale ou encore de renforcement. Toute cette prise en charge va dépendre du contexte d'hospitalisation, des conditions d'hospitalisation,...Même si certains peuvent considérer qu'il est trop tôt pour faire de l'ETP dans ce type de service, il peut pourtant sembler opportun de débiter ce type de prise en charge individualisée. En effet, c'est ici que l'annonce du diagnostic est faite, que certaines choses peuvent parfois être amorcées avec le patient atteint de maladie chronique de type schizophrénie. Aussi, l'annonce du médecin est indispensable pour entamer les séances et peut se faire en partenariat avec l'équipe soignante, dans l'objectif d'une prise en charge globale et personnalisée. Mais cette méthode de soin innovante correspond encore à ce jour à quelque chose d'abstrait pour les soignants qui n'ont pas bénéficié d'une formation spécifique. De plus, la psychiatrie n'est

pas forcément le premier lieu de soins qui s'est intéressé à l'ETP. Nous en entendons plus parler de manière courante aujourd'hui dans des services de diabétologie ou encore en cancérologie.

L'objectif est ensuite de faire un lien avec l'extra hospitalier à la sortie du patient. En effet, un programme déjà validé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) est en cours sur le Centre Médico-Psychologique (CMP) et fonctionne bien. Par contre, il me semble intéressant de commencer à travailler avec le patient dès l'admission et faire le lien ensuite avec l'extra en établissant une fiche de liaison qui sera faxée à l'équipe du CMP et/ou de l'hôpital de jour afin de continuer la prise en charge là où elle s'est arrêtée.

L'ETP est une démarche de promotion de la santé, de vie avec la maladie, de prévention des risques de rechute.

Sur les douze infirmières composant l'équipe, deux ont bénéficié de la formation interne à l'établissement sur l'éducation thérapeutique, avec les quarante heures minimum obligatoires. De plus, une des deux a participé à l'animation d'ateliers d'éducation à la santé au sein du service. Il s'agit donc des deux personnes ressources dans l'équipe pour la mise en place des séances.

Pour mettre en place l'ETP dans un service de soins, je pense que plusieurs acteurs sont nécessaires : l'équipe soignante, le cadre de proximité, le cadre supérieur, l'équipe médicale, le patient et plus ou moins les familles.

Un travail éducatif est déjà effectué au quotidien auprès des patients, de manière informelle. Il n'est pas comptabilisé dans la planification des soins. L'objectif de ce projet d'ETP est de rendre cette activité connue et reconnue dans le rôle du soignant, d'autant qu'il fait maintenant partie de ses missions. Il s'agit d'utiliser la bonne stratégie de mise en place en permettant un investissement collectif de l'ensemble des personnes qualifiées. Cela afin de permettre une certaine reconnaissance du travail des soignants.

Il y a eu toute une stratégie de progression dans la mise en place de ce projet : réunions institutionnelles sur le sujet, avec explication et définition de ce qu'est l'ETP ; réunions avec présentation du sujet, des objectifs, du déroulement, durée, présentation de la

stratégie d'organisation avec choix d'animation. En effet, il est primordial de faire participer l'équipe à la mise en place, à la réflexion sur le déroulement des séances... afin qu'elle se sente plus impliquée dans le projet et investie. Cette participation active permet aux soignants également de prendre une place dans les décisions et les valorise.

Après chaque réunion un compte rendu est établi et est utilisé pour présentation et rappel de l'avancée sur le projet au début de la séance suivante.

Evaluation du projet

Depuis décembre 2010, j'ai déjà animé plusieurs réunions d'équipe, avec l'aide et le soutien de ma supérieure hiérarchique directe, concernant la mise en place de ce projet. Une édition de compte-rendu a été effectuée après chacune d'entre elle et mise à disposition auprès de l'ensemble de l'équipe de soin.

Deux outils sont également référencés au sein d'un classeur spécifique sur l'éducation :

- ✚ La fiche « diagnostic éducatif » (support déjà utilisé et réalisé par l'ensemble du personnel du secteur), validée par l'ARS,
- ✚ La fiche « éducation thérapeutique du patient » intitulée « vivre avec son traitement », qui comprend les différents entretiens avec objectifs et outils d'entretien.

Une réunion cadres/équipe médicale a permis au médecin responsable de l'unité de proposer un autre outil qui est la DAI (échelle de conscience des troubles), qu'elle doit mettre à disposition.

La proposition retenue collégalement est de faire des séances individuelles dans une unité telle que l'unité d'admission. Il s'agit de commencer le premier entretien au bout de huit jours d'hospitalisation au premier étage (patients hospitalisés en service libre ou sortis de l'Unité de Soins Intensifs). Pour les patients admis directement en hospitalisation libre, il est possible de débiter les séances plus rapidement.

Le déroulement des séances est planifié en trois temps :

- ✚ L'entretien préliminaire fait en binôme médecin/infirmier référent du patient, (objectif : établir le diagnostic éducatif),

- ✚ Deux entretiens de trente minutes par l'infirmier référent, avec pour objectif d'identifier ses propres symptômes, de connaître les effets du traitement,
- ✚ Une séance consacrée au traitement : préparation du semainier, explication sur l'ordonnance de sortie, évaluation de la bonne compréhension du patient.

A ce jour

Les personnes qui se sont investies dans ce projet ne sont pas forcément celles auxquelles on pourrait penser, c'est-à-dire les infirmières qui ont reçu la formation complète.

Pour m'imprégner plus encore sur la thématique de l'éducation thérapeutique, j'ai participé à une journée de conférence sur le sujet, ce qui m'a permis d'approfondir mes connaissances et de montrer à l'équipe ma motivation. Ayant pu faire participer une jeune infirmière récemment arrivée sur l'unité et plus spécialement sur la psychiatrie, elle a également pu transmettre son enthousiasme et l'intérêt à l'ensemble du personnel après celle-ci. Après avoir « mis un pied » dans l'éducation au travers de formations internes, elle fait partie des référents investis en terme d'éducation thérapeutique et souhaite vivement participer à la formation validant son savoir, afin de pouvoir rendre légitime ses actions accomplies. Elle a pu recevoir une reconnaissance professionnelle directe de la part de son collègue avec lequel elle a animé les séances.

Une autre infirmière, jeune diplômée, a pris la décision de se former et est intéressée pour mener ce type de soin. Elle a su s'investir beaucoup plus vite et efficacement que des infirmières plus anciennes dans le service et précédemment formées.

En termes d'efficacité, les patients qui ont bénéficié des séances m'ont fait un retour agréablement positif, en reconnaissant leur intérêt et le bien-fondé de cette prise en charge individuelle et responsabilisant la personne en tant que sujet adulte et non en tant que « malade ».

Pour activer la mise en place, il m'a fallu justifier l'intérêt de manière très rapprochée en réunions d'équipe, avec le soutien du médecin, du cadre supérieur, lors des

staffs du matin, en essayant de faire réfléchir ensemble les médecins et l'équipe infirmière sur la faisabilité des entretiens et valider le choix du patient à intégrer au processus d'ETP.

Même si une partie de l'équipe semble motivée, il est difficile d'obtenir un engagement collectif sur l'action à mener. Ils prétextent à l'échec d'animation d'une séance programmée la surcharge de travail, le manque d'effectif, qui n'ont pas toujours été vraiment justifiées. C'est pourquoi je souhaite m'interroger sur le rôle du cadre dans l'animation et la mise en place d'un projet. Quelle stratégie doit-il utiliser pour faire face à la résistance au changement de certains, qui vient freiner l'intérêt et la motivation des autres ? Je me poserai aussi la question de la motivation et des outils du cadre.

Mon expérience personnelle et mon parcours d'infirmière à ce jour

Pour animer un projet et être moteur, je considère que le cadre de santé doit être lui-même convaincu du bien-fondé de l'action à mener. Infirmière diplômée d'Etat depuis 1999, j'ai choisi de faire ce métier pour intervenir à toutes les étapes de la maladie. Il est pour moi aussi important de dépister/prévenir, que de traiter ou encore suivre. L'infirmière est là pour accompagner le patient dans toutes ces étapes. Aussi, avant qu'elle ne soit encore réglementée et clairement définie par la loi HPST¹, une forme d'éducation thérapeutique du patient se pratique depuis toujours. Inconsciemment, au même titre que de nombreux collègues, je faisais de la prévention lors de la distribution des traitements, quand les familles accompagnaient les patients lors des permissions...

Aujourd'hui, le terme d'ETP est reconnu et a une réelle signification, permettant d'intégrer les temps d'éducation dans le soin et de la formaliser. C'est pourquoi, en tant que faisant fonction cadre de santé, j'ai trouvé intéressant de m'attarder à ce qu'est l'ETP aujourd'hui et comment transmettre l'intérêt de ce soin auprès des équipes afin de le rendre effectif dans le service.

L'ETP, reconnue en diabétologie, a-t-elle la même place en psychiatrie ?

Il y a des moments plus adaptés à l'ETP que d'autres, des situations où l'éducation est faite de manière non formalisée : au décours d'une « pause cigarette », autour d'une

¹ HPST Hôpital, Patient, Santé et Territoire

partie de ping-pong, lors de la distribution des médicaments, avant un départ en permission... Mais souvent, le temps qui y est consacré n'entraîne pas forcément une restitution du soin fourni avec traçabilité des informations.

Qui fait l'ETP ? Comment ? Quelle information relevée dans le dossier de soins ?
Quelle transmission ? Est-elle transmise à l'oral ?

Pour répondre au mieux à l'ensemble de mon questionnement, j'ai choisi de m'intéresser à deux concepts que j'ai souhaité approfondir en termes de recherches théoriques. Je présenterai dans un premier temps ce qu'est l'**éducation thérapeutique**, pour parler dans une deuxième partie du concept de **changement** et de celui du **projet**.

2 Cadre conceptuel

2.1 L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

L'éducation thérapeutique, selon la définition complète validée par l'OMS² en 1998 Charte d'Ottawa, « vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie »³. Selon l'Organisation mondiale de la santé Europe (1998), elle doit faire partie intégrante dans les soins administrés aux patients étant atteints de maladies chroniques quelles qu'elles soient. Cette technique de soins améliore la prise en charge. Le bénéfice recherché est de limiter les complications de la maladie dont souffre la personne. Il s'agit encore de diminuer le risque de rechute, entraînant souvent des ré hospitalisations.

« Une part importante du Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 est consacrée à l'éducation thérapeutique du patient. »⁴ J'ai choisi de proposer cette définition de l'OMS en

² OMS Organisation Mondiale de la Santé

³ Haut Conseil de la Santé Publique, « L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours », novembre 2009, page 5 (collection Avis et rapports)

⁴ Haut Conseil de la Santé Publique, « L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours », novembre 2009, page 5 (collection Avis et rapports)

introduction du chapitre sur l'éducation thérapeutique car je trouve cette dernière complète et je considère qu'elle en fait ressortir une évaluation positive.

2.1.1 Sa définition

L'ETP s'intéresse au patient en tant que sujet : l'usager est « capable de ». Une **relation de confiance** s'établit entre le soignant et l'intéressé. Celui-ci est considéré comme un adulte étant capable de faire des choix. Ce concept de prise en charge par l'éducation thérapeutique vient modifier la relation soignant-soigné. A ce propos, selon Carl ROGERS, psychothérapeute américain, la **relation d'aide**, soignante, fait partie du rôle propre infirmier. Elle s'établit par la construction agissante d'une relation de confiance entre le soignant et le patient. Il s'agit maintenant d'un partage de savoirs. Cette nouveauté dans le mode de prise en charge soignante, fait appel à la notion de perte de pouvoir en ce qui concerne le dispensateur de soins. Dans cette relation, il n'y a pas de jugement et l'individu est pris en considération. Il y a de l'empathie qui s'instaure entre le soignant et le soigné. L'ETP correspond à un acte d'accompagnement s'inscrivant totalement dans une démarche de soins. Cette même démarche éducative vient complètement s'inscrire dans le projet thérapeutique individualisé du patient. Elle sous-entend que le patient ait donné son consentement au préalable, pour débiter une prise en charge par séances d'éducation thérapeutique. Elle suppose qu'un contrat soit passé avec le patient, qui sera formalisé et signé pour qu'il y ait une trace écrite de l'accord du patient. Ledit contrat suppose indirectement que la confiance se mette en place. Il va permettre que le respect soit signifié. Le soignant a une attitude d'écoute active pendant les entretiens d'ETP. Il reformule ce que dit le patient et ce qu'il comprend pour être dans le concret, le réel, le non jugement. C'est ensuite en accord avec le patient et en adéquation avec ses capacités et ressources personnelles que le professionnel de santé va proposer des objectifs propres à l'individu.

Différentes recommandations sont faites par la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant la démarche éducative :

- ✚ Il faut connaître le patient : qui est-il ? Quelles sont ses connaissances ? Il faut chercher à savoir ce que sait le patient au travers d'un entretien motivationnel,
- ✚ Poser un diagnostic éducatif,

- ✚ Formuler des objectifs éducatifs en négociant ces derniers avec lui,
- ✚ Définir un contenu d'apprentissage selon le public, les ressources, la philosophie du projet,
- ✚ Evaluer, en cherchant à savoir si le programme a convenu au patient. Cette évaluation peut se faire en début et fin de programme. Il s'agit de vérifier que les actions prévues ont bien été réalisées et de savoir comment les ressources ont été utilisées. Cela peut se faire au travers d'un questionnaire de satisfaction.

L'ETP peut totalement avoir sa place dans un monde où tout est bouleversé. Intégrée dans un monde devant associer humanisme et technologie, il s'agit à la fois de se centrer sur le patient tout en prenant en compte l'univers de modernisme dans lequel nous vivons et nous travaillons. Ces deux paramètres sont de plus d'une recherche permanente d'efficience où tout doit se faire vite et à moindre coût. C'est donc dans ce contexte que l'ETP prend à mon sens toute sa place. En réalisant de l'ETP dès l'annonce du diagnostic au patient, l'avancée recherchée est bien sûr d'aider le patient à vivre avec sa maladie et d'apprendre à utiliser ses propres ressources pour limiter les risques de rechute.

2.1.2 Son cadre législatif

L'ETP, comme nous pouvons le constater, est un outil de prise en charge dont on parle de plus en plus aujourd'hui. De nombreux articles y sont consacrés dans des revues professionnelles sur la santé et les soins. Des colloques, des groupes de travail, des formations professionnelles sont également axées sur cette thématique. Sa place dans la loi HPST, dans la prévention en santé publique, en fait un projet qui doit être complètement intégré dans le soin et la prise en charge du patient.

Dans les références sur le concept d'ETP, la **loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et la qualité du système de santé, consacre un chapitre à l'ETP.

L'ETP est issue de la **circulaire du 12 avril 2002**. Il s'agit d'un principe d'autonomie. Le rôle du soignant est d'aider à l'émergence de cette éducation thérapeutique. Il s'agit d'un processus continu qui doit être intégré dans les soins.

Le plan d'amélioration de qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques au sens large a été établi en 2007 et accorde une part importante au rôle de l'ETP.

La **loi Hôpital-Patient-Santé et Territoire (HPST) de 2009**, quant à elle, fait mention de l'obligation de l'éducation thérapeutique encore appelée ETP, dans un contexte de démarche de santé.

« La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, inscrit l'ETP dans le parcours de soins des patients et précise le cadre réglementaire pour le développement et la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique dans un souci de qualité et de proximité.⁵

Pour faire de l'ETP, il faut qu'un projet ait été élaboré au préalable. Un programme ETP doit avoir été réfléchi, pensé, organisé puis proposé à l'ARS pour que celle-ci le valide. L'éducation thérapeutique peut se faire partout où il y a du soin. Il y a les établissements de santé, les structures de ville, etc. *« Le décret n°2010-904 du 2 août 2010 précise les conditions de cette autorisation qui repose sur un cahier des charges national ».* *« Le décret n° 2010-906 du 2 août 2010 et l'arrêté du 2 août 2010 précisent les compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient »⁶.* Pour les établissements où il n'y a pas encore de programme d'ETP, ils sont invités à s'engager malgré tout dans cette démarche par d'autres biais. Par exemple en sollicitant l'aide et le partenariat d'autres professionnels. Ils sont aussi conviés à poursuivre et maintenir les démarches éducatives favorisant la *« dispensation de soins de qualité »*. Bien sûr, cela passe par le maintien et le développement de l'information, tout en prodiguant des conseils adaptés à leur vie en lien avec la maladie chronique dont ils sont victimes *« (prise de médicaments, réalisation de soins simples, auto-surveillance, précautions particulières, etc.). »⁷*

⁵ http://extranet-has.seevia.com/extranet/MANUEL-V2010-rev2011/SITE/23a_etapes.htm, consulté le 07 mars 2013

⁶ http://extranet-has.seevia.com/extranet/MANUEL-V2010-rev2011/SITE/23a_etapes.htm, consulté le 07 mars 2013

⁷ http://extranet-has.seevia.com/extranet/MANUEL-V2010-rev2011/SITE/23a_etapes.htm, consulté le 07 mars 2013

Par la suite, en **octobre 2010**, l'**Agence Régionale de Santé (ARS)** fait un appel à **projets**.

Le **critère 23.a du manuel de certification V2010** a été révisé en **2011** et fait directement suite à la loi HPST sur l'éducation thérapeutique du patient.⁸

2.1.3 Les bénéficiaires, limites et enjeux

Quels seraient les bénéficiaires dans la mise en place de ce projet ?

- ✚ LES PATIENTS, par une prise en charge individualisée et différente, leur permettant d'être eux-mêmes acteurs dans leur prise en charge,
- ✚ L'EQUIPE SOIGNANTE, par une représentation différente de leur rôle propre et une valorisation autre de leur savoir-être et savoir-faire mettant en avant de nouvelles compétences,
- ✚ L'EQUIPE MEDICALE, par un travail de collaboration avec l'équipe soignante avec un rôle de guide dans la réalisation des premiers entretiens en lien avec les séances d'éducation, avec une prise en charge personnalisée adaptée à chaque personne soignée, par leur avis d'expert sur les patients pouvant bénéficier de l'ETP,
- ✚ LE CADRE DE SANTE, par la mise en place d'une nouvelle technique de soins et la recherche de qualité des soins,
- ✚ LES AUTRES LIEUX DE SOINS, par un travail de liaison avec des supports écrits sur l'avancée des séances, permettant une traçabilité et un suivi dans la progression sur les séances et l'évaluation faite à titre de prise en charge individuelle.

La principale limite : le temps.

Il est nécessaire de dégager du temps au personnel pour réaliser ces séances d'éducation. De plus, il appartient au cadre de trouver la bonne stratégie permettant aux soignants de s'auto-motiver pour débiter ce soin.

Les enjeux

⁸http://extranet-has.seevia.com/extranet/MANUEL-V2010-rev2011/SITE/23a_etapes.htm, consulté

Au niveau bénéfice, la mise en place de cette nouvelle technique de soins permettrait une certaine **valorisation** et **reconnaissance** du travail effectué par le personnel soignant. D'autant que cette nouvelle pratique permettra, à court, moyen et long terme, une amélioration du soin par la continuité qu'elle va permettre.

Au niveau des risques, ce projet demandant un investissement différent et supplémentaire de la part de l'équipe de soin, il peut supposer être long à mettre en place.

Il va falloir pour cela convaincre chaque membre de l'équipe de l'intérêt de ces séances, de leur nécessaire investissement professionnel et soutien pour une réalisation effective et adaptée.

2.1.4 La stratégie de mise en place

Pour développer et mettre en place le projet d'ETP dans le service, j'ai choisi d'adopter la stratégie telle qu'elle est déclinée dans les points ci-dessous :

- ✚ Animation de réunions d'équipe ayant pour thématique l'éducation thérapeutique,
- ✚ Echanges autour de cette spécificité auprès des soignants ressources,
- ✚ Recherche d'informations et approfondissement de mes propres connaissances sur ce thème auprès de personnes ressources tel le cadre supérieur de santé et le médecin responsable,
- ✚ Recherche personnelle via internet,
- ✚ Participation aux réunions dispensées sur ce thème au sein de l'établissement, en incluant dans ces séances d'information et d'échanges de pratiques des personnes soignantes ressources du service,
- ✚ Mise à disposition auprès de l'équipe d'un classeur spécifique « ETP », avec les outils à utiliser,
- ✚ Edition de comptes rendus de réunions sur ce thème,
- ✚ Implication des infirmiers référents et utilisation de supports et outils de travail adaptés pour faciliter la mise en route des séances. Il s'agit en l'occurrence d'utiliser la feuille de transmission journalière utilisée par l'équipe de soins. Cet outil de travail est investi par l'ensemble des paramédicaux et également par l'équipe médicale. Il comporte

l'identification du patient, son âge, son mode d'hospitalisation, le nom du médecin et des soignants référents, la date d'entrée dans le service et une case pour les consignes. Il s'agit d'intégrer dans les consignes la notion «ETP» en regard des patients pour qui les séances peuvent être débutées, après validation auprès du médecin référent et en partenariat avec les infirmiers référents,

- ✚ Utilisation de la référence infirmière en place dans le service pour faciliter la réalisation de l'ETP et permettre un réel suivi dans la continuité du soin,
- ✚ Prise en considération du point de vue des soignants lors des réunions d'équipe, afin d'échanger sur les méthodes à utiliser pour mettre en place ce projet. Faire en sorte qu'ils aient le sentiment que c'est une nouvelle tâche, qu'elle ne leur est pas imposée. Les faire participer à l'élaboration du projet,
- ✚ Rappel à l'équipe du caractère obligatoire de ces séances d'éducation.

2.1.5 La place de l'ETP en santé mentale

Quand l'éducation thérapeutique est envisagée littérairement parlant d'un point de vue psychiatrique, elle est d'abord conceptualisée sous le terme de psychoéducation tel que le développe LIBERMAN⁹ dans les années 80. Le but de cette psychoéducation inspirée du cognitivisme est alors déjà exprimé par ce dernier comme la nécessité de progresser dans les propres compréhensions et perceptions qu'a le patient sur sa maladie. Il s'agit déjà pour LIBERMAN de faire en sorte de définir les propres connaissances du patient sur son état de santé au regard de sa maladie chronique. Le soignant recherche alors la compliance du sujet quant aux soins qui lui sont administrés, en incluant notamment la prise du traitement. Dès ces prémices d'ETP, l'objectif qui tente d'être atteint selon lui, est de « *favoriser l'alliance thérapeutique* » et de ce fait de responsabiliser le patient dans sa propre prise en charge en le rendant ainsi « *acteur de ses soins* ».

Déjà à cette époque, cette méthode de prise en charge du patient est envisagée par LIBERMAN comme un soin pouvant se dérouler à la fois à titre individuel, mais encore sur un mode collectif. Nous en sommes aux mêmes questionnements possibles aujourd'hui

⁹ LIBERMAN Robert Paul, professeur à l'Université de Los Angeles, psychiatre très renommé aux Etats-Unis, auteur d'une vingtaine d'ouvrages et de nombreux articles scientifiques

sur les pratiques telles qu'elles sont envisagées. Effectivement, il est possible de pratiquer l'ETP en individuel, mais également en groupe. Les conditions sont réfléchies en amont selon le contexte d'évolution de la maladie mais aussi de la prise en charge. Il s'agit alors de choisir la méthode qui sera la mieux adaptée à l'utilisateur.

Toujours à la même époque, LIBERMAN met en place des modules d'éducation. Le Dr Anne GUT, une des psychiatres qui développe l'ETP à l'hôpital Sainte-Anne, à Paris, a rédigé une fiche pratique sur l'ETP et la prise en charge du patient schizophrène¹⁰. Elle fait ressortir comme première mise en forme de l'ETP, le module d'éducation au traitement neuroleptique, tel que LIBERMAN le présentait alors.

Grâce à l'évaluation faite au moyen de nombreuses études, il apparaît que pour les patients ayant bénéficié de ce mode de prise en charge, « *le taux de rechutes et d'hospitalisations* » serait alors limité ou en tous les cas amoindri.

Au travers de ce qu'elle a souhaité présenter dans sa fiche technique, Anne GUT s'attarde sur la nécessité d'être « *centré sur le patient* » lors de la réalisation de l'ETP. Elle dit également que celle-ci doit se réaliser de manière « *continue tout au long du parcours de soins* ». Elle est complète dans le sens où elle commence par sensibiliser le patient avec sa maladie, au travers de l'annonce du diagnostic, particulièrement. Vient ensuite un temps d'information qui se met en place, complété par un temps d'apprentissage et de soutien psychologique. C'est uniquement par une prise en charge pluridisciplinaire qu'elle pourra se construire.

Quand ce médecin psychiatre dit qu'« *elle est à différencier du conseil de prévention et de l'information* », j'en déduis que **l'éducation pour la santé** est une forme d'éducation, mais dans le cadre de la promotion de la santé. L'information est le plus souvent faite au quotidien, de manière informelle, peu planifiée et organisée. Mais dans le cadre de l'ETP, il s'agit vraiment d'adapter un soin au-delà de la prévention et de l'information, le patient devenant alors acteur participant à sa prise en charge en utilisant

¹⁰ Fiche pratique « schizophrénie », Dr Anne GUT, « *L'éducation thérapeutique du patient souffrant de troubles schizophréniques* », Fondation Pierre Deniker, pour la prévention et la recherche en santé mentale, consultée le 07.03.2013

ses propres ressources et connaissances, qui vont pouvoir être mises en exergue au travers des séances. L'ETP est organisée et planifiée.

Le Dr GUT met également en évidence le fait qu'il faille nécessairement **être formé** pour pratiquer l'ETP en psychiatrie. Ce temps de formation est d'ailleurs reconnu et validé selon le cadre législatif tel qu'il est précédemment présenté. Cette méthode, même si elle peut nécessiter de l'intérêt chez le soignant, nécessite un temps indispensable d'appropriation avant de pouvoir être pratiquée. Ainsi, c'est par l'intermédiaire de ce temps de formation que les soignants vont pouvoir prendre en considération l'utilité de cette méthode de travail. Il s'agit d'une nouvelle organisation dans l'art de soigner, et de ce fait, par l'intégration de nouvelles connaissances et d'un apport théorique contextualisé, **ils vont pouvoir dédramatiser ce type de soin**. Cette dédramatisation sera d'ailleurs facilitée grâce à la confrontation de pratiques de soins au travers des diverses expériences des participants au sein de cette formation. Elle va relativiser le soin et de ce fait, la peur de l'inconnu voir le sentiment d'inefficacité qui peut parfois être invoqué par les équipes va en devenir atténuée. A ce sujet, il est dit que pour voir l'effet de la pratique d'ETP, il faut considérer ne pas avoir de recul possible avant des années pour les patients.

Il semble tout autant intéressant pour le soignant que pour le patient de pratiquer ce type de prise en charge. D'ailleurs, toujours selon le Dr GUT, les patients souffrant de troubles schizophréniques sont eux-mêmes demandeurs de cette prise en charge par l'équipe pluridisciplinaire.

Mais pour faciliter son intégration dans la prise en charge par l'infirmier(ère), il faut s'intéresser au **concept du changement**, car elle va entraîner des bouleversements dans l'organisation des soins et la représentation des soignants sur la manière de réaliser ces soins. Elle va donc faire appel à de nouvelles compétences.

Alors, pour parvenir à universaliser l'ETP en psychiatrie, en intra hospitalier notamment, car elle commence à faire sa place en extra hospitalier, nous devons nous intéresser à la conduite du changement, à l'accompagnement du **changement par projet innovant**. L'ETP constitue en lui-même un changement. Il est question de mise en place d'un projet, or qui dit projet dit inévitablement changement. Nous présenterons dans la

partie suivante le concept de projet puisque l'établissement de l'ETP va lui-même consister à mettre en place une démarche projet.

2.2 Le concept de projet

2.2.1 Sa définition

Pour concevoir un projet, il y a différentes étapes incontournables à sa réalisation. Il y a la phase d'**avant-projet**, qui correspond à l'étude de faisabilité du projet au-delà de l'idée annoncée, selon les moyens qui sont possibles pour mettre en place ce dernier. L'idée va pouvoir être retenue ou alors abandonnée si cette phase montre qu'elle est vouée à l'échec. Ensuite il y a la phase de **définition du projet**¹¹ à proprement parler. Il s'agit là de sa mise en place, avec la constitution du groupe de personnes intéressées par le projet. Le contenu du projet y est détaillé, un message important d'information va devoir se faire pendant cette étape, le programme et le plan de mise en place est défini pendant cette phase. Il s'agira de préciser l'organisation qui sera utilisée et de préciser les outils qui seront nécessaires. Après cette phase, vient celle de **réalisation du projet**, où le responsable ou chef d'orchestre du projet doit mener un pilotage efficace en veillant à ce que tout ce qui a été présenté pendant la phase de définition soit correctement utilisé. Il y aura enfin la **phase de clôture**. Elle consiste en un bilan d'évaluation et d'analyse de ce qui a été produit et de prévision de réajustement si nécessaire.

En l'occurrence, pour ce qui est du projet tel qu'il nous intéresse ici, il faut aller au-delà du projet en lui-même et il est alors envisageable de parler de démarche projet. Cette démarche projet prend en compte les différentes étapes nécessaires à la mise en place de ce dernier. Elle constitue à elle seule une manière d'envisager ce type de prise en charge avec une haute importance.

Le projet sert à innover. Il sert à mettre en place un changement. Il s'agit de créer, dans le contexte que j'ai choisi d'explorer au travers de ce mémoire, un nouveau mode de travail, ou encore un nouvel outil de soin. Ce dispositif sert à s'adapter à l'évolution contextuelle, environnementale et institutionnelle. Sa démarche se met en place par

¹¹www.auneg.eu/ressources/GDP-001/co/phasedefinition_1.html, consulté le 07 mars 2013

l'intermédiaire d'un management participatif. Chaque étape est indispensable pour mener à bien ce projet. Les étapes de ce dernier peuvent être réajustées alors que le projet en lui-même est quelque chose de non immuable dans sa finalité.

La démarche est constituée de cinq étapes :

- ✚ Le diagnostic,
- ✚ L'élaboration, ou encore la stratégie,
- ✚ La contractualisation,
- ✚ La conduite,
- ✚ L'évaluation.

Un des rôles du cadre de santé est d' « *animer des réunions dans le service, lancer des projets à l'intérieur du service, par exemple souvent les protocoles, participer à des travaux institutionnels et assurer des formations* »¹².

BOUTINET, dans la psychologie des groupes, traite du projet thérapeutique en soulignant que le soignant en est l'initiateur, et qu'il doit amener le patient à partager avec lui sur ce qu'il sait et ce qu'il comprend de sa maladie. Il va s'agir de l'aider à mieux vivre avec sa maladie, de l'aider à la comprendre, à en connaître les signes. L'objectif du soignant dans ce projet thérapeutique va être de faire prendre conscience au patient de « *ce qu'il ne veut pas être* »¹³

Quand nous parlons de mise en place d'un projet d'ETP en service de psychiatrie, nous faisons référence à un projet organisationnel. Il s'intéresse aux évolutions dans la société et dans le milieu hospitalier et essaye d'organiser le changement en mettant en lien ces différentes modifications sociétales et professionnelles pour ainsi évoluer en cohérence avec l'actualité.¹⁴

¹² HART Josette et LUCAS Sylvie, « Gestion des ressources humaines-Management Hospitalier », *Stratégies nouvelles des cadres*, éditions Lamarre 2002

¹³ BOUTINET Jean-Pierre, « *Psychologie des conduites à projet* », 4^e édition. Paris : 2006, Puf, 126 p., pages 46-47 (collection Que sais-je ?)

¹⁴ Ibid., pages 48-49-50

En m'intéressant à la mise en place de projet du point de vue littéraire, il ressort un élément important qui conditionne la réussite de projet : la **motivation**.

2.2.2 Le projet et la motivation

Pour ce qui est de la motivation, elle apparaît comme un principe indissociable au projet. Cette motivation va concerner le manager du projet, mais également l'équipe concernée. Si le cadre de proximité doit être motivé pour un projet, il est important qu'il parvienne à transmettre cette motivation aux membres de l'équipe de soins sans lesquels il ne pourra pas le réaliser. A ce propos, Scott ADAMS dit que « *le premier travail d'un manager n'est pas d'apporter la motivation mais de supprimer les obstacles* ». ¹⁵ Dans sa fonction de manager, le cadre doit être lui-même motivé pour lancer un projet. Néanmoins, sa seule motivation est loin d'être suffisante. Si les acteurs directement concernés par le projet ne sont pas eux-mêmes motivés, le cadre aura beau utiliser toutes les stratégies possibles pour mener à bien le projet, il sera voué à l'échec. Mais en cela, différents facteurs sont à prendre en compte, car les soignants doivent comprendre la pertinence de l'action à mener. S'ils n'arrivent pas à établir du sens à l'action, rien ne pourra aboutir. C'est donc à ce niveau que tout le travail du cadre va commencer à se mettre en place. Il s'agira de **resituer les objectifs et les enjeux de mise en œuvre de l'ETP**, de resituer tout cela dans un contexte bien défini. **Pour motiver une équipe, il faut l'intéresser à un projet. Donner du sens** à celui-ci en montrant les **bénéfices** qu'il pourrait apporter. C'est parce que les soignants pourront appréhender la démarche et son intérêt **qu'ils vont commencer à s'investir dans sa mise en œuvre**. ¹⁶

« Le développement de la gestion par objectif a contribué à l'émergence de la notion d'adhésion, une autre façon de parler de la motivation. L'atteinte et, si possible, le dépassement d'un objectif _ la belle performance _ ne sont réalisables que si le personnel et les cadres « adhèrent » à l'objectif. Une adhésion que le management veut naturellement active, volontaire. » En dehors de l'adhésion, on entend par motivation l'« implication », l'engagement. La motivation, mélange d'adhésion et d'implication, passe par un instrument qui est la communication. Le cadre, pour faire accepter un

¹⁵ www.evene.fr/.../mot.php?mot=motivatio..., consulté le 14.03.2013

¹⁶ BOUTINET Jean-Pierre, « *Psychologie des conduites à projet* », 4^e édition. Paris : 2006, Puf, 126 p., page 90 (collection Que sais-je ?)

changement d'organisation, pour mettre en place avec succès un projet, va devoir s'appuyer sur une communication efficace. « *Un auteur en management a pu écrire qu'il y a dans l'entreprise trois catégories d'individus : les convaincus, les tièdes et les résistants. A son avis, la communication doit viser à renforcer la conviction des premiers, à chauffer les seconds et à réduire la résistance des derniers* ». ¹⁷Dans la communication du manager, il faudra prendre en compte toutes les catégories d'individus, tant ceux qui adhèrent au projet, que ceux qui sont dans l'ignorance et le désinvestissement total. Dans l'élaboration du projet, il aura besoin de s'appuyer sur la collaboration de chacun. Ceux qui mettront en œuvre les séances au même titre que ceux qui seront non pas opposés, mais plutôt inactifs en la matière, n'en voyant peut-être pas l'intérêt (en tout cas n'adhérant pas au projet). Toujours est-il qu'il sera important de recueillir leur avis sur le projet et de favoriser leur collaboration à celui-ci, notamment par leur présence indispensable pour gérer l'organisation du service et la qualité des soins proposés pendant que les autres s'investiront dans la mise en application des séances d'éducation. Il faudra que tous les acteurs soient impliqués de manière plus ou moins significative dans ce changement.

2.2.3 Le projet et sa relation avec le changement

Le changement est quelque chose qui fait peur. Il vient perturber nos habitudes. En effet, toute situation de changement génère des zones d'incertitudes parmi les acteurs. Hors, à l'hôpital comme dans la société d'aujourd'hui, ce changement est partout et fait dès à présent plus ou moins partie de notre quotidien. L'organisation subit en permanence des restructurations, les lois hospitalières se modifient et tous ces aléas obligent l'individu à s'adapter. Pourtant, une certaine stabilité facilite notre adaptation et notre productivité devant l'assurance qu'elle peut procurer. Il y a la peur de l'inconnu. Seulement, on ne l'avoue pas, et surtout pas au cadre. Pourtant, comme le dit Marc HEES, bouleverser ses habitudes peut être propice pour en mettre en place de nouvelles, qui seront alors plus judicieuses devant une situation. Il dit encore que le changement est un stimulateur et permet de rompre avec une certaine monotonie qu'engendre cette habitude. ¹⁸

¹⁷ HEES Marc, « *Le management à l'hôpital _ Science, art et magie ?* », 2è ed. Paris : Seli Arslan, 2010, pages 100 à 106

¹⁸ HEES Marc, « *Le management à l'hôpital _ Science, art, magie ?* », 2è ed. Paris : Seli Arslan, 2010, pages 111-112

Ce que nous explique Marc HEES, c'est que dans l'organisation hospitalière, le changement est envisagé pour performer l'efficacité des soins qui y sont réalisés. Ce changement est accompagné auprès des intéressés, par l'initiative du cadre. C'est ce manager qui en définit la stratégie de mise en œuvre. Cette stratégie lui permettra d'accompagner les différentes étapes du changement et sera élaborée dans l'objectif de favoriser l'adhésion de l'équipe tout en limitant les résistances au changement¹⁹.

Le changement organisationnel, tel que le présente donc cet auteur, sous-entend la capacité qu'a l'individu à s'adapter aux évolutions. Pour cela, il passe par une première phase qui consiste à se défaire des habitudes qu'il avait, à appréhender de nouvelles manières d'agir ou de penser en deuxième phase, pour ensuite maîtriser des nouvelles habitudes²⁰.

2.3 Le concept du changement

« *Le changement dans la bonne direction ne viendra pas d'un homme providentiel, il viendra de nous. Nous sommes celui que nous attendons. C'est à nous qu'il incombe de réaliser les changements que nous voulons.* », Barack OBAMA²¹. Le changement ne se mettra pas en place selon le bon vouloir d'une seule et même personne. Mais c'est grâce à sa manière d'impulser le changement et en le dynamisant au sein d'un groupe que celui-ci va pouvoir fonctionner.

La mise en place d'un projet d'ETP dans un service fait référence au concept de changement dans le sens où il s'agit d'un nouvel outil de travail à utiliser par les soignants.

2.3.1 Sa définition

Le sociologue Philippe BERNOUX parle du changement comme étant un processus à la fois dans la rupture et la continuité²². Il s'appuie à la fois sur l'existant tout

¹⁹ HEES Marc, « *Le management à l'hôpital _ Science, art, magie ?* », Seli Arslan, pages 115-116

²⁰ THIETART Raymond-Alain, « *Le management* », édition Puf n° 1860, pages 94 à 98 (collection Que sais-je ?)

²¹ Barack OBAMA, Président des Etats Unis

²² BERNOUX Philippe, « *sociologie du changement* », page 320

en proposant une action complètement innovante. C'est par cette innovation qu'il vient contrarier les habitudes, les normes et les organisations de travail. Le changement fait peur car il vient rompre le fonctionnement de travail dans son quotidien.

Pour que le changement puisse s'établir, il faut passer par différentes étapes :

- ✚ Le pourquoi,
- ✚ Le comment,
- ✚ Le processus,
- ✚ Le plan d'action.

Ces différentes phases se recoupent avec les phases de mise en place du projet qui ont été précédemment explicitées.

Pour que toutes ces étapes puissent se dérouler de la meilleure manière possible, il importe d'utiliser une communication adaptée. Gérard MONPIN²³ différencie quatre modes de communication :

- ✚ La communication mobilisatrice,
- ✚ La communication explicative,
- ✚ La communication sécurisante,
- ✚ La communication gratifiante.²⁴

Au travers de ces quatre formes de communication, le cadre a pour rôle de transmettre des informations aux différents acteurs du changement sur le projet à conduire. L'objectif à atteindre est de motiver les soignants, de les intéresser au projet en les intégrant dans les différentes étapes de construction jusqu'à sa mise en place. Dans la **communication mobilisatrice**, il s'agit d'expliquer les objectifs et intérêts du projet, ainsi que le changement organisationnel qu'il va sous-tendre. La **communication explicative** sera plus centrée sur la manière dont on va s'y prendre pour le formaliser. Elle a pour but de limiter les résistances. **La communication sécurisante doit quant à elle permettre de limiter les appréhensions des membres concernés** et se concrétise par la présentation du processus. **Enfin, la communication gratifiante**, une fois le plan d'action établi, vise à manager une équipe par la **reconnaissance du travail**. L'ensemble de ces étapes étant bien

²³ MONPIN Gérard, consultant d'entreprise, intervenant HEC, ESCP Europe

²⁴ STERN Patrice et SCHOETT Jean-Marc, « *La boîte à outils du Management* », édition Dunod, Paris, 2009, 187 pages

défini et clair pour chacun permet de **donner du sens à l'action**. L'essentiel à retenir dans l'approche stratégique faite par le cadre au travers de chacune des étapes, c'est de prendre le temps de les présenter, d'adapter son langage à chaque acteur concerné en fonction de ses inquiétudes et de ses peurs quant à ses capacités à répondre au projet, de valoriser ses compétences et de l'associer à chaque avancée dans les différentes étapes du management par projet.

Si l'ensemble de ces phases n'est pas respecté, le risque qu'apparaisse le phénomène de résistance au changement se manifestera. Nous allons donc étudier cette résistance.

2.3.2 La notion de résistance au changement

Il est facile d'imaginer que toute réorganisation peut développer au sein des équipes de soins des formes de résistance au changement.

Le soignant devant s'adapter à un nouveau mode de pratiques qui ne correspond pas du tout à ses habitudes, se retrouve face à une insécurité. La peur de ne pas savoir faire face au changement annoncé, le besoin de valorisation qu'il recherche peut alors induire une **sensation de mise en danger**. C'est ainsi que le soignant peut parfois décider de se protéger devant cette annonce de changement par projet, en s'y opposant par exemple.

Pour limiter ces problèmes de résistance, le cadre doit, selon Alain BLANCHET et Alain TROGNON²⁵, privilégier la participation des individus acteurs du projet et ainsi créer un effet d'adhésion en intégrant le groupe au projet. Il n'impose pas mais est au contraire dans l'échange.²⁶ C'est d'ailleurs cette participation des différents acteurs impliqués dans ce changement qu'Isabelle VANDANGEON désigne comme élément favorisant la réussite du projet. Le changement décrit est surtout un changement opérationnel mais il est à la fois culturel, stratégique et structurel. Les patients sont des acteurs directement impactés, au même titre que les infirmiers(ères), qui vont devoir modifier leur façon de travailler. **Les aides-soignants**, même s'ils ne participent pas

²⁵ BLANCHET Alain et TROGNON Alain, professeurs de psychologie

²⁶ BLANCHET Alain et TROGNON Alain, « *La psychologie des groupes* », édition Armand Colin, 127 pages, page 50 (collection 128)

directement à la préparation et à la dispensation du traitement, seront concernés par le projet en tant que référents soignants des patients dans la prise en charge globale et de ce fait, seront à impliquer dans son élaboration. Il est important, dans l'ensemble des acteurs, de ne pas oublier les médecins et de les faire participer au projet car sans eux, il sera quasiment impossible d'accompagner le changement. En tant que prescripteurs de l'ETP, et de responsables d'unités fonctionnelles ou de service, au même titre que le cadre supérieur, ces deux partenaires interviennent. Cela donnera de la légitimité au projet.

Néanmoins, le cadre de proximité est au cœur du projet dans son déroulement général car c'est auprès de ce dernier que l'équipe aura établi une **relation de confiance**.

3 Le rôle du cadre de santé

Pour cibler directement les actions mises en place par le cadre de santé dans le management par projet, le cadre conceptuel tel qu'il est présenté ci-dessus m'a permis de valider les techniques que j'ai pu utiliser jusque-là au regard de la mise en place du projet d'ETP en service de psychiatrie, unité d'admission. Il y a tout d'abord le **temps**, puis la **motivation**, bien évidemment la **relation de confiance**, le tout passant par une **communication** adaptée à chaque étape de mise en place du changement, donc du projet, jusqu'à son évaluation.

La motivation est un élément qui paraît nécessaire pour s'investir dans le lancement d'un projet et faire en sorte de réussir à le mettre en place. Pour cela, il faut que les sujets acteurs du changement futur aient une idée de ce qui les attend : vers où ils vont et qu'est-ce que ce changement va leur apporter. Cette idée du futur « *conditionne la capacité à être en projet* », à se projeter dans l'avenir, en passant d'un « *horizon invisible* » à une *vision du futur*. Pour exister la motivation a besoin que la conscience s'ouvre sur l'avenir et lui offre une vision dynamique et émotionnellement ressentie du futur. L'intensité motivationnelle varie en fonction de la distance temporelle avec le but final. L'identification de l'objectif à atteindre et de la stratégie à mettre en œuvre constitue un *facteur déterminant*. »²⁷ Cette valorisation que recherche l'individu est en lien direct avec ce besoin qu'il a de reconnaissance au travail. Comme le dit Xavier MONTERRAT, le

²⁷ MONTERRAT Xavier, « *Comment motiver* », Editions d'Organisation, 2004, page 176

salarié recherche un développement personnel continu. Sur ce sujet, il est de plus en plus d'actualité dans le domaine hospitalier de parler de **développement professionnel continu**, au regard des compétences recherchées. Toujours selon ce concepteur, le soignant est lui-même en recherche de développement de ses compétences, en lien avec la recherche d'une autosatisfaction, qui va quant à elle passer par la valorisation par le supérieur hiérarchique²⁸. C'est cette prise en considération qui va faire que le soignant aura ou non un intérêt à adhérer au changement et à s'investir dans le nouveau projet. Pour que cette motivation et cet investissement soignant perdurent, le cadre doit faire preuve de **reconnaissance** et **valoriser le travail** accompli par l'individu. Une **relation de confiance** s'établit alors entre le supérieur hiérarchique et le soignant. Afin de déterminer cette relation étroite qui est corrélée entre le projet et la motivation, Xavier MONTSERRAT propose une schématisation de « *la spirale de la motivation* » qu'il semble intéressant de retenir.²⁹ La motivation, en lien avec la performance, est l'élément central qui permet entre autre l'adhésion à un projet collectif, un moyen de reconnaissance et est moteur de développement de compétences, en intégrant l'accès des équipes à l'information.

Ce qui importe dans la stratégie du manager pour favoriser l'adhésion de l'équipe au projet innovant, c'est de les intégrer dans la construction de ce projet, sans que les pairs aient le sentiment qu'il leur est imposé une nouvelle méthode de travail. L'important est au contraire de les faire participer à l'ensemble de son élaboration, aux différentes phases de son avancée. Ils ne doivent pas avoir le sentiment de mise en place d'un projet qui leur est livré fini, n'ayant plus qu'à suivre les consignes et indications données par le cadre. Ils doivent se sentir entièrement impliqués et participer à la construction de celui-ci dans chaque étape. Dans l'acceptation de ce changement, ce qui paraît le plus difficile pour les équipes est le fait de se heurter à des changements qui leurs sont imposés, c'est-à-dire auxquels ils n'ont pas été conviés à participer ni à en élaborer la construction. Il est alors vécu comme une **source d'insécurité et d'inquiétude, ou encore de peur**. A ce propos, selon I. VANDANGEON, la peur constitue une des étapes indispensables dans l'élaboration du changement, au même titre que le deuil.

²⁸ MONTSERRAT Xavier, « *Comment motiver* », Editions d'Organisation, 2004, page 195

²⁹ Cf annexe 1 « *La spirale de la motivation* », Xavier MONTSERRAT

La résistance au changement peut donc à contrario de tout ce qui est présenté jusque-là, être une phase indispensable à ne pas négliger, ni à chercher à supprimer. En effet, la construction de l'idée de changement se fabrique petit à petit par l'équipe soignante. Cela nécessite du temps.

En prenant référence de la fiche métier du cadre responsable d'unité de soins, parmi les « savoir-faire listés », se situent les points suivants :

- ✚ « Concevoir, piloter et évaluer un projet, relevant de son domaine de compétence
- ✚ Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles
- ✚ Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes ». ³⁰

Devant ces « savoir-faire » du cadre de proximité tels qu'ils sont définis, je souhaite donc établir des questionnaires et entretiens auprès de cadres de santé en exercice professionnel, et discuter avec eux des outils qu'ils ont pu mettre en place pour réaliser la mise en œuvre du projet d'ETP dans leur service, leur stratégie managériale dans la conduite de projet, utilisant leurs propres connaissances et leur vécu, si l'ETP n'est pas encore effective sur leur lieu de travail. Qu'est-ce qu'ils vont mettre en œuvre dans leur stratégie managériale dans cette conduite de projet ?

En pratiquant l'éducation thérapeutique dès que possible, depuis le service d'admission par exemple, on peut espérer ralentir les fréquences d'hospitalisation et leur durée, ce d'autant plus facilement qu'un lien peut être rapidement établi avec l'extrahospitalier pour permettre un travail de prévention dans la continuité.

Le rôle du cadre de santé, dans la démarche projet, va être de **donner du sens à l'action**. En cela, l'individu va devoir faire face à de l'incertitude, car il s'agit de changer leurs conditions de travail.

Il va aussi devoir favoriser et organiser les temps de formation à l'ETP, comme cela a été souligné, dans une précédente partie, par Dr GUT.

³⁰ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27#ancre3>, consulté le 14 mars 2013

L'objectif recherché est d'enrichir les compétences des soignants, afin de les rendre à terme autonomes dans l'élaboration concrète des programmes d'ETP.

Le cadre va devoir réduire les zones d'incertitudes qui vont indéniablement se constituer au travers de cette démarche projet. C'est en cela qu'il va devoir accompagner chaque soignant dans chacune des étapes qui la constitue. L'élément de pouvoir qui va l'aider à réduire ces zones d'incertitude sera l'**information** qu'il va diffuser au travers d'une **communication adaptée**³¹.

4 Formulation de mon hypothèse

Ma première hypothèse, telle que je l'ai formulée à la suite de cette conceptualisation, a d'abord été la suivante : pour rendre effective l'éducation thérapeutique en unité d'hospitalisation temps plein de psychiatrie adulte, le cadre doit combiner une stratégie faisant appel à trois outils qui sont :

- ✚ Le temps,
- ✚ La motivation des acteurs du changement par projet,
- ✚ L'établissement d'une relation de confiance entre le cadre et l'équipe.

Mais est-ce que je ne réponds pas à cette question, directement par mon constat de départ et toutes les actions mises en place ?

C'est pourquoi je pense qu'un nouveau questionnement s'impose à moi. Il est vrai que je parle d'un sujet vaste qui est l'ETP et sa mise en place en service de psychiatrie. Mais je ne m'attarde pas à la spécificité du service dans lequel je tente la mise en place, en l'occurrence une unité d'admission. Dans ce type de service, la durée moyenne de séjour est d'environ trois semaines. Par la difficulté de prise en charge en début d'hospitalisation, le patient arrivant le plus souvent en état de crise, de rechute, d'agitation psychomotrice ou encore de décompensation psychotique, il reste alors peu de temps pour envisager des actions d'éducation à proprement parler, me direz-vous. Pourtant, au vu de ce que j'ai pu lire et de la spécificité de la psychiatrie adulte avec la prise en charge de maladies chroniques telles la schizophrénie, il semble tout-à-fait adapté de réaliser de l'éducation

³¹ Cours de Mr DUMONT Jean-Paul sur « l'analyse stratégique », master 1, **management et santé**, Paris, 18 mars 2013

thérapeutique dans ce type de service au même titre que les autres pathologies chroniques qui peuvent jusqu'à présent être concernées. D'ailleurs, la HAS précise bien qu'elle peut être proposée au patient « à un moment proche de l'annonce du diagnostic de sa maladie chronique ou à tout autre moment de l'évolution de sa maladie »³².

De ce fait, il me semble intéressant de se demander si la mise en place de l'ETP est adaptée à un service d'hospitalisation temps plein, en l'occurrence une unité d'admission. Pour cela, je souhaite interroger des cadres où l'ETP est mise en place, d'autres qui ne l'ont pas encore établie. Je souhaite recueillir l'avis autant des cadres travaillant dans le même type de service, que celui de ceux qui ne sont pas forcément en unité d'admission. Je pense effectivement que de confronter différentes opinions va me permettre d'avoir un avis plus neutre.

Au vu de tout ce que j'ai lu, je reformule donc mon hypothèse : l'ETP a toute sa place en unité d'admission de psychiatrie. Une des conditions de sa réalisation est la stratégie managériale développée par l'encadrement auprès de l'équipe pluridisciplinaire.

Je me suis donc rapprochée de cadres de santé de terrain pour confronter les points de vue sur la faisabilité du sujet.

5 L'enquête de terrain

5.1 Méthodologie de l'enquête

Avant de débiter mes enquêtes, j'ai pris un temps de réflexion pour savoir quelle méthode j'allais utiliser. Il m'a très vite paru évident que d'enquêter auprès de cadres de santé était le plus pertinent, puisque mon sujet traite directement de leur stratégie managériale, de leur positionnement, et de leur avis sur les lieux où peut être rendue effective l'éducation thérapeutique en service de psychiatrie.

³²

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf, consulté le 14 mars 2013

Ensuite, je me suis appuyée du soutien des directeurs des soins pour valider le fait que je puisse faire des entretiens dans l'établissement. Du fait de travailler à Sainte-Anne, j'ai pu obtenir facilement la collaboration de cadres supérieurs et de cadres de proximité pour organiser et réaliser les entretiens.

Après, l'opportunité de la formation et des stages dans des établissements de santé, avec les réseaux créés par les cadres de terrain, m'ont également ouvert des portes facilitant mon enquête. Je vais d'abord présenter la partie sur les entretiens, que je viendrais compléter ensuite par des questionnaires.

Comme premier outil d'enquête, j'ai donc choisi d'utiliser l'entretien. Je pense en effet que cet outil permet d'être dans l'échange. Une relation s'établit entre deux personnes et laisse au sujet interrogé la liberté de s'exprimer. Son interlocuteur peut être amené à reformuler ses questions mais aussi les réponses de l'interviewé, pour être sûr que la retranscription des éléments soulignés pendant l'entretien soit la plus fidèle possible avec ce que pense la personne.

Les entretiens ont été menés sous la forme d'**entretiens semi-directifs**, car j'ai cherché à répondre à un certain nombre d'interrogations que je souhaitais explorer tout en laissant à la personne la possibilité d'étendre sa réponse selon son propre choix et sa propre interprétation de la question. J'ai utilisé l'enregistrement vocal pendant chaque entretien. Cela m'a permis d'être plus attentive tout du long, et de prendre quelques notes seulement pour les éléments clés que je voyais ressortir pendant chacune des séances. Chaque entretien a été introduit par une thématique large pour ensuite laisser l'interviewé maître plus ou moins du déroulé. Je n'intervenais finalement que pour réorienter la question ou en soumettre une nouvelle, en lien avec l'écoute active pratiquée pendant toute la durée de l'entretien. La retranscription des enregistrements m'a permis de faire une analyse plus précise et détaillée que si je n'avais utilisé que la prise de note. J'y avais les intonations des professionnels qui ressortaient, de même que les silences.

Pour la population interrogée, je me suis d'abord ciblée sur les cadres de santé. Il s'agit des catégories de professionnels qui sont directement investis dans la conduite de projet et leur mise en place. C'est à eux qu'incombe de choisir la stratégie de mise en place la plus adaptée et efficace.

J'ai souhaité utiliser une autre méthode de recherche venant compléter celle-ci. Les questionnaires m'ont permis d'étendre mon champ d'analyse à un plus grand nombre d'acteurs. L'objectif était pour moi de vérifier à plus grande échelle les éléments qui m'ont été apportés, au regard de mon cadre théorique, à travers les entretiens.

Il aurait été intéressant, avec du recul, d'interroger les équipes sur la place de l'ETP en service d'admission. Etant eux-mêmes les agents dispensant les séances d'éducation, ils auraient pu être complémentaires dans les réponses à apporter sur la faisabilité du projet en admission, ou encore sur leur représentation de stratégie efficace du cadre pour conduire le changement d'organisation des soins. Autre point qui m'apparaît envisageable, à distance de l'enquête, aurait été d'interroger des patients ayant bénéficié de l'ETP.

Mais afin de recentrer la méthode sur ce qui a été réalisé, je présenterai les résultats et l'analyse des entretiens et questionnaires tels qu'ils ont été effectués.

5.2 Les entretiens auprès de cadres de proximité

Je suis donc allée sur le terrain, à la rencontre de professionnels exerçant en psychiatrie. J'ai choisi d'interroger uniquement une population de cadres de santé devant l'interrogation telle qu'elle est amenée dans mon mémoire. Pour réaliser un guide d'interview, j'ai élaboré une liste de questions qui m'a servi dans la manière de structurer les entretiens. Mon objectif était alors d'être en capacité, par la suite, de pouvoir analyser au mieux les réponses apportées par les différents acteurs de santé interrogés en ayant des thématiques qui reviennent et pouvant être facilement analysées **graphiquement**.

Sur une même journée, j'ai pu réaliser quatre entretiens. Cela s'explique par le fait que j'ai interrogé l'ensemble des cadres d'un même pôle, où l'ETP est mise en place du fait d'un projet de service, soutenu à la fois par le cadre supérieur mais aussi par le médecin chef.

Les cadres interrogés travaillent respectivement en unité ouverte d'hospitalisation temps plein, en hôpital de semaine, en service d'admission unité fermée. Ce sont là les trois premiers entretiens que j'ai réalisés. Dans chaque service, l'ETP est en place. J'ai

donc pu questionner les cadres sur les outils du cadre pour la mise en place, la stratégie utilisée, les résistances au changement.

Pour le quatrième entretien, je suis restée dans le même établissement de santé, public, et me suis adressée à une cadre de proximité travaillant en service d'addictologie, qui a pour objectif la mise en place de l'éducation thérapeutique au sein de son unité, et qui est donc en cours de réalisation du projet, dans l'attente de validation du programme par l'ARS. J'ai trouvé très intéressant d'aller à sa rencontre, du fait que l'ETP ne soit pas encore en place réellement, mais de savoir comment s'est déroulée toute cette phase de construction du projet, la durée qui lui a été nécessaire. De plus, cette cadre de proximité a une expérience professionnelle en service d'admission et en unité d'hospitalisation temps plein. Cette donnée m'a permis de confronter ses idées et son expérience passée, à mon cadre conceptuel, d'autant que l'ETP n'était pas mise en place dans ces différents lieux de soins.

Enfin, j'ai choisi de rencontrer une cadre de proximité travaillant à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, lieu où se développent à mon sens beaucoup de projets. Mon critère d'entretien était que ce soit une cadre qui n'avait pas mis en place l'ETP dans son service, pour obtenir une certaine neutralité dans la confrontation des points de vue, avec un regard critique et non influencé par ce qui est effectué au sein même de l'unité.

La grille d'entretien que j'ai choisi d'utiliser est la suivante :

- ✚ Avez-vous mis en place l'ETP dans votre service ? Si oui, depuis combien de temps ? Pourquoi ? Si non, pourquoi ? L'envisagez-vous ?
- ✚ De quelle façon avez-vous contribué à sa mise en place ? Quels sont les outils du cadre de santé, selon vous, favorisant la réussite du projet ?
- ✚ L'équipe a-t-elle été impliquée ou pas ? De quelle manière ?
- ✚ Pensez-vous qu'il y a des limites par rapport à sa mise en place, en psychiatrie ?
- ✚ Selon vous, quelles sont les pathologies concernées par l'ETP ?
- ✚ Pensez-vous qu'elle a sa place en unité d'admission ?

Dans la découverte de ce qui est fait sur le terrain et pour donner une certaine plus-value à la qualité de ma recherche, je souhaitais associer à ces divers entretiens de cadres

un entretien auprès du Dr GUT, déjà cité dans mon travail. En effet, j'ai sollicité le cadre supérieur dans le service dans lequel elle est affectée, mais malheureusement son emploi du temps ne m'a pas permis d'aboutir à un entretien. Il s'agit pour moi d'une réelle limite à laquelle j'ai été confrontée car je pense qu'elle avait vraiment un apport supplémentaire à me fournir, étant médecin expert dans le domaine de l'éducation thérapeutique et animant elle-même des groupes ETP depuis des années, et qui croit sincèrement aux bénéfices de cette technique.

Malgré tout, j'ai choisi d'étendre mes entretiens, qui étaient jusqu'alors réalisés auprès de cinq cadres de santé, auprès d'un sixième intervenant.

5.3 Entretien avec une infirmière référente ETP

Effectivement, je n'avais pas envisagé la possibilité qu'il y ait une **infirmière référente en éducation thérapeutique**. Dans le premier service interrogé, j'ai constaté que ce poste a été créé afin de faciliter la mise en place du projet. Avoir une personne ressource sur l'ensemble des services intra hospitaliers, en y alliant l'extra hospitalier, permet les liens nécessaires et favorise la dynamique ETP dans le service. J'ai alors trouvé indispensable de recueillir son avis sur la question. D'autant que son positionnement au sein du service est à mi-chemin entre l'équipe d'encadrement et les soignants des différentes unités de soin. Cette infirmière a donc pu enrichir mon enquête sur les résistances au changement, et notamment éclairer mon point de vue sur la réalité de terrain et sur ce que pensent les soignants, étant elle-même soignante.

Voici la grille d'entretien utilisée :

- ✚ De quelle manière votre poste d'infirmière référente s'est-il constitué ?
- ✚ Quelle est votre relation avec les cadres et l'équipe ? Votre positionnement du fait de la spécificité du poste ?
- ✚ Quels sont les outils utilisés dans la mise en place ?
- ✚ Pour vous, les infirmiers doivent-ils être formés pour animer des séances d'ETP, ou pensez-vous que la transmission du savoir est possible d'infirmiers formés aux autres collègues non formés ?
- ✚ Combien de personnes sont nécessaires selon vous pour l'animation d'une séance ?

- ✚ Pensez-vous que l'ETP a sa place en unité d'admission ?
- ✚ Quelles sont selon vous les limites au projet ?

Dans l'objectif d'approfondir les résultats pouvant m'être nécessaires pour mon analyse, je me suis servie d'un nouvel outil d'enquête qui est le questionnaire.

5.4 Les questionnaires complémentaires

Je me suis servie de ce deuxième outil pour étendre mon champ de recherche sur l'opinion des acteurs de soin, sur la question de la pratique d'éducation thérapeutique dans les services apportant des soins en psychiatrie.

Devant le temps qui m'était imparti pour réaliser mon mémoire, une organisation qui m'a été propre tout au long de cette année, une disponibilité pas toujours évidente et la pression apportée par les divers travaux et examens exigés par ailleurs, j'ai privilégié les professionnels rencontrés au sein de l'Ecole Supérieure de Montsouris, que ce soit tant les étudiants en Master 1 que ceux étant en Master 2. Et je les ai complétés par d'autres professionnels de terrain.

Une des limites que j'ai rencontrées pour l'analyse qui en découle est dans la constitution du talon du questionnaire. Je pense avec du recul que celui-ci n'est pas assez précis sur les lieux d'exercice professionnel. Il aurait effectivement été intéressant de savoir si les sujets interrogés travaillent en secteur public ou privé, et une idée plus détaillée sur le lieu, ville ou province, etc.

Dans les personnes interrogées, j'ai recueillis 17 questionnaires. La cible à interroger était pour moi l'équipe d'encadrement, et puis en analysant ces derniers, je me suis rendue compte que quelques-uns ont été fait par des infirmiers, des faisant fonctions cadres. Je vais donc dans la partie suivante essayer de détailler chaque élément apporté par l'enquête, que ce soit tant au travers des entretiens que des questionnaires. L'objectif final étant pour moi d'en ressortir une analyse constructive étayant chaque idée soulevée, afin de venir infirmer ou confirmer la validité de mon hypothèse.

La grille du questionnaire est annexée à ce travail³³, afin que les lecteurs puissent visualiser la trame utilisée.

6 Analyse globale

Pour présenter mon analyse, j'ai choisi de la diviser en deux étapes. En premier lieu, une partie qui sera consacrée à l'étude d'entretien de manière séparée et individuelle. En deuxième lieu, en faisant une analyse plus globalisée, avec le regroupement des mots ou idées clés qui peuvent se retrouver dans un ensemble, pour rendre toute cette partie cohérente, tout en respectant la manière dont j'ai procédé pour retranscrire, lire, étudier et rédiger.

6.1 Analyse d'entretien individualisée

Voici un tableau simplifié pour représenter l'échantillon des personnes interrogées et leur lieu d'exercice professionnel.

ENTRETIEN	FONCTION	TYPE DE SERVICE
1	Cadre de santé	Hospitalisation temps plein, unité ouverte
2	Cadre de santé	Hôpital de semaine
3	Cadre de santé	Unité d'admission, service fermé
4	Cadre de santé	Centre d'addictologie
5	Cadre de santé	Service d'hospitalisation temps plein, psychiatrie adulte + unité addictologie
6	Infirmière référente "ETP"	Mission transversale intra et extra hospitalier (temps plein, unité ouverte/fermée, HDS, foyer)

Entretien 1

L'entretien 1 a été effectué auprès d'une cadre de santé exerçant dans une unité d'hospitalisation temps plein, un service ouvert.³⁴

L'ETP est en place dans le service, sous forme de séances individuelles, et auprès de patients schizophrènes. Selon elle, l'intérêt des séances individuelles pour commencer

³³ Cf annexe n° 4 (bis) « Grille de questionnaire »

³⁴ Cf annexe 5 « Retranscription entretien 1 »

l'ETP est double. Il **sert à la fois pour motiver les patients, mais aussi les soignants**. Dans cette motivation recherchée, l'objectif est de **valoriser le travail** infirmier.

Pour animer les entretiens, sa réponse sur le fait de mon interrogation à savoir si le binôme peut être constitué d'un infirmier non formé, elle répond positivement.

Quand on s'intéresse à la partie concernant les éventuelles résistances au changement, il apparaît alors qu'elles sont venues des personnels qui ne participaient pas aux séances, pointant la difficulté d'être en train de gérer l'unité pendant que l'autre est en entretien. Ce qui soulève l'acceptation et la reconnaissance de l'ETP comme un soin à part entière, au même titre qu'un entretien d'accueil, que la réalisation d'une injection retard par exemple.

Pour pallier à ce problème de résistances, elle considère important dans la stratégie du cadre pour favoriser l'acceptation du projet par tous, de faire en sorte que chaque soignant y trouve un intérêt, même ceux qui ne participent pas directement aux séances. En effet, sans ces derniers, de toute façon le projet ne pourra pas se réaliser.

Sa vision de la place du cadre est au cœur du projet. Sans son implication, sa présence, sa veille au bon déroulement, rien ne fonctionne. Certains se diront qu'il y a plus urgent à faire. Elle planifie l'ETP comme un soin, elle anime des réunions dédiées. Elle implique le médecin pour l'animation des réunions, qui se font en équipe complète, afin qu'aucun des acteurs ne soit laissé pour compte.

Elle soulève encore l'importance d'un budget pour concrétiser le projet, le fait qu'il faut du personnel et également du temps. En effet, les soignants nécessitant une formation, il faut s'assurer qu'il reste l'effectif requis en poste dans le service. Une fois les séances en place, il faut encore du monde pour que la séance ne s'annule pas. Et comme tout projet, cela nécessite d'avoir les moyens de faire en sorte qu'il soit viable dans le temps et la durée. **Le temps est également l'outil qui prime pour arriver au bout du projet** : il faut laisser du temps au temps pour expliquer les choses à l'équipe, pour que le projet mûrisse dans la tête de chacun, pour que chaque étape soit intégrée par chacun.

Comme facteur de réussite, il s'agit de présenter le projet comme étant un projet de service, donc d'équipe pluridisciplinaire, et de valoriser l'intérêt direct pour le patient. C'est une plus-value pour ce dernier de bénéficier de ce type de prise en charge. Ça pourrait éviter l'institutionnalisation.

En ce qui concerne maintenant l'unité d'admission, et la faisabilité de l'ETP dans ce type d'unité, la réponse est affirmative, du fait de la nécessaire continuité dans le soin, du suivi qui est établi entre l'intra et l'extrahospitalier, et de l'indispensable travail en réseau qui permet qualité et efficacité.

Néanmoins, la conception des séances est différente : le temps d'hospitalisation est réduit par rapport à une prise en charge extrahospitalière. De fait, il s'agira plutôt d'une approche, d'une première « accroche ».

Entretien 2

L'entretien 2 s'est fait dans un hôpital de semaine.³⁵

Pour la mise en place de l'éducation, il faut impérativement compter sur la motivation des soignants. Au même titre que les personnes destinées à être formées, la motivation des personnes qui s'intéressent à ce mode de prise en charge doit être réfléchie et organisée.

Dans ces actions, le cadre doit être présent tout au long du projet, en accompagnant et en impulsant le projet, favorisant le déploiement de la formation par les membres de l'équipe. On retrouve là encore les temps d'information et d'échange sur l'ETP, au décours des synthèses, des transmissions. Le fait **que l'équipe médicale soit impliquée** est de nouveau ressorti comme un facteur indissociable à la réussite du projet.

Le détachement de soignant étant nécessaire, le fait d'avoir recours à une infirmière référente est un plus. Au-delà de tout cela, il faut penser à planifier, dégager du temps au soignant dédié.

³⁵ Cf annexe 6 « Retranscription entretien 2 »

La place de l'ETP est importante pour elle car le patient modifie son rapport avec le soignant. Il devient cette fois acteur dans sa prise en charge, l'objectif est qu'il comprenne la nécessité d'un traitement et qu'il devienne compliant. Finalement, le fait que le patient soit au centre du projet peut devenir un projet moteur pour l'équipe.

En termes de résistance, la notion de temps apparaît de nouveau. D'où l'importance en tant que cadre de se positionner en faveur de l'équipe et d'organiser les soins et la planification en adaptant la charge de travail au planning.

Entretien 3

La troisième cadre de santé interviewée travaille en unité d'admission, service fermé.³⁶

Le premier point intéressant qui ressort dès le début de l'entretien est la manière dont elle a présenté le projet à son équipe, en mettant en avant dans sa stratégie, le fait qu'elle ait déjà travaillé en temps qu'infirmière dans ce type de service. Que l'ETP y était pratiquée et qu'elle a aussi mis en place ce projet dans un autre service. En une phrase de présentation, elle montre **l'importance d'être un cadre formé, ce qui assure une légitimité dans les propos et les actions menées par la suite**. Il passe alors de cadre qui conduit un projet au **cadre expert**. Cela a été important pour elle dans la mise en route, avec un effet positif sur l'engouement des soignants à se positionner en tant qu'acteurs avec lesquels une alliance est possible. Rapidement, les résistances de l'équipe tel le manque de temps dans ce type de service et autre argument du même genre ont pu être levées. La cadre ayant les arguments démontrant que cette prise en charge fonctionne ailleurs, a pu mettre en place l'ETP dans ce type de service fermé.

Elle soulève un deuxième élément intéressant qui est la nécessité des soignants d'avoir été **évalués** au préalable par le cadre, sur leurs connaissances, leurs **capacités à être formés et leur volonté de s'impliquer dans le projet**, leurs compétences. C'est donc ainsi qu'elle a accompagné son équipe, tout en intégrant d'emblée l'ETP dans la planification des soins.

³⁶ Cf annexe 7 « Retranscription entretien 3 »

Dans le processus stratégique, elle a appris à connaître son équipe, n'étant en poste que depuis peu et ayant eu le désagrément d'avoir un gros bouleversement dans la constitution de l'équipe, avec beaucoup de jeunes diplômés qui ont beaucoup d'appropriations à réaliser, pour la qualité des soins. Donc le temps, là encore, a été pris en considération. Tout en évaluant les capacités des professionnels, elle a choisi **d'identifier le leader du groupe, et d'en faire son allié**. Cette manière d'appréhender le groupe lui a permis d'avoir un soutien positif et l'alliance a continué de s'impulser par ce soignant.

De son point de vue, l'ETP se pratique en unité d'admission. Par contre, il s'agit d'une première « accroche », au cours de laquelle se crée le lien dans la relation soignant-soigné. Cette étape est ensuite poursuivie à la fin du séjour par une prise en charge dans la continuité sur l'extrahospitalier.

Le rôle du cadre est d'évaluer, d'accompagner les soignants dans chaque étape, et de les aider à réajuster si besoin. Ainsi, il va amener par sa reconnaissance du travail, l'adhésion de l'équipe.

Entretien 4

Pour l'entretien 4, je me suis rendue dans un centre d'addictologie.³⁷

A la différence des précédentes cadres interrogées, celle-ci n'a pas complètement encore abouti à la mise en place du projet. Il y a eu depuis un an et demi à deux ans toutes les phases préparatoires, c'est-à-dire la construction, l'élaboration, l'information, la formation, la budgétisation, la légitimation, mais les séances n'ont pas encore démarré. Il s'agit donc d'un projet qui est en cours de réalisation qui devrait bientôt arriver à la mise en œuvre concrète.

Pour elle, l'importance de ce projet se traduit par l'accompagnement et l'éducation qui seront apportés au patient. C'est parti de la reconnaissance du travail fait par une infirmière lors d'un congrès. Or l'objectif à atteindre est de répondre à un besoin de la population accueillie, et de ce fait l'ensemble de l'équipe se sent impliquée et investie dans le projet. Il n'y a, dans ce service, aucune résistance au changement recensée par la cadre de l'unité. Il s'agit d'une petite équipe constituée tout au plus de huit infirmières, toutes

³⁷ Cf annexe 8 « Retranscription entretien 4 »

ayant une ancienneté supérieure à quatre ans dans ce lieu de soin. Elles sont donc relativement investies et tendent à avoir les mêmes valeurs professionnelles avec les mêmes objectifs dans la prise en charge apportée, visant à l'amélioration de l'état de santé du patient, de son quotidien, et de ses attentes. Ce qui, selon elle, a fait la réussite du projet, a été de travailler sur la prévention des risques d'hépatite, qui est une priorité de l'ARS. Le fait est que les soignants dans leur ensemble se sont aussitôt imprégnés du projet, en tant que projet de service, réunissant la totalité de l'équipe pluridisciplinaire, médecins inclus sans nul doute, et que l'intérêt pour le patient a été la clé du succès.

Un élément qui me semble important dans ce nouvel entretien, c'est de souligner la **nécessité du cadre d'être formé** pour maîtriser son sujet et être plus en capacité de le porter devant l'équipe. En effet, elle a demandé un financement à l'ARS pour pouvoir bénéficier de la formation ETP des quarante heures. C'est une idée intéressante qui m'a d'abord questionnée, puisque le cadre ne sera pas amené à faire des séances d'ETP par la suite. Maintenant, si je réfléchis sur l'axe managérial et que je considère de manière plus approfondie les bénéfices secondaires de cet engagement dans un temps de formation, je partage finalement le point de vue de cette dernière. Je trouve logique que le cadre soit formé pour pouvoir mieux accompagner l'équipe. Elle sera finalement experte, connaîtra le langage professionnel utilisé en éducation thérapeutique, et sera en mesure de superviser l'élaboration des séances, de soutenir son équipe.

Le temps est un facteur qui lui est apparu comme essentiel dans l'élaboration du projet dans son ensemble. Par ailleurs, en ce qui concerne la motivation, il s'agit d'un outil qui a été soulevé, mais au-delà de la motivation du cadre, du médecin, des soignants, elle démontre la nécessaire **motivation du patient**.

Quand je lui demande si l'ETP a sa place en unité d'admission, sa réponse est dans l'ensemble plutôt négative. Elle a du mal à l'envisager, du fait que selon elle, ce n'est pas la priorité pour les patients hospitalisés dans ce type de service, qu'il y a non seulement l'état clinique dans lequel ils arrivent qui n'est pas favorable, mais aussi que le temps ne s'y prête pas, du fait d'une durée d'**hospitalisation courte**, en règle générale, n'excédant pas trois semaines. De plus, l'effectif doit être adapté à ce type de pratique, et c'est pour elle la seule condition qui permettrait de mettre en œuvre l'ETP en service d'admission. Quand j'approfondis la question, elle imagine la faisabilité, mais uniquement sous forme

de séances individualisées, ce qui concorde avec toutes les réponses apportées jusqu'alors au travers des différents entretiens. Mais même en réunissant toutes les conditions, elle reste néanmoins assez dubitative sur la pertinence de l'ETP dans ce type d'unité.

Entretien 5

Et enfin, pour le dernier entretien cadre de santé, c'est au sein de l'AP-HP, dans un service de psychiatrie adulte, que je suis intervenue.³⁸

La cadre interrogée n'a pas mis en place l'ETP, même si elle y a déjà pensé, pour ce qui est du service d'addictologie. Mais elle a finalement abandonné par peur de ne pas avoir de financement de l'ARS, aussi du fait de ne pas avoir **ressenti le soutien et la collaboration de l'équipe médicale**. Mais c'est quelque chose qu'elle envisage peut-être malgré tout de mettre en place dans le futur, étant convaincue du bénéfice pour le patient. D'autant qu'elle a elle-même fait la formation. Elle affirme la nécessité pour les acteurs de soins d'être formés car la **formation** spécifique est enrichissante et **permet le déploiement des savoirs et de la pratique**. C'est d'ailleurs pour elle un soin qui est à intégrer dans le projet de soins des patients et qui permet aux professionnels de **valoriser leur savoir et leur compétence dans la relation soignant-soigné**. C'est donc un outil qui rentre complètement dans le développement des compétences et qui a totalement sa place en psychiatrie, selon la typologie des patients qui sont pris en charge dans un service. Pour elle, les pathologies concernées seraient plutôt la schizophrénie et la bipolarité. C'est d'ailleurs ce qui l'empêche de le mettre en place dans son unité d'hospitalisation, puisque très peu de patients souffrent de ces pathologies.

Le rôle du cadre pour ce manager, est avant tout de motiver son équipe, en montrant une nouvelle fois l'intérêt pour le patient, en n'oubliant pas la nécessaire implication médicale. **Sans ce travail de binôme médecin/cadre, le projet va capoter**. Elle va jusqu'à parler de processus de labellisation, et c'est donc en ce sens qu'elle estime que les soignants doivent absolument être formés pour qu'il y ait rigueur et qualité dans les séances.

³⁸ Cf annexe 9 « Retranscription entretien 5 »

Entretien 6

En ce qui concerne l'entretien 6, à la différence des cinq précédents, il s'est effectué avec une autre catégorie professionnelle que le cadre de santé de proximité, puisque j'ai choisi cette fois d'interroger une infirmière référente ETP ; celle-ci a un poste dédié et est complètement détachée de l'unité.³⁹

Cette soignante a toujours été investie dans le projet ETP et y a rapidement vu un intérêt grandissant, qui lui a donné envie de poursuivre sa recherche sur cette pratique de soin en approfondissant ses connaissances autour d'un diplôme universitaire. C'est par ce biais là qu'un poste de référente lui a été proposé par l'équipe d'encadrement. C'est une infirmière qui a l'expérience du terrain et qui travaillait déjà en partenariat avec ses collègues des services adjacents pour pratiquer des séances d'ETP en binôme. Son nouveau positionnement a donc été facilement accepté, d'autant plus qu'il a facilité le bon déroulement des séances dans la continuité. En effet, il ne s'agissait plus à présent d'avoir à détacher deux soignants sur un effectif constant pour réaliser le soin, mais seulement une infirmière, puisqu'elle faisait la deuxième collaboratrice. C'est donc un atout pour ce service qui s'est donné les moyens de développer le projet.

Devant son expérience sur le terrain et ses compétences largement développées en matière d'éducation thérapeutique, son avis m'intéressait tout particulièrement à savoir si chaque soignant qui fait de l'ETP doit être formé, ou bien si on peut envisager un binôme qui se construise avec quelqu'un de non expérimenté mais motivé par ce type de pratique. A ce propos, elle considère qu'il est possible d'introduire des soignants non formés pour réaliser le programme. Ce qui n'a pas toujours été une réponse confirmée lors des autres interviews. L'important, selon elle, est avant tout d'avoir des soignants disponibles, que le déroulement du programme soit organisé, qu'il y ait un temps dédié. **Le fait d'être positionné en référente permet de consolider le projet** finalement.

Pour ce qui est de la pratique de l'ETP en unité d'admission, là encore, son opinion vient conforter mon idée sur le fait que ce soit réalisable et adapté, en prenant en compte qu'il s'agit bien **d'une approche**, faite en **séances individuelles**, qui permet au patient de voir les soins différemment. L'approche est plutôt motivationnelle pour les patients et entraîne un lien pour la suite de la prise en charge, sur l'extra hospitalier. Elle parle de

³⁹ Cf annexe 10 « Retranscription entretien 6 »

poser les bases et de renforcement de l'alliance thérapeutique. Ce sont directement les patients qui sont pris en considération, avec une forte personnalisation du soin, ce qui permet à ces derniers de se sentir valorisés. Une confiance en eux s'établit petit-à-petit sur leur capacité à vivre avec la maladie. Ils se rendent compte qu'ils peuvent apprendre à gérer certaines choses.

A son sens, le bénéfice de l'ETP est certain, même s'il faut se donner quelques années avant de voir les résultats probants. Entre trois et cinq ans lui semblent nécessaires pour observer s'il y a ou non une diminution du nombre de ré hospitalisations avec la mise en application de séances d'ETP.

Dans les outils du cadre permettant l'application de ce type de soin, elle souligne le temps et l'effectif : il s'agit donc d'avoir les moyens pour monter ce projet et le faire arriver jusqu'à son terme. Tout cela doit être combiné avec un temps d'échange et d'information sur le sujet, un temps d'évaluation des pratiques déjà réalisées. Tout le monde doit y être convié puisqu'il s'agit d'un projet de service. Même les acteurs indirectement impliqués doivent en avoir un retour, d'autant qu'ils sont eux-mêmes en capacité de proposer des patients à inclure dans le programme.

6.2 Analyse globale avec confrontation des idées clés

L'analyse générale de l'ensemble des entretiens menés montre que chacun considère ce soin comme primordial dans la prise en charge du patient en psychiatrie, avec une vraie **plus-value**. L'intérêt du programme étant complètement **centré sur le patient**, c'est d'ailleurs ce qui le rend viable, dans le sens où il a pour ambition d'améliorer la qualité de vie du patient dans son quotidien, avec l'**annonce de la maladie chronique dont il souffre et le travail sur l'acceptation**. Cela passera nécessairement pour le patient par différentes phases, dont le déni des troubles, l'acceptation de la maladie, la rechute, la non observance du traitement, et. L'ETP va venir renforcer les liens avec l'équipe pluridisciplinaire, et pourra finalement servir de repère, d'accroche, d'adhésion au soin, dans la mesure des possibilités. Cela est bien sûr adapté à chaque cas, en fonction des capacités cognitives du patient, de son environnement (soutenant ou pas).

Différentes notions clés ont été soulevées pendant ces entretiens. La motivation de tous les acteurs ; elle implique le cadre de santé, le médecin, l'équipe de soins paramédicale, sans oublier celle du patient. La valorisation y est importante, tant celle du professionnel que du patient. C'est au travers d'une certaine reconnaissance du travail accompli que la confiance de chacun va se mettre en valeur. Reconnus en tant que personne, ils sont considérés et trouvent ainsi un intérêt au développement de cette nouvelle approche dans le soin. La formation apparaît comme essentielle nécessité, à dispenser non seulement pour les soignants, mais aussi pour les cadres initiateurs du projet. Le cadre se positionne alors non plus comme simple cadre utilisant la conduite de changement par projet, mais au-delà de ce rôle dans l'accompagnement du changement, il devient « cadre expert ». Comme le laisse entendre Isabelle VANDANGEON, déjà citée pour ces travaux sur la théorie du changement, la réforme hospitalière vise à donner plus de facilités aux professionnels pour la réalisation de leurs projets, à réformer les modes de financement des établissements publics et privés et à leur offrir de nouvelles possibilités de développement. C'est donc en donnant des ressources pour la création du projet qu'il agit positivement sur l'investissement de l'équipe et lève ainsi les résistances.⁴⁰ Pour qu'un changement s'opère, que le projet mené soit effectif, toutes ses conditions favorables à la réussite du projet passent par la capacité des managers « de première ligne » à *s'approprier le changement et à le déployer* auprès des différents acteurs impactés, constitués par l'équipe dont il a la charge.

Les cadres de proximité ont un vrai rôle dans la conduite de projet de changement, jusqu'à sa mise en place et à son évaluation. Cette place qui leur est donnée impacte sur la viabilité du projet et sur leur propre implication dans celui-ci. Ils doivent se sentir concernés, voir leur intérêt à mener à bien ce changement, et être capable de transposer ce sentiment de bien fondé à son équipe. Chaque manager de première ligne a un rôle à jouer dans la réussite face au changement organisationnel. Mais au-delà de ce rôle, ils peuvent avoir des comportements différents. Des processus sont alors démontrés : le processus de référencement, de positionnement, de projection et de contribution. Ces quatre processus interviennent en fonction des stades où on en est dans l'avancée du changement, et vont dépendre de la nature du changement en question. L'acteur au centre du changement, et qui

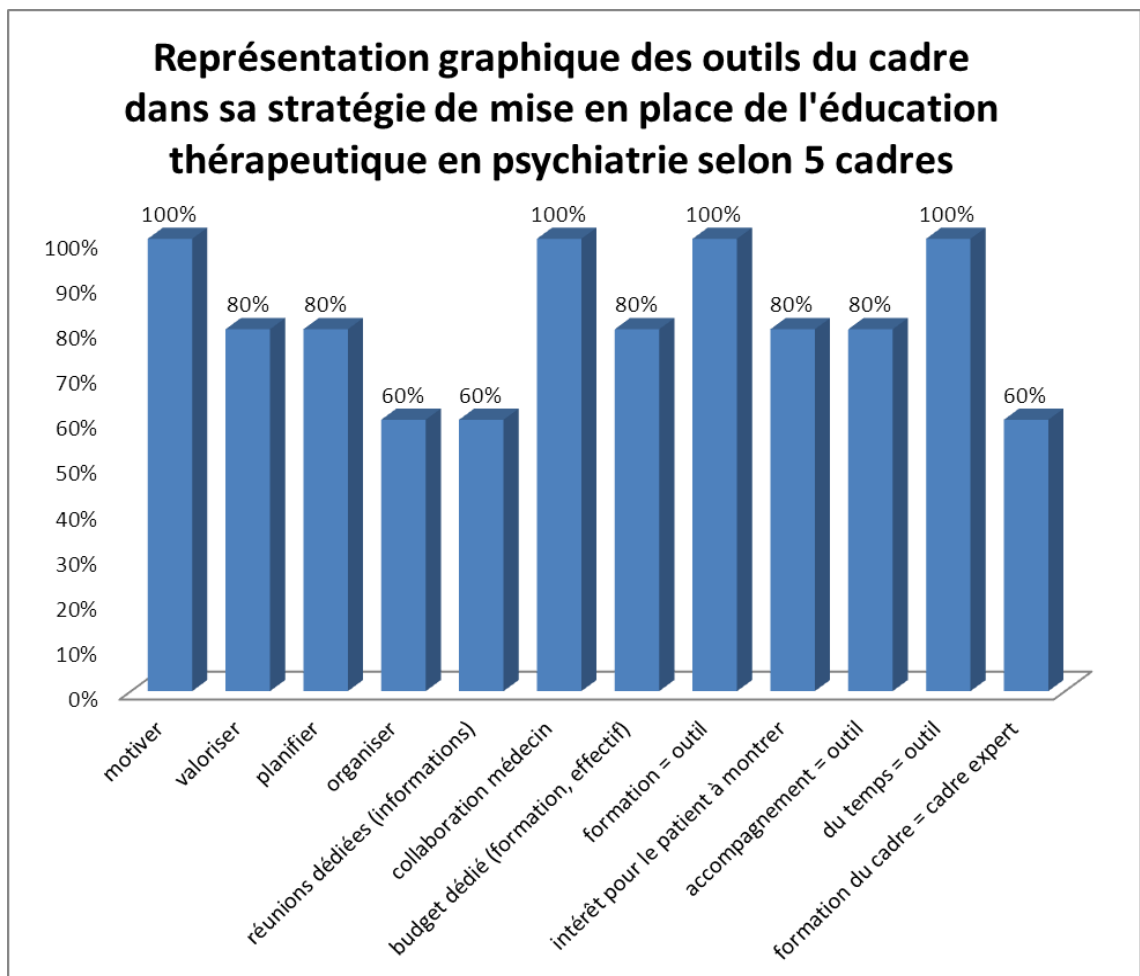
⁴⁰ AUTISSIER David et VANDANGEON Isabelle, « *les managers de première ligne et le changement* »

apparaît comme l'élément clé facteur ou non de réussite, apparaît être le manager de première ligne. Leur fonction exige production, évaluation et qualité, en lien avec leur compétence managériale. Ils sont en ce sens les conducteurs du changement. Pour que la mise en place d'ETP fonctionne, la stratégie de conduite de projet du cadre va être d'utiliser le **changement participatif**. Par cette méthode, chaque acteur est impliqué dans la question du changement, de quelque niveau hiérarchique qu'il soit. Ici, le soignant, l'équipe paramédicale, du fait de la considération et l'implication dans le changement faite par le cadre, devient non plus vecteur du changement. Mais il prend la position d'acteur du changement. Du sens est donné à l'action. Il a consisté en un travail de réflexion collectif sur une amélioration à apporter pour le bien-être du patient. L'intérêt de l'action à mener, si elle est démontrée dès le départ, va constituer un élément de motivation. Pour donner du sens aux collaborateurs, il faut être **légitime**. Pour cela, il faut être à l'écoute, avoir établi une relation de confiance. Pour bien manager, il faut favoriser le développement de l'organisation horizontale, en incluant tous les acteurs dans la participation du projet. Le fait de communiquer, de dire pourquoi on va effectuer un changement, va lever les zones d'incertitude et d'angoisse, va ainsi diminuer les oppositions. Il faut changer pour s'adapter à l'environnement. Il faut inclure l'individu, le groupe, l'équipe dans le changement, en le faisant participer et en l'informant. L'objectif de cette stratégie est de faire adhérer les soignants au changement.

La planification des séances ne peut être effective que si elle est anticipée, organisée, réfléchie. Si les séances sont bien planifiées et font partie intégrante du soin, il n'y a pas d'éléments discutables, à priori, pour que celles-ci s'annulent. Le cadre a tous les arguments en sa faveur pour que la séance puisse arriver à s'exécuter si les moyens humains et logistiques sont associés à chaque étape du projet jusqu'à son aboutissement. L'organisation va de pair avec la planification. La séance est notifiée sur la planification des soins, le planning est établi en prenant en compte la programmation des séances. Les ressources sont allouées en regard du programme. Une place indéniable est laissée pour les temps d'information et l'organisation de réunions dédiées. L'équipe médicale est à impliquer et s'investit dans le projet. C'est seulement au travers de cette collaboration active que les séances pourront aboutir et prendront un sens pour le patient. Le fait d'être portées par le médecin démontre d'une certaine reconnaissance du bien-fondé de l'ETP. Le budget dédié, pour la formation et l'effectif adapté garantissent la faisabilité et favorisent l'implication du personnel. L'ETP, dans ses objectifs, va être dédié au patient et l'intérêt

des séances vers le patient prendra alors tout son sens pour les collaborateurs. Le lien et le travail de partenariat entre l'intra et l'extra hospitalier souligne la plus-value du projet, en venant concrétiser une prise en charge globale du patient. L'accompagnement de l'équipe par le cadre de proximité dans l'accomplissement des séances va se faire à chaque étape, depuis la construction du projet jusqu'à son évaluation. Il devra entre autre être vigilant sur le comportement des acteurs concernés et réalisant ce soin, car il peut arriver qu'une culpabilité des soignants réalisant l'ETP s'installe. Cette culpabilité se développant souvent au regard des collègues qui restent dans l'unité et ont le service à charge. Ce type de projet nécessite du temps pour qu'il y ait réussite du projet, soit entre un an et demi et deux ans avant de débiter la mise en place. Cette notion de temps est un élément qui est soulevé en première intention par les professionnels de santé en tant que potentielle résistance au changement. Enfin une notion d'évaluation des compétences des soignants avant de les inclure dans un programme vient compléter la recherche de performance et de reconnaissance au travail.

Voici pour illustrer tout cela, un graphique représentant les outils du cadre dans sa stratégie de mise en place de projet d'éducation thérapeutique.



Comme cela est donc représenté ci-avant, la **motivation** de tous fait bien partie des outils indispensables dans la réussite du projet. Il ne faut pas que cette pratique se mette en place par une simple commande institutionnelle. Si le cadre lui-même n'y croit pas, que le médecin responsable n'est pas impliqué, il sera difficile de faire en sorte que les différents collaborateurs soient motivés pour la mettre en œuvre. Le rôle du cadre est donc ensuite d'**informer** et d'échanger, de débattre avec les membres de l'équipe sur l'intérêt d'une telle pratique. C'est la totalité des cadres interrogés qui placent la motivation comme un élément central au projet, au même titre que la **collaboration** médicale, la **formation** et le **temps** nécessaire non seulement pour la mise en place, mais également pour la réalisation des séances.

Pour 80% d'entre eux, il faut également prendre le temps de **planifier** et d'organiser les choses, tout en y dédiant du temps de préparation, d'information, avec tout **l'intérêt qu'aura le patient** à bénéficier de ce type de soin. C'est un bon moyen de **valorisation des compétences professionnelles**, peut-être que cette pratique pourra servir à **fidéliser** le personnel, en tout cas il lui sera possible de développer ses compétences, au moyen de cette technique de soin, avec une vraie **reconnaissance** de la place du soignant. La reconnaissance au travail passe par le manager, elle permet à l'équipe soignante de se sentir valorisée dans son travail et le développement de relation professionnelle basée sur la confiance et le respect. C'est au travers de cette confiance qui va entraîner un climat serein et rassurant au travail, que le soignant va vouloir développer ses pratiques et les valoriser. C'est en l'occurrence ce que démontre Valérie LEPINE⁴¹ dans son article sur l'approche communicationnelle de l'individu au travail. L'article parle de la communication des cadres de santé comme outil de reconnaissance au travail pour les agents, au travers de la relation. Cette notion de reconnaissance est une exigence attendue par la société. Elle permet de se structurer en tant qu'individu, la construction d'une identité professionnelle, avec la prise en considération par les pairs et/ou le supérieur hiérarchique des compétences et valeurs de l'individu. Cette relation, où il y a constitution d'échange favorisant la construction identitaire, va donner du sens à l'action pour le professionnel concerné. Dans la communication organisationnelle, la relation agissante correspond alors à un outil de communication utilisé dans une stratégie managériale.

⁴¹ LEPINE Valérie, maître de conférences en Sciences de l'Information et de la Communication à l'Université Pierre Mendès France-Grenoble 2, IUT2 département Information Communication

Enfin, sur les six professionnels interrogés, l'infirmière référente étant incluse, **l'ETP a bien sa place en unité d'admission. Cette affirmation est validée à 90%**. Seule la cadre de santé du service d'addictologie n'est pas complètement certaine de l'intérêt de ce soin dans une telle unité. Cela peut s'expliquer par sa propre vision du soin et des capacités du patient à adhérer au soin. Peut-être que certains soignants ont ce type de réaction, donc de résistance potentielle pour le projet, de par la peur de l'inconnu. Il s'agit en effet de modifier le rapport au savoir des soignants et des usagers, ce qui va induire une modification des conduites d'entretien et de prise en charge globale du patient. Cette appréhension est à mon sens totalement légitime, mais avec les ressources nécessaires, **il est démontré d'après mon enquête que c'est bien une pratique qui se prête à l'admission, dans un délai certain, et ne se prononçant que sous forme d'une approche individuelle**. Cela me paraît essentiel pour favoriser **l'alliance thérapeutique**, une réelle reconnaissance de l'usager en tant qu'individu, ce qui facilitera l'adhésion au soin. Le patient prendra en considération le travail fourni par le soignant, dans une relation de confiance qui peut ainsi s'établir.

Autre question qui se soulève au travers du cadre conceptuel et que je n'ai peut-être pas suffisamment mis en avant dans le rôle du cadre : l'importance de privilégier la formation des acteurs agissant dans la constitution du projet d'ETP. En effet, Anne GUT soulève l'importance d'être formé pour pouvoir mettre en œuvre cette éducation. Aussi, au-delà des stratégies managériales utilisées, la formation n'est-elle pas le point clé permettant la réussite de mise en place du projet, en passant au minimum par une phase d'initiation, sinon de formation telle qu'elle est établie sur un modèle de quarante heures obligatoires ?

Je vais poursuivre mon enquête pour approfondir les thématiques soulevées jusqu'ici au travers des différents questionnaires complémentaires.

6.3 Analyse des questionnaires

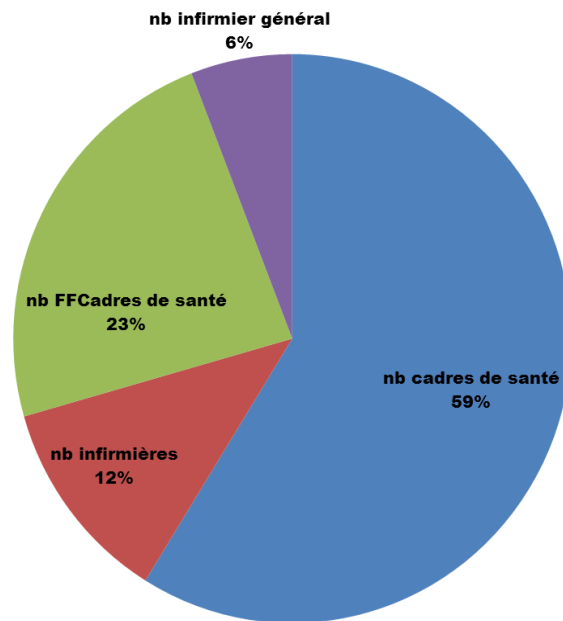
Voici plus en détail les catégories de professionnels ayant répondu au questionnaire, avec le service où ils sont affectés.

QUESTIONNAIRE	FONCTION	AGE	SEXE	ANCIENNETE DANS LE SERVICE	TYPE DE SERVICE
1	cadre de santé	34	F	2,5 ans	ADDICTOLOGIE/CSAPA
2	cadre de santé	45	M	9 mois	UNITE D'HOSPITALISATION TEMPS PLEIN
3	cadre de santé	35	M	6 mois	UNITE D'ADMISSION
4	infirmier général	54	M	7 ans	DIRECTION DES SOINS
5	cadre de santé	41	F	2 ans	PSYCHIATRIE ADULTE HDJ/CATTP
6	infirmière	30	F	6 ans	CMP/HDJ
7	infirmière	37	F	7 ans	PSYCHIATRIE JEUNES ADULTES
8	FFCadre de santé	33	M	7 ans	PEDOPSYCHIATRIE
9	FFCadre de santé	49	F	5 ans	PSYCHIATRIE
10	FFCadre de santé	37	F	3 ans	PSYCHIATRIE DE SECTEUR
11	cadre de santé	39	F	1,5 ans	SERVICE FERME
12	cadre de santé	33	F	3 ans	PSYCHIATRIE ADULTE SECTORISEE
13	FFCadre de santé	38	F	1 ans	PSYCHIATRIE
14	cadre de santé	53	F	10 ans	CMP/HDJ
15	cadre de santé	56	M	5 ans	CMP/HDJ
16	cadre de santé	46	F	1 an et 9 mois	PSYCHIATRIE HC EN HOPITAL GENERAL
17	cadre de santé	37	F	5 ans	PSYCHIATRIE ADULTE EN SHU
	nb cadres de santé	10	59%		
	nb infirmières	2	12%		
	nb FFCadres de sant	4	24%		
	nb infirmier généra	1	6%		
	total	17	100%		

Tous ont une certaine expérience en psychiatrie supérieure à un an, sans compter l'expérience professionnelle précédente qui n'est pas exhaustive mais qui aurait finalement été intéressante à recueillir, chacun ayant son propre parcours et ayant pu associer le travail en intra et extra hospitalier par exemple. La personne qui travaille à la Direction des Soins et qui a souhaité répondre au questionnaire, par exemple a fait toute sa carrière en psychiatrie, ce qui lui donne toute la légitimité pour les réponses apportées. Les postes de travail, quant à eux, sont assez hétéroclites, ce qui permet selon moi d'étendre les ouvertures dans les réponses. Sans se limiter à ce qui se fait dans leur service, ils peuvent argumenter sur des pratiques vécues ou non ou encore sur des idées reçues. Je pense par-là à la pratique de l'ETP en unité d'admission.

D'abord destinés au collège cadre, une population diversifiée s'est attardée à mon enquête. Voici une représentation graphique permettant d'illustrer mes propos :

Répartition graphique des catégories professionnelles interrogées sur un nombre total de 17 questionnaires



Dans leur ensemble, les collaborateurs pensent que l'ETP a sa place en service de psychiatrie, avec **65% qui valident la pratique en unité d'admission**. Le même pourcentage estime qu'il y a un intérêt à réaliser l'ETP depuis l'annonce du diagnostic de schizophrénie, puisque j'ai ciblé ma question sur cette pathologie, en service d'hospitalisation temps plein. Cet échantillon vient à nouveau confirmer mon hypothèse qui est que l'ETP a sa place en unité d'admission. Pour eux, cela peut limiter le taux de rechutes. Elle est à pratiquer dès cette phase car pour que le patient accepte sa maladie c'est souvent un cheminement qui est long. **Aussi, plus l'éducation thérapeutique va être débutée précocement, meilleurs seront les résultats sur le long terme**. Cette avancée va favoriser l'alliance thérapeutique, en établissant une relation de confiance entre usagers et professionnels de santé. Les patients pourront ainsi avoir une meilleure connaissance et compréhension de leur maladie, et être reconnu en tant qu'individu à part entière. Le soin sera complètement personnalisé. Avec cette conception du soin et de prise en charge préventive, l'objectif visé est d'éviter, ou en tout cas de limiter le risque de rechutes tout en **informant et collaborant avec les familles**. L'équipe paramédicale va rechercher la compliance du patient au soin et la bonne observance du traitement.

Pour les 35% qui ont été négatif sur la question, ils expriment que la priorité du patient hospitalisé n'est pas de faire de l'ETP, d'autant qu'il faut qu'il soit rentré dans un **processus d'acceptation avant d'adhérer au projet**. Le temps nécessaire pour intégrer sa maladie n'est pas encore propice et il est donc trop tôt. Sans oublier que l'annonce du diagnostic étant très récente, il s'agit d'une phase difficile pour le patient où l'acceptation et l'adhésion nécessitent parfois d'attendre plus longuement.

Dans les outils du cadre pour réussir sa mise en place dans son service, quasiment tous voient le temps associé avec la motivation et l'établissement d'une relation de confiance. Je pense néanmoins que la manière dont j'ai interrogé a pu influencer les réponses. Ainsi, j'avais demandé de numéroter les outils sélectionnés par leur ordre d'importance mais je n'ai malheureusement pas pu interpréter cette donnée, puisque chacun n'a pas priorisé mais certains ont simplement cochés les cases correspondantes.

Malgré tout, de nouveaux outils sont apparus. Il s'agit pour le cadre de bien **maîtriser son sujet avec la notion de cadre expert**, de faire en sorte que ce soit **un projet de service classé en axe prioritaire**, la nécessité de donner du sens à l'action, avec l'établissement d'un projet bien construit précisant les objectifs, les moyens et l'évaluation aux différentes étapes. De même, la compétence managériale à fédérer autour d'une démarche projet a été notée une fois.

Dans les limites, cette fois, du projet, et de sa mise en place en admission, les réponses se tournent vers **l'absence d'implication médicale**, la phase aigue de décompensation, le temps et souvent associé le « turn-over » des patients avec une durée moyenne de séjour courte, le manque d'effectif, le personnel non formé et jeune, l'absence de motivation et d'adhésion au projet.

41% des personnes interrogées ont l'ETP en place dans leur service, et aucun d'entre eux n'a une équipe complète formée. Les chiffres varient entre 14% et 57% des effectifs formés. Mais on est le plus souvent proche de 30 à 40%, ce qui ne correspond pas à la moitié du personnel.

CONCLUSION

Le constat que je peux faire, suite à mes lectures, à l'enquête effectuée et à l'analyse qui en ressort, mon hypothèse est confirmée. L'ensemble de la recherche valide le fait que l'éducation thérapeutique est une méthode de prise en charge du patient qui s'adapte totalement à la maladie chronique psychiatrique. Le patient schizophrène, notamment, peut ainsi avoir recours à l'ETP. Il faudra pour cela qu'une relation de confiance soit instaurée entre l'équipe de soin et le patient. Ce même sujet devient de plus en plus acteur dans sa prise en charge au sein d'un séjour hospitalier. L'application d'un programme d'ETP dès l'admission va initier une prise en charge par référence, de type individualisée. Le soignant respecte le patient sans apporter aucun jugement dans l'évolution de son parcours avec la maladie. Il va s'inclure plus facilement dans le programme si son travail est reconnu par son supérieur hiérarchique. Le rôle du cadre dans l'accompagnement du projet de changement va donc être la reconnaissance du travail accompli par les professionnels. Mais pour être encore plus rassurant et valorisant, il va nécessiter d'être lui-même formé à l'ETP. Il prendra alors la position de « cadre expert ».

Au-delà d'un projet de mise en place d'éducation thérapeutique, je pense que les outils recensés ici peuvent être adaptables à tout autre type de projet et servent ainsi à alimenter la stratégie du cadre. S'établit alors la construction d'une relation agissante favorisant le développement de tout projet.

Cette recherche m'a finalement permis d'élargir mes connaissances théoriques sur ce qu'est le changement, le concept de projet. Je suis partie de l'envie de traiter d'éducation thérapeutique et je m'aperçois qu'au décours d'un thème, il est possible d'étudier nombres de concepts. Cette richesse autour de la motivation, du changement et de la nécessité de donner du sens à l'action m'a donné l'envie de continuer mes lectures. Je pense que la reconnaissance au travail, le fait de donner du sens, le développement des compétences, sont autant d'éléments importants à prendre en considération par un manager. Ils lui servent d'outil au quotidien.

La stratégie du cadre utilisée pour mettre en place un projet d'ETP ne peut-elle pas s'appliquer à tout autre projet ? L'ETP, une fois validé, reconnu, développé par l'équipe de soins ne favorise-t-il pas la fidélisation des professionnels ?

BIBLIOGRAPHIE

Textes législatifs

- [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 01/04/2013
- http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/20130130_23a_outil_aide_questionnement.pdf, consulté le 07 mars 2013
- http://extranet-has.seevia.com/extranet/MANUEL-V2010-rev2011/SITE/23a_etapes.htm, consulté le 07 mars 2011

Ouvrages

- BLANCHET Alain et TROGNON Alain. *La psychologie des groupes*. Edition Armand Colin, Barcelone : 2007, 127 p. (Collection 128)
- HART Josette et LUCAS Sylvie. *Gestion des ressources humaines-Management Hospitalier : Stratégies nouvelles des cadres* Editions Lamarre, 2002
- BOUTINET Jean-Pierre. *Psychologie des conduites à projet*. 4^e Edition puf, Paris 2006, 126 p. (collection Que sais-je)
- Haut Conseil de la Santé Publique. *L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours*. Novembre 2009, (collection Avis et rapports), page 5
- HEES Marc. *Le management à l'hôpital _ Science, art et magie*. 2^e Edition Seli Arslan, Paris : 2010, 186 p.
- MONTSERRAT Xavier. *Comment motiver : viser la performance pour renforcer la motivation*. France : Editions d'Organisation, 2004, 238 p.

●STERN Patrice et SCHOETT Jean-Marc. *La boîte à outils du Management*. Paris : Dunod, 2009, 187 p.

●THIETART Raymond-Alain. *Le management*. 12^e éd. Paris : Puf, 1980, n° 1860, 127 p. (Collection Que sais-je ?)

●AGUILAR Michaël. *300 « citations pour motiver »*. Paris : Dunod, 2009, p.73.

●BOYER Luc et BUREAU Romain. *400 citations : pour le manager stratège. De Churchill à Woody Allen*. Ed. d'Organisation, Paris : Groupe Eyrolles, 2011, p. 48

Mémoires

●memoireonline.com/05/10/3516/**Conduite-du-changement**-en-entreprise, consulté le 14/03/2013

Articles

●Dr GUT Anne. Fiche pratique « schizophrénie ». *L'éducation thérapeutique du patient souffrant de troubles schizophréniques*. Fondation Pierre Deniker, pour la prévention et la recherche en santé mentale, consultée le 07.03.2011

●LEPINE Valérie. La reconnaissance au travail par la construction d'une relation agissante : la communication des cadres de santé. *Communication et organisation.revues.org*, 2009, n° 36

●AUTISSIER David et VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle. Les managers de première ligne et le changement. *Changement organisationnel. Cairn.info*, 2007, n° 74

Supports électroniques

●http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/education-therapeutique-du-patient-etp, consulté le 07 mars 2013

● <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27#ancre3>, consulté le 07 mars 2013

● www.evene.fr/.../mot.php?mot=motivatio..., consulté le 14.03.2013

● www.lca-performances.com/formation.conduite.du.changement.htm, consulté le 14/03/2013

● www.auneg.eu/ressources/GDP-001/co/phasedefinition_1.html, consulté le 01/04/2013

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 « *La spirale de la motivation* », Xavier MONTSERRAT

ANNEXE 2 Les différentes étapes de mon cheminement depuis ma question de départ

ANNEXE 3 Fiche pratique « Schizophrénie »

ANNEXE 4 Courrier accompagnant le questionnaire

ANNEXE 4 (bis) Grille de questionnaire

ANNEXE 5 Retranscription entretien 1

ANNEXE 6 Retranscription entretien 2

ANNEXE 7 Retranscription entretien 3

ANNEXE 8 Retranscription entretien 4

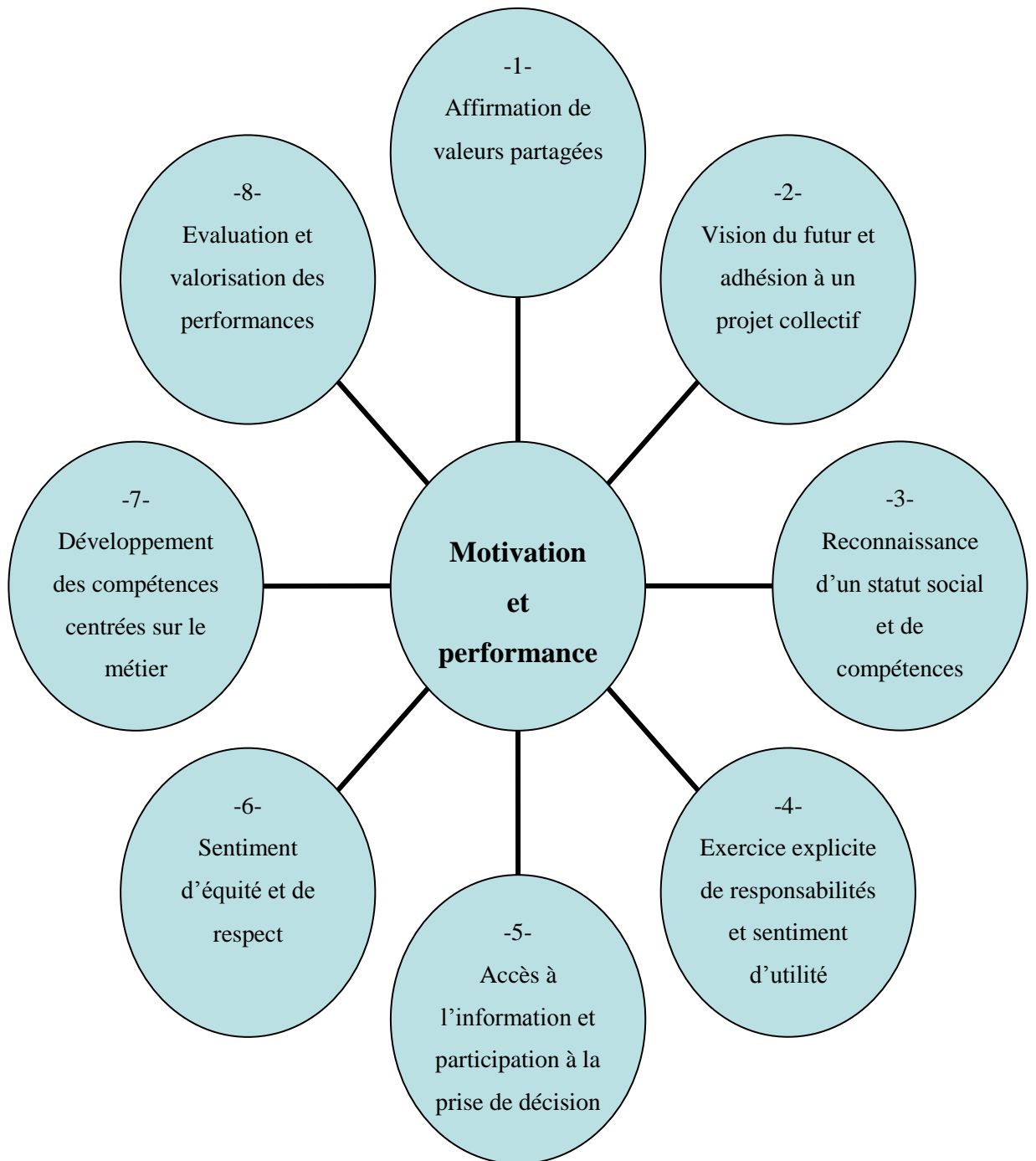
ANNEXE 9 Retranscription entretien 5

ANNEXE 10 Retranscription entretien 6

ANNEXE 1

« La spirale de la motivation »

La spirale de la motivation selon Xavier MONTSERRAT



ANNEXE 2

Les différentes étapes de mon cheminement depuis ma question de départ

ANNEXE 3

Fiche pratique « Schizophrénie »

ANNEXE 4

Courrier accompagnant le questionnaire à destination des professionnels de santé

Katia PIGNON
Etudiante cadre de santé
Promotion 2012-2013
Institut de Formation Cadre de Santé de l'Ecole Supérieure Montsouris

Objet :
Questionnaires pour travail de mémoire sur l'ETP et la mise en place
du projet par le cadre de santé

Paris,
Le 07 mars 2013

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon parcours d'étudiante cadre de santé, je suis en train de réaliser un mémoire dont le thème est la stratégie du manager dans sa mise en place d'un projet d'Education Thérapeutique en Psychiatrie. Pour m'aider à traiter du sujet, je souhaiterais obtenir votre avis sur l'Education Thérapeutique et sa place en service de psychiatrie, mais surtout quels sont les outils du cadre pour accompagner le changement auprès de l'équipe.

Je vous sollicite donc pour répondre au questionnaire ci-joint. Je viendrai le récupérer complété le 18 mars 2013.

En vous remerciant de l'intérêt que vous porterez sur le sujet traité, je vous remercie vivement de votre coopération. Si vous êtes intéressé, j'envisage au-delà des questionnaires, de réaliser des entretiens d'enquête auprès de cadres de proximité concernés par l'ETP dans leur service. Merci de notifier votre accord pour un éventuel entretien en fin de questionnaire.

Cordialement,

K. PIGNON,

ANNEXE 4 (bis)

Le questionnaire

Fonction : _____
Age _____ ans
Sexe : O F O M
Ancienneté d'exercice dans le service : _____ ans
Type de service _____

Savez-vous ce qu'est l'Education Thérapeutique du Patient ?

O Oui O Non

Si oui, pouvez-vous décrire en quelques lignes son intérêt et ses objectifs ?

Pensez-vous qu'elle a sa place en psychiatrie ?

O Oui O Non

Si oui, en quel lieu de soin ? (Cochez la ou les cases correspondantes. Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Service d'admission
(Unité d'hospitalisation temps plein) | <input type="checkbox"/> Hôpital de jours |
| <input type="checkbox"/> Unité de réhabilitation | <input type="checkbox"/> Centre médico-psychologique |
| <input type="checkbox"/> Appartement thérapeutique | <input type="checkbox"/> Visites à domicile |

Pensez-vous qu'il pourrait y avoir un intérêt à réaliser l'ETP depuis l'annonce du diagnostic de schizophrénie en service d'hospitalisation temps plein ?

O Oui O Non

Quels en seraient les enjeux selon vous ? (Argumentez votre réponse en quelques lignes succinctes)

Quel est pour vous le ou les outil(s) prépondérant(s) pour le manager dans la réussite de mise en place d'un projet d'ETP en service de psychiatrie ? (Unité Temps Plein)

(Une ou plusieurs réponses possibles, classez les réponses par ordre d'importance, en commençant en numéro 1 par ce qui est le plus important pour vous)

- Le temps
- La motivation
- La relation de confiance
- Autres : (précisez)

Quelles seraient pour vous les limites du cadre pour que l'ETP puisse être mis en place depuis une unité d'admission ? (Argumentez votre réponse en quelques lignes)

Quel est pour vous le terme à envisager pour concrétiser l'aboutissement d'un projet d'ETP en unité temps plein de psychiatrie adulte ?

1 semaine 1 mois 6 mois

1 an 2 ans

Autre :

(précisez) _____

L'ETP fait-il partie intégrante des soins proposés dans votre service ?

Oui Non

Si oui, combien d'infirmiers(ères) sont impliqués dans sa mise en application ? _____

Si non, pouvez-vous dire pourquoi ? (Argumentez votre réponse en quelques lignes)

Combien de personnes sont formées à

l'ETP ? _____

L'équipe soignante dont vous avez la responsabilité est composée de combien de personnes ?

Infirmiers(ères) _____

Aides-soignants(tes) _____

Si l'ETP fait partie des soins proposés dans votre service, à quelles difficultés avez-vous pu être confronté face à l'annonce de ce projet auprès de l'équipe ?

(Décrire en quelques lignes)

Si vous avez été confronté au refus d'adhésion à ce projet par certains membres de l'équipe, est-ce plutôt :

Des jeunes arrivants (moins de 6 mois de prise de fonction dans le service)

Des jeunes diplômés (moins d'un an de diplôme)

Des anciens (ancienneté dans le service à déterminer : _____ ans)

Pour vous, quelles personnes peuvent et doivent être impliquées dans ce projet ?

(Expliquez votre réponse en quelques lignes)

Si vous avez d'autres éléments à apporter merci de les notifier ci-dessous.

oooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooo

Mes sincères remerciements pour votre participation.

ANNEXE 5

Re transcription entretien 1

ANNEXE 6

Re transcription entretien 2

ANNEXE 7

Re transcription entretien 3

ANNEXE 8

Re transcription entretien 4

ANNEXE 9

Re transcription entretien 5

ANNEXE 10

Re transcription entretien 6