

Évaluation du fonctionnement interdisciplinaire d'équipes impliquées en éducation thérapeutique du patient par l'utilisation d'un questionnaire

Valérie Moulaire¹, Dominique Tonnerre², Carole Feral-Currière³, Corinne Colmel⁴, Rémi Gagnayre⁵ et Xavier de la Tribonnière^{6,*}

¹ Unité d'assistance respiratoire prolongée (UARP), hôpital Lapeyronie, CHU de Montpellier, 59250 Montpellier cedex 5, France

² Service d'algologie, hôpital St Eloi, CHU de Montpellier, 59250 Montpellier cedex 5, France

³ SSR Les Tilleuls 12450 Ceignac, Aveyron, France

⁴ Unité de diabétologie pédiatrique, CHU de Toulouse et association « Enfance, adolescence et diabète », 31059 Toulouse, France

⁵ Laboratoire éducations et pratiques de santé EA 3412, UFR Santé, médecine, biologie humaine, université Paris 13, 93017 Bobigny cedex, France

⁶ Unité transversale d'éducation du patient (UTEPE), CHU de Montpellier, 59250 Montpellier cedex 5, France

Reçu le 29 décembre 2016 / Accepté le 17 mai 2017

Résumé – Introduction : L'évaluation de l'interdisciplinarité (ID) est difficile et n'est qu'en partie abordée lors des évaluations des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP). **Objectif :** Évaluer la faisabilité et l'intérêt de l'utilisation d'une grille mesurant l'ID en ETP dans des équipes de soins, et évaluer les différences selon leur contexte. **Méthode :** Nous avons utilisé un auto-questionnaire spécifique ETP comportant 38 critères rassemblés en 4 domaines (projet ETP; structuration de l'équipe; communication autour de l'ETP; formation en ETP). Un score d'ID est défini par la somme des valeurs attribuées à chaque critère. Il a été distribué à chaque membre de 4 équipes en 2015 (assistance respiratoire et douleur chronique) et 2016 (diabète enfant et diabète en soins de suite et de rééducation [SSR]). Un comité de pilotage pluriprofessionnel par centre a réfléchi à des pistes d'amélioration. **Résultat :** Le taux global de retour des auto-questionnaires est de 76 %, et selon la profession est en général > 65 % (sauf psychologues et aides-soignants). Les scores globaux d'ID (/10) sont de 5,6 (assistance respiratoire), 8,02 (douleur), 8 (diabète enfant) et 6,94 (diabète SSR). Les scores par profession sont variables et plus ou moins homogènes selon les centres. Entre cinq et six pistes d'amélioration par site ont été établies. **Discussion et conclusion :** L'utilisation pédagogique de cet auto-questionnaire a été facile, pertinente et utile. Son renseignement favorise la mobilisation future des professionnels pour s'engager dans des améliorations. Les implications des médecins, des psychologues et des aides-soignants pourraient être renforcées. Les pistes d'amélioration sont complémentaires du rendu des évaluations quadriennales.

Mots clés : interdisciplinarité / éducation thérapeutique / ETP / équipe / évaluation

Abstract – Evaluation of the interdisciplinary functioning of teams involved in therapeutic patient education through the use of a questionnaire. Introduction: The evaluation of interdisciplinarity (ID) is difficult and is only partly addressed in program evaluations of therapeutic patient education (TPE) field. **Objective:** To evaluate the feasibility and value of using a grid measuring TPE in care teams and evaluate the differences according to their context. **Method:** We used a specific TPE self-questionnaire with 38 criteria gathered in four domains (TPE project, team structuring, communication around TPE, training in TPE). An ID score is defined by the sum of the values assigned to each criterion. It was distributed to each member of four teams in 2015 (respiratory assistance and chronic pain) and 2016 (child diabetes and diabetes in long stay hospitalization). A multi-professional steering committee for each center has thought about areas for improvement. **Results:** The overall rate of return of self-questionnaires is 76%, and by occupation, is generally > 65% (except psychologists and nursing aides). Overall scores of ID (/10) were 5.6 (respiratory assistance), 8.02 (pain), 8 (child diabetes) and 6.94 (diabetes in long stay hospitalization). The

* Auteur de correspondance : x-delatribonniere@chu-montpellier.fr

scores by occupation are variable and more or less homogeneous according to the centers. Between five and six improvement tracks per site have been established. **Discussion and conclusion:** The pedagogical use of this self-administered questionnaire was easy, relevant and useful. Its information promotes the future mobilization of professionals to engage in improvements. The implications of doctors, psychologists and nursing aides could be strengthened. Areas for improvement are complementary to the rendering of quadrennial assessments.

Keywords: interdisciplinarity / patient education / self-care / self-management / team / evaluation

1 Introduction

L'un des enjeux majeurs du fonctionnement d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) relève d'un « travailler ensemble » efficace de l'équipe porteuse. Cela demande une optimisation de l'organisation du soin éducatif, avec son lot de remises en question et d'adaptations. L'organisation est classiquement pluridisciplinaire avec une juxtaposition des tâches, chacun faisant sa part, et la somme représentant l'action aboutie. En ETP, il convient que certaines tâches soient davantage partagées et réalisées à plusieurs afin que la complexité du patient intégrant les sphères médicale, psychologique, sociale et professionnelle voire spirituelle soient au mieux appréhendées. Les professionnels interagissent avec leurs compétences propres, tout en reconnaissant celles des autres et en agissant en synergie. Cette collaboration demande des intrications et relève de ce qu'on appelle l'interdisciplinarité [1–4]. Pour mieux appréhender ce concept d'interdisciplinarité, nous choisissons la définition proposée par Hébert [5]: « Une équipe interdisciplinaire consiste en un regroupement de plusieurs intervenants, ayant une formation, une compétence et une expérience spécifique, qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne, en vue d'une intervention concentrée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches. L'interdisciplinarité exige une synthèse et une harmonisation entre les points de vue qui s'intègrent en un tout cohérent et coordonné ».

Les enjeux de l'interdisciplinarité s'envisagent au sein de l'équipe, dans les relations équilibrées des acteurs les uns avec les autres. En effet, ce concept pour être opérant nécessite des attitudes assez mûres et humbles de la part de chaque professionnel, faisant ainsi appel à une éthique du soin envers le patient mais aussi entre collègues [6–8]. Vis-à-vis du patient, l'interdisciplinarité aide à mieux répondre à ses besoins complexes par l'intervention combinée de plusieurs professionnels [4,9]. Elle permet ainsi une plus grande satisfaction du patient qui se sent considéré en tant que personne plutôt que réduit à son unique dimension organique. Elle contribue à une meilleure prise en compte de ses différentes aspirations et l'on peut ainsi considérer qu'elle participe à l'amélioration de sa qualité de vie.

L'interdisciplinarité est favorisée par l'acquisition des compétences nécessaires aux professionnels de santé pour mettre en œuvre l'éducation thérapeutique du patient [10]. La mobilisation de ces nouvelles compétences dans une équipe amène un changement progressif de l'identité du soignant qui devient peu à peu « soignant-éducateur » [11]. En effet, cette dynamique d'apprentissage et la fréquentation quotidienne d'autres professionnels différents engendrent une extension des champs d'intervention de chacun, une meilleure connaissance des tâches des autres intervenants, y compris de l'expertise du patient qui collabore avec l'équipe. La compétence

pédagogique, pourtant non naturelle chez le soignant, se développe progressivement auprès du patient. Il en découle un bénéfice pour le soignant, avec une meilleure satisfaction au travail et un éloignement du risque de surmenage professionnel [12].

Dans la pratique, le fonctionnement de l'équipe en interdisciplinarité n'est pas aisé : dans un contexte de moyens souvent insuffisants, il demande d'augmenter le niveau d'interactions avec davantage d'échanges entre les professionnels, de renforcer la cohésion dans l'équipe, d'assurer une bonne communication et une connaissance par chacun des rôles partagés, une transmission transversale des informations, une répartition des responsabilités entre les professionnels de différents métiers, un leadership responsable et démocratique, un climat positif de travail... [13–16].

La question actuelle est d'aider les équipes à tendre vers un fonctionnement interdisciplinaire. Les auto-évaluations annuelles et quadriennales qui visent à rassembler les équipes pour apprécier le fonctionnement de leur programme, n'abordent pas précisément ce sujet en tant que tel. En sus, il n'existe que très peu d'outils pratiques pour évaluer et améliorer spécifiquement l'interdisciplinarité dans une équipe. Tout au plus, il en existe deux à notre connaissance.

Le premier est un auto-questionnaire évaluant l'interdisciplinarité dans le soin en général, à partir de l'étude de 65 critères. Nommé IP65, celui-ci a été élaboré à Sherbrooke (Québec) et a été validé et publié en 2013 [17].

Le second auto-questionnaire a été proposé dans le champ de l'ETP pour évaluer le fonctionnement de l'équipe. Nous le nommerons questionnaire « ID ETP ». Cette grille comprend 38 critères et a été publiée en 2013 [4]. Elle permet de mesurer un degré d'interdisciplinarité du fonctionnement éducatif en équipe. Bien qu'elle ne soit pas encore validée scientifiquement, elle est d'emblée utilisable en tant qu'outil pédagogique. En effet, étant remplie par plusieurs membres de l'équipe, les réponses agglomérées sur chaque critère qu'elle contient permettent de mettre en évidence une tendance, à l'origine d'une discussion sur l'amélioration de la situation ciblée par le critère. Testée à deux reprises auprès d'une centaine de professionnels hospitaliers, les critères interrogés ont été stabilisés [4,18]. Son utilisation a confirmé son intérêt dans le cadre de formations-action auprès d'équipes éducatives [18].

Une enquête monocentrique exploratoire a montré que ce questionnaire ID ETP était plus pratique à utiliser dans le champ de l'ETP que le questionnaire québécois IP65 [19]. La comparaison de la facilité du remplissage de ces grilles et de leur intérêt perçu, a été réalisée sur un petit nombre de professionnels. Les résultats sont en faveur d'une validité de contenu de l'ID ETP (satisfaction des utilisateurs : 78 % *versus* 22 %), les raisons invoquées tenant au nombre de critères plus petit (38 au lieu de 65), plus spécifiques de l'ETP et aux intitulés plus compréhensibles par les professionnels français.

Tableau 1. Représentation professionnelle des équipes d'ETP et taux de retour des questionnaires par profession dans chacun des quatre programmes d'ETP.**Table 1.** Professional representation of TPE teams and return rate of questionnaires by occupation in each of the four TPE programs.

Nombre de professionnels par équipe (dénominateur) et nombre de questionnaires remis (numérateur)	Assistance respiratoire	Algologie	Diabétologie pédiatrique	Diabétologie en SSR	Total des professionnels sur total des questionnaires rendus
Médecin	3/3	3/6 (50 %)	4/4	0/1	10/14 (71 %)
Cadre de santé (CDS)	1/1	1/1		1/1	3/3
Infirmier (IDE)	13/15 (87 %)	6/6		4/4	23/25 (92 %)
Puéricultrice			3/3		3/3
Psychologue		0/1	0/1	0/1	0/3
Aide-soignant	4/9 (44 %)			2/3 (67 %)	6/12 (50 %)
Ergothérapeute				1/1	1/1
Diététicienne			2/2	0/1	2/3 (67 %)
Assistante sociale				1/1	1/1
Conseillère en économie sociale et familiale				1/1	1/1
Secrétaire				1/1	4/5 (80 %)
Total par site	21/28 (75 %)	10/15 (67 %)	12/13 (92 %)	11/15 (73 %)	54/71 (76 %)

L'usage de cette grille « ID ETP » n'ayant pas encore été investigué dans des équipes de soins portant un programme d'ETP, nous avons mené une étude qualitative visant à tester son utilisation dans des situations de soins différentes à des fins d'exploration de l'interdisciplinarité. Par ces situations diverses, nous partons du principe que l'interdisciplinarité est transversale et qu'elle peut être atteinte quelle que soit la structure de l'équipe. La question posée est celle de l'intérêt de l'utilisation d'une telle grille dans une équipe de soins portant un programme d'ETP pour améliorer son fonctionnement interdisciplinaire. On investiguera donc la faisabilité et l'intérêt pédagogique pratique d'un tel outil dans des contextes variés avec une analyse des différences de réponses sur chaque critère d'ID en fonction des contextes de soins.

2 Population et méthode

Cette recherche est de type qualitatif et exploratoire. Pour assurer une diversité qui correspond à un des critères de qualité de cette étude qualitative, quatre sites ont été choisis qui diffèrent de par leur spécialité médicale, leur organisation des soins, en hospitalisation classique ou en soins de suite et de réadaptation (SSR) et leur lieu : unité d'assistance respiratoire prolongée, d'algologie, de diabétologie pédiatrique en lien avec une association d'aide aux familles d'enfants diabétiques et un SSR polyvalent.

Dans les quatre situations, un programme d'éducation thérapeutique était mis en œuvre depuis au moins 4 ans. Une évaluation quadriennale avait été conduite, amenant à un renouvellement d'autorisation pour chacune des équipes. Notons que cette enquête a été réalisée dans les quatre cas, dans la période proche à cette évaluation quadriennale.

2.1 Présentation des équipes de soins

La composition des quatre équipes d'ETP est présentée dans le [Tableau 1](#). Les caractéristiques des unités porteuses des programmes sont précisées ci-dessous.

2.1.1 Assistance respiratoire

Le personnel soignant dans cette unité constitue une grande équipe de 28 professionnels de santé. Tous sont impliqués à des degrés divers dans la pratique de l'ETP. Cette unité comporte 12 lits de soins intensifs. Les patients accueillis sont principalement atteints de pathologies respiratoires ou neurologiques avec retentissement respiratoire (par exemple, myopathie, sclérose latérale amyotrophique). La grande majorité d'entre eux est prise en charge à la phase aiguë de la décompensation. Après stabilisation, un appareillage respiratoire est parfois nécessaire permettant au patient le retour à domicile avec des soins adaptés et une éducation. Un programme d'ETP a été mis en place en 2011 pour aider les patients insuffisants respiratoires appareillés à gérer au mieux leur assistance respiratoire et à développer leur autonomie. Les séances éducatives sont exclusivement individuelles. En raison de la pathologie présentée et des risques liés à l'assistance respiratoire, les objectifs éducatifs sont souvent sécuritaires mais d'autres objectifs d'adaptation sont aussi travaillés.

Parmi les infirmières, 14/15 ont bénéficié d'une formation en ETP (niveau 1 et plus). Parmi les aides-soignants, les deux tiers ont suivi une formation de niveau 1 en ETP.

Au moment de l'enquête, on notait un absentéisme d'une petite partie du personnel (congrès annuels ou maternité) ; de plus, certains membres de l'équipe exprimaient un manque d'implication (surtout des médecins et des aides-soignants).

2.1.2 Algologie

Le service d'algologie est une petite unité de six lits d'hospitalisation dans laquelle travaillent conjointement 15 professionnels de santé.

Les patients accueillis sont atteints de douleurs chroniques (principalement céphalées et migraines, rachialgies, polyalgies à type de fibromyalgie, douleurs psychosomatiques, douleurs neuropathiques).

Dans ce service, le programme d'ETP autorisé en 2011 propose des entretiens éducatifs réalisés en individuel ou en collectif. Parmi les infirmières, 5/6 sont formées à l'ETP par une formation de niveau 1.

L'équipe d'algologie est très impliquée en ETP, cette démarche étant réellement intégrée dans les soins. La publication récente d'un livre sur l'ETP et la douleur chronique témoigne de cet investissement [20].

2.1.3 Diabétologie pédiatrique

Le parcours de santé de l'enfant atteint d'un diabète de type I est assuré par deux structures complémentaires portant chacune un programme autorisé depuis 2010, complémentaire l'un de l'autre. Ceux-ci existaient depuis plusieurs années de façon moins formalisée, témoignant d'une culture ancienne dans la pratique de l'ETP :

- le service de diabétologie pédiatrique qui, avec 25 lits d'hospitalisation polyvalente (occupation autour de cinq lits par des enfants diabétiques), assure la prise en soin de l'enfant dès la découverte du diabète. L'éducation est initiée en individuel puis poursuivie au décours et complétée au besoin par une éducation axée sur la mise sous pompe à insuline ou sur une reprise éducative après incident ;
- l'association d'aide aux familles d'enfants diabétiques propose, dans le cadre d'un programme également autorisé en 2010, une éducation de groupe centrée sur les compétences d'autosoins et d'adaptation psychosociale. Des actions complémentaires d'accompagnement sont offertes aux parents, grands-parents et fratrie ainsi qu'une aide à l'intégration scolaire.

L'équipe éducative est composée de 13 professionnels de santé (unité hospitalière et association) dont les statuts et modes de fonctionnement sont variés (salariés du public et du privé, bénévoles). Au moment de l'enquête, 13/15 des professionnels de ces deux structures sont formés (niveau 1 et plus).

2.1.4 Diabétologie en SSR

Dans ce service de SSR polyvalent composé de 60 lits, l'équipe ETP est constituée de 15 professionnels impliqués en ETP.

Le programme d'ETP est destiné à des patients diabétiques de type II suivis en hospitalisation de jour. Le programme est autorisé depuis 2012 et le service réalise au minimum trois sessions collectives par an. Parmi les professionnels, la moitié (7/15) sont formés à l'ETP.

2.2 Technique de recueil

Le questionnaire ID ETP est composé de six parties [4,18] (disponible sur demande à x-delatribonniere@chu-montpellier.fr) :

- des données démographiques caractérisant la personne (métier, ancienneté, implication dans le programme, formation en ETP...);

- des questions interrogeant 38 critères d'évaluation, classés en quatre domaines: le projet, sa construction et son développement, la structuration de l'équipe, la communication autour de l'ETP et la formation en ETP.

Les critères du domaine « projet », impliquant la co-construction du programme en équipe, permettent d'évaluer les ressources humaines et matérielles ainsi que le sentiment des professionnels vis-à-vis du programme. En ce qui concerne le champ « structuration de l'équipe », les critères mesurent l'homogénéité de l'implication de l'équipe, sa cohésion et ses forces. Les éléments du domaine « communication » concernent tant les outils de la communication interne que les liens avec l'extérieur. Enfin, le domaine de la « formation » permet d'évaluer le degré de compétence de l'équipe et de visualiser l'implication institutionnelle et personnelle concernant ce champ.

La mesure de l'intensité de l'expression de chaque critère est évaluée sur une échelle de Likert à quatre positions, « absente », « faible », « modérée », « élevée ».

Certaines questions ont nécessité des explications de la part de l'investigateur principal (notamment, les items « si projet de recherche associé, implication personnelle dedans », « sentiment de reconnaissance institutionnelle du programme » ou « force et caractère démocratique du leadership »).

Une quantification des résultats par critère a été effectuée en attribuant la valeur 0 à la réponse « absente », la valeur 1 à la réponse « faible », la valeur « 2 » à la réponse « modérée » et la valeur 3 à la réponse « élevée ». Un score additionnel a été calculé pour chaque domaine.

Les quatre domaines étant équivalents en termes d'importance, la note de chacun d'eux est ramenée sur 10. Cette opération correspond à une pondération. En d'autres termes, le poids théorique de chaque domaine est considéré comme équivalent, quel que soit le nombre de critères ayant servi à la quantifier. Le score global d'interdisciplinarité résulte de la somme des scores pondérés de chaque domaine, divisé par 4.

2.3 Déroulement de l'enquête

Les coordonnateurs de chacun des programmes sur les quatre lieux ont mené l'étude dans leur site : ils ont assuré la distribution des questionnaires avec explication de l'objectif de l'étude, expliqué la façon de remplir la grille, recueilli les documents, assuré l'exploitation des résultats puis ont mené l'analyse.

Cette dernière a été assurée dans chaque site par un comité de pilotage (Copil) interdisciplinaire composé comme suit :

- assistance respiratoire : le coordonnateur (médecin), une infirmière, un cadre de santé, l'aide-soignante ;
- algologie : le coordonnateur (IDE), un IDE et un médecin ;
- diabétologie pédiatrique : le coordonnateur (médecin), un cadre de santé ;
- diabétologie en SSR le coordonnateur (médecin), un cadre de santé, un IDE.

Chaque professionnel dans les sites se sont vus remettre un questionnaire qu'ils ont rempli pour la plupart et rendu à

l'investigateur. La durée de renseignement du questionnaire a été d'environ 15 minutes en moyenne.

2.4 Technique d'analyse

2.4.1 Analyse par site

Les résultats synthétisés dans chaque centre ont été analysés par chaque Copil, à la fois par domaine et par profession. Le renseignement des questionnaires s'est échelonné dans les quatre lieux, entre avril et juillet 2015 pour les programmes sur l'assistance respiratoire et l'algologie, et entre février et avril 2016 pour ceux sur la diabétologie pédiatrique et la diabétologie en SSR. À l'issue de ces calculs, le Copil de chaque centre s'est réuni, a analysé les résultats et a constaté des points forts et des points à améliorer dans l'organisation. Ces éléments ont ensuite été transmis à l'ensemble de l'équipe.

2.4.2 Analyse globale

Une analyse globale a été effectuée. L'ensemble des résultats a été revu par cinq des six auteurs de cette étude afin de retirer des enseignements plus généraux et d'assurer ainsi une meilleure confirmabilité de l'étude pour pouvoir au final répondre à la question de départ.

3 Résultats

3.1 Remplissage et retour des questionnaires

Le [Tableau 1](#) montre le taux de retour des questionnaires distribués par profession et par site.

Le taux global de retour des questionnaires distribués se situait entre 67 % (assistance respiratoire) et 92 % (diabète en pédiatrie), soit en moyenne 76 %.

Les taux de retour par profession étaient globalement moins bons que celui des IDE (92 %), pour les psychologues (0 % [0/3]), les aides-soignants (50 %), les diététiciennes (67 %) et les médecins (71 %).

Le taux de renseignement des critères était élevé. Les items non remplis sont souvent les mêmes dans chaque centre et concernent principalement la fréquence des réunions d'équipe (domaine de la communication) et le sentiment de compétence personnelle à la pratique de l'ETP (domaine de la formation). Dans deux des quatre centres (diabétologie pédiatrique et diabétologie en SSR), d'autres items non renseignés étaient ceux ayant trait au dossier médical informatisé (domaine du projet). Ceci peut s'expliquer par l'informatisation non uniforme sur toutes les unités concernées.

3.2 Résultats par critères d'ID

Les résultats globaux par critère sont montrés dans la [Figure 1](#). La grande taille de l'équipe portant le programme « assistance respiratoire » explique probablement des résultats un peu inférieurs en comparaison aux trois autres centres. Il apparaît que les domaines du projet, construction et moyens sont plus faibles dans un des quatre centres (assistance respiratoire), probablement en raison du grand nombre de personnes concernées dans ces équipes. Le taux élevé de structuration de l'équipe, de communication et de formation se

retrouve dans deux programmes (algologie et diabète pédiatrique) mais cela ne semble pas impliquer automatiquement un taux élevé quant au domaine du projet, construction et moyens (un peu plus faible en diabétologie pédiatrique par rapport à l'algologie).

En synthèse, la moyenne des scores obtenus pour les quatre domaines par centre sont les suivants : assistance respiratoire (5,6), algologie (8,2), diabétologie pédiatrique (8), diabétologie en SSR (6,94).

Dans la [Figure 2](#), les résultats sont affichés par critères et professions dans chacun des lieux et représentés sous la forme d'une cible.

Les résultats par profession sont les suivants : médecins (6,75 ; $n=10$), IDE et IDE puéricultrices (7,35 ; $n=26$), cadre de santé (CDS) (7,05 ; $n=3$), aides-soignants (5,57 ; $n=6$) et autres (7,47 ; $n=9$: administratifs, diététiciennes, conseillère en environnement).

3.3 Analyse qualitative du fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe

Les Copil dans chaque centre se sont réunis à la suite de cette enquête et ont décidé de mettre en place des actions afin d'améliorer le fonctionnement interdisciplinaire. L'intérêt pratique ne réside pas dans le score global mais bien dans l'analyse fine des items. Ainsi, chaque item a été analysé en particulier et une solution a été proposée chaque fois que le score obtenu était bas.

Des exemples sont ici présentés, découlant directement de l'analyse des critères mentionnés dans le questionnaire :

- un score bas dans l'item « implication de patients ou association de patient dans la co-construction du programme » a permis aux équipes de favoriser la participation des patients au programme. L'assistance respiratoire propose d'inclure un patient dans le Copil, l'algologie de constituer une liste de patients ressources pour pallier au manque d'association. En diabétologie de l'enfant, la participation de parents à l'autoévaluation est décidée ;
- le « lien avec l'extérieur du centre hospitalier avec les soignants de ville » insuffisamment noté, a encouragé les équipes à favoriser les liens avec l'extérieur : en algologie afin de faire connaître le programme au sein de l'hôpital (plaquettes, invitation à d'ateliers) ou auprès des médecins généralistes par l'intermédiaire des courriers. En diabétologie en SSR, le resserrement des liens en ETP avec les hôpitaux locaux est évoqué. En diabétologie pédiatrique, la visibilité du parcours de santé de l'enfant au sein de l'hôpital est à améliorer et les liens entre l'unité hospitalière et l'association, à resserrer ;
- concernant l'accès à l'outil informatique, une formation est demandée pour des aide-soignants en assistance respiratoire. L'acquisition d'un nouveau logiciel portant un module ETP dans le dossier informatisé du patient est prévu en diabétologie pédiatrique ;
- enfin, pour ce qui est de la communication à l'intérieur de l'équipe, la réflexion commune augmente les échanges en ETP entre les membres des équipes. La formation d'équipe tient une place importante. Ainsi, une telle formation-action en ETP est prévue en diabétologie en SSR (réunissant l'équipe pendant huit jours étalés sur deux

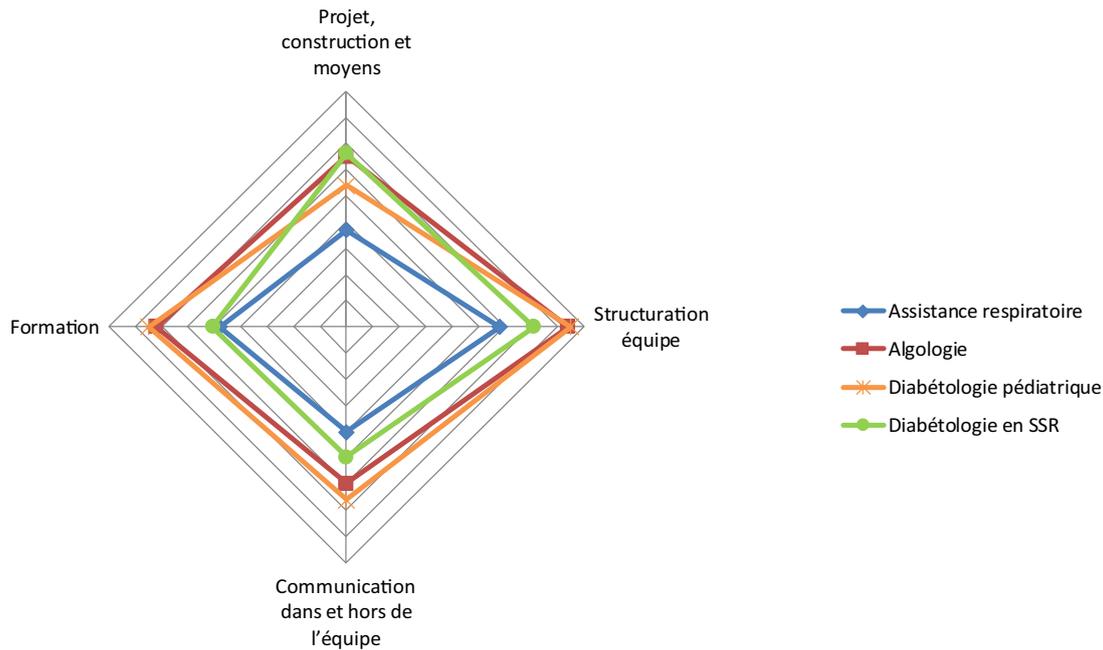


Fig. 1. Représentation graphique des moyennes des sommes pondérées des critères par domaine et par centre ; représentation sous la forme d'une cible (les scores obtenus sont présentés sur 10 ; au centre, valeur=1, en périphérie, valeur=10).

Fig. 1. Graphical representation of the sum means of the weights for each criterion by domain and by center; representation in a target form (the scores obtained are presented on 10, in the center, value = 1, on the periphery, value = 10).

mois), et en assistance respiratoire. Dans ce dernier lieu, l'équipe met aussi en place des journées de formation pratique sur les pathologies et l'assistance respiratoire en tant que telle pour le personnel. Pour deux programmes, la formation de tel ou tel soignant est évoquée, y compris la secrétaire dans un site ;

- d'autres améliorations des programmes peuvent être émises lors de l'analyse en commun, comme cela a pu être le cas dans différents services, comme la création d'ateliers collectifs en assistance respiratoire, de questionnaires de satisfaction pour la diabétologie en SSR, l'augmentation du nombre de réunions autour de l'ETP en assistance respiratoire, le recrutement préférentiel en diabétologie en SSR des nouveaux agents préalablement formés à l'ETP, ou la mise à disposition de salles supplémentaires pour les ateliers collectifs en algologie.

Les difficultés mises en évidence n'avaient pas toutes été autant appréciées lors des récentes évaluations quadriennales réalisées dans chaque centre (entre quelques mois et 1 an avant). Les axes d'améliorations n'avaient donc pas été formalisés de la sorte, comme après ce travail basé sur l'enquête évaluant l'interdisciplinarité.

4 Discussion

Cette étude a permis de répondre à la question de départ : l'autoévaluation de l'interdisciplinarité par chaque membre d'une équipe éducative à l'aide de la grille ID ETP est faisable et utile, si l'on se réfère à la possibilité qu'ont montré les équipes de déterminer des axes d'amélioration en fonction de

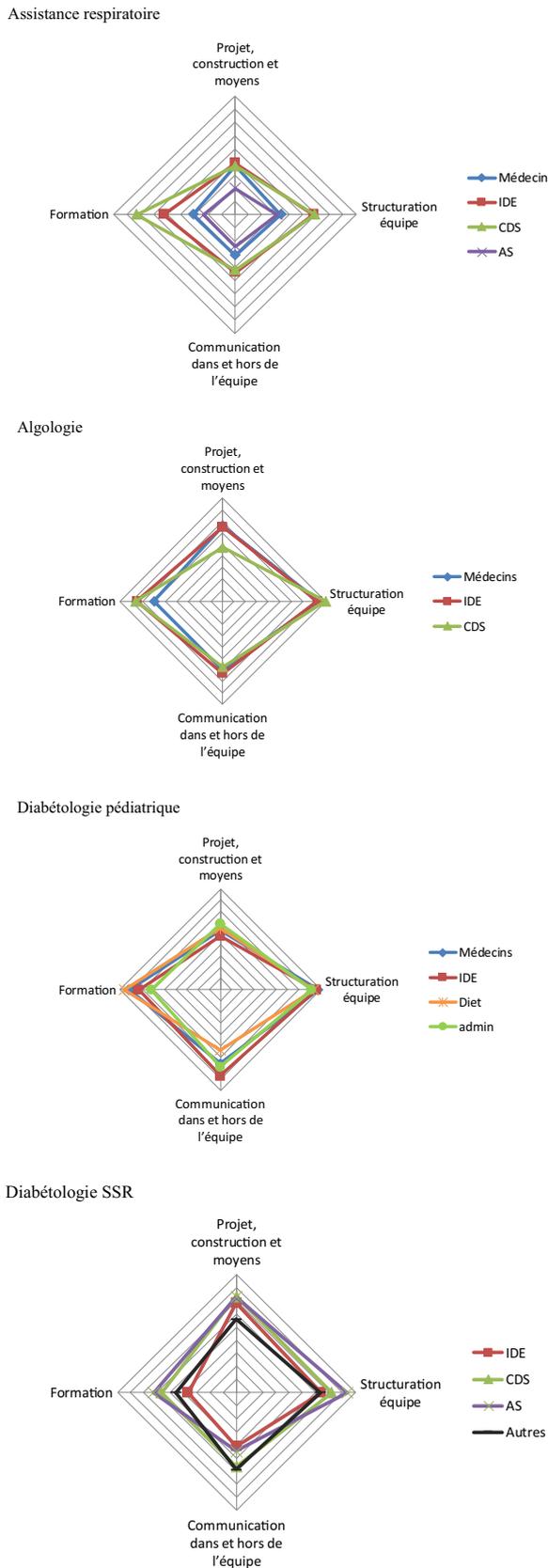
critères jugés insuffisants. De plus, l'outil a permis de mettre en évidence des différences en termes de fonctionnement interdisciplinaire entre chaque site, selon chaque profession et par domaine.

Une réflexion collective des Copil dans chaque équipe sur les résultats obtenus a permis de mettre rapidement en évidence des possibilités d'amélioration de l'organisation du processus éducatif.

Pour conforter la pertinence du questionnaire, l'équipe du SSR de Ceignac a mené en parallèle une étude comparative avec le questionnaire plus généraliste (IPC 65 de Sherbrooke), non ciblé sur l'ETP mais validé scientifiquement [17]. Le questionnaire IPC 65 cible 65 critères contre 38 pour le questionnaire ID ETP. Toutefois, les deux questionnaires évaluent des domaines comparables : la communication, la formation, les ressources... en interrogeant sur les pratiques de l'institution et des professionnels. L'analyse des résultats des deux questionnaires a permis de retrouver des tendances parallèles, ce qui nous permet de consolider les résultats du questionnaire ID ETP.

Sans être optimal, le taux de retour des questionnaires (74 % dans un centre, entre 90 et 100 % dans les trois autres) et le taux de réponses aux questions sont considérés comme satisfaisants. Le plus faible retour pour le programme « assistance respiratoire » s'explique probablement par la grande taille de l'équipe (absence du personnel pendant la période concernée, pour congé annuel ou congé maternité) et sans doute aussi, par un manque d'implication de certains professionnels.

Même si on ne peut écarter un effet de désirabilité sociale des équipes par rapport aux promoteurs de l'étude, les réflexions par équipe engendrées par le remplissage de l'auto-questionnaire montre un intérêt certain pour cet outil.



Les résultats obtenus permettent de mettre en évidence des différences en termes de fonctionnement interdisciplinaire entre les sites, de même que des différences par professions et par domaines :

- concernant les scores globaux d’interdisciplinarité par site, on note de meilleurs résultats sur les quatre domaines pour les programmes algologie et diabétologie pédiatrique. Ceci peut s’expliquer par la forte implication de ces deux équipes depuis une longue période dans la démarche de l’ETP et par le fait que cette démarche fait partie intégrante du soin. Celui de la diabétologie en SSR paraît un peu inférieur, peut-être en raison d’un taux de formation en ETP optimisable. Le score obtenu par le programme sur l’assistance respiratoire est plus bas, très probablement car l’équipe est de grande taille. Or, l’on sait qu’une grande équipe a davantage de difficultés à fonctionner sur un mode interdisciplinaire : la taille idéale d’une équipe interdisciplinaire se situant autour de huit personnes [21]. Les trois autres équipes sont plus petites et tournées vers les soins chroniques. Par conséquent, leur fonctionnement interdisciplinaire s’en trouve facilité. De plus, la culture en ETP de ces trois équipes est grande (la diabétologie est précurseur en ce domaine ; l’équipe d’algologie a publié un livre sur l’ETP [20]) ;
- concernant les réponses par profession, il apparaît que l’équipe la plus homogène sur le travail de l’ETP est celle de la diabétologie pédiatrique, puis celle d’algologie, de diabétologie en SSR et de l’assistance respiratoire. Les explications sur les meilleurs résultats peuvent tenir à la petite taille des équipes concernées et à leur forte implication dans leur programme d’ETP, comme expliqué ci-dessus.

D’autres points sont prégnants :

- l’étude par catégorie professionnelle :
 - les résultats moindres en termes d’interdisciplinarité des médecins peuvent rendre compte d’une distance plus grande par rapport à la pratique de l’ETP, en comparaison avec celle des infirmières et des cadres de santé. Les aides-soignants uniquement considérés dans le programme assistance respiratoire sont également moins impliqués dans la démarche éducative (mais ce dernier fait n’est pas retrouvé dans le programme diabétologie en SSR). Les taux de réponse dans chacun des quatre domaines explorés et pour tous les critères sont moins importants pour ces deux catégories professionnelles (sauf pour les médecins dans la construction du programme et les aides-soignants dans la vie de l’équipe). Ces résultats sont congruents avec ce qui est décrit par ailleurs : les médecins s’impliquent généralement plus tardivement dans le programme éducatif et ont souvent des difficultés à trouver leur

Fig. 2. Moyennes des sommes pondérées des critères par domaine, par profession et par centre ; représentation sous la forme d’une cible (les scores obtenus sont présentés sur 10 ; au centre, valeur= 1, en périphérie, valeur= 10).

Fig. 2. Averages of the weights of each criterion by domain, occupation and center; representation in a target form (the scores obtained are presented on 10, in the center, value= 1, on the periphery, value= 10).

place [22]. Ceci peut sans doute relever de leur identité professionnelle et la conception qu'il s'en font, en raison de leur formation initiale qui met moins l'accent sur le travail en équipe que celles que suivent les paramédicaux. Les aides-soignants quant à eux se sentent souvent moins légitimes et moins compétents dans la pratique de l'ETP. Pourtant, l'implication pour ceux qui le souhaitent paraît possible notamment dans des activités de groupe en co-animation. Elle apparaît salutaire et facteur d'épanouissement professionnel [23–24],

- les cadres de santé investissent favorablement leur rôle de leadership dans les programmes. Le fonctionnement du programme est facilité par cet investissement. Notons que dans l'unité d'algologie, le cadre venait d'arriver dans son poste au moment de l'étude et n'a pu incarner dès le début ce rôle de leadership, qu'elle a ensuite développé rapidement,
- les IDE peuvent se sentir moins impliquées dans la construction du programme. Le classique *turn-over* dans cette profession, expliquant que les jeunes IDE n'ont pu participer à sa construction, pourrait être évoqué [25]. Cependant, celui-ci n'a pas été si important dans nos quatre centres, les effectifs étant restés assez stables à part en algologie (25 % sur 4 ans). L'explication pourrait donc être aussi une invitation insuffisante des IDE par les médecins et les CDS au moment de la co-construction, ceux-ci étant souvent à l'initiative de ce projet,
- les trois psychologues n'ont pas rendu les questionnaires distribués. L'explication repose sur une distance affirmée de ces professionnels vis-à-vis de la pratique de l'ETP, préférant se mettre un peu à distance sans être absent. Ceci corrobore des travaux sur la position des psychologues au sein d'équipe éducative, qui ressentent parfois des difficultés à trouver leur place dans un programme d'ETP en raison de leur approche théorique [26],
- il est intéressant de voir que la représentation de chaque professionnel sur le travail des autres n'est pas forcément cohérente avec l'autoévaluation que ces derniers en font. Par exemple, les aides-soignants et les IDE ressentent les médecins comme plutôt autonomes et compétents dans l'accomplissement de leurs tâches éducatives alors que ceux-ci se sentent globalement peu autonomes par rapport à leur hiérarchie et peu compétents en ETP. Ce ressenti peut s'expliquer par l'image que renvoient les médecins auprès de ces autres professions : celle de décideurs, de prescripteurs et de personnes souvent à l'origine des projets de l'équipe. Or, dans le domaine de l'ETP, la pratique est soutenue principalement par le personnel paramédical et les médecins ne s'investissent dans la pratique éducative généralement que dans un second temps ; ils ne sont de ce fait, en général, pas les premiers à se former. D'autre part, les paramédicaux ne s'autorisent pas toujours à faire prévaloir leurs compétences face au monde médical. Pour répondre à cette asymétrie, il est reconnu que si chacun exprime la représentation qu'il a de lui-même et des autres, une reconnaissance du rôle de chacun s'instaure sur ce sujet [11];

- l'analyse par domaine (projet, équipe, communication, formation) : les scores sont meilleurs dans les équipes d'assistance respiratoire, d'algologie et de diabétologie pédiatrique, pour les deux domaines suivants : vie de l'équipe et formation en ETP. On constate en effet une forte volonté de développement de l'ETP dans ces unités et une politique active de formation de tous les membres de l'équipe, certains ayant suivi d'ailleurs un diplôme universitaire. Les scores sur la construction du programme et sur la communication autour de l'ETP sont un peu inférieurs. La construction du programme nécessite en effet beaucoup de temps et n'est jamais terminée. Ces scores un peu inférieurs s'expliquent peut-être par le fait que la co-construction n'a pas été réalisée au départ autant en équipe que cela devrait l'être en théorie : souvent, elle est soutenue par un Copil qui ne revient pas assez souvent vers l'équipe toute entière. De même, bien communiquer entre professionnels en ETP est souvent difficile, principalement en raison du manque de temps et l'appropriation relative de l'outil informatique spécifique de l'ETP [27]. Dans le programme sur le diabète pédiatrique, la communication est rendue difficile entre l'équipe hospitalière et l'association en raison de la séparation géographique de ces deux organisations ; de plus, il n'existe pas de dossier informatisé commun. Cette constatation est légèrement différente pour la diabétologie en SSR où la construction du programme paraît plus solide, bien que le taux de formation en ETP soit inférieur. Ceci peut s'expliquer par la petite taille de la structure avec une bonne communication, peu de hiérarchie, un bâtiment bien agencé et beaucoup de moyens déployés par la direction (cuisine thérapeutique, parcours de santé...);
- la détermination des points forts et des points à améliorer dans chaque site

À partir de ces résultats, les Copil de chaque centre ont mis en évidence des points forts et des difficultés, avec des pistes pour l'action en vue d'une amélioration du fonctionnement interdisciplinaire.

Il est intéressant de voir que ce travail s'est fait pour les quatre équipes, dans la période de l'évaluation quadriennale ou juste après. Les pistes pour l'action mises en évidence à l'occasion des évaluations quadriennales ont été, dans les quatre cas, enrichies de nouvelles, grâce à ce questionnement sur l'interdisciplinarité.

Ainsi, nous faisons l'hypothèse que cette technique d'autoévaluation sur le fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe pourrait aider au travail de l'évaluation quadriennale.

La rapidité et la facilité de l'autoévaluation individuelle et collective de l'interdisciplinarité *via* un questionnaire pourrait réduire le caractère chronophage et fastidieux de cette évaluation, souvent déclaré par les acteurs [28,29]. Également, les adaptations du programme en relation avec les organisations de soins permettent d'assurer une pérennité plus grande [18].

Renseigner un tel questionnaire semble aussi intéressant comme préparation à la mise en action. Les personnes ainsi interrogées paraissent alors sensibilisées aux différents aspects du sujet et prennent conscience des forces et des faiblesses concernant l'équipe ou eux-mêmes. Ils semblent davantage perméables et motivés à l'idée du travail collectif propre à

l'ETP et à la nécessité d'actions d'amélioration destinées à augmenter le fonctionnement interdisciplinaire.

Un autre intérêt de cette méthode serait de rendre possible de façon assez objective, la mise en évidence de l'évolution dans le temps du fonctionnement interdisciplinaire d'une équipe, cette enquête pouvant être répétée, notamment à l'occasion des autoévaluations annuelles et quadriennales.

Notre étude présente quelques limites. Dans un souci de diversité, nous avons choisi quatre centres aux spécialités et modalités de fonctionnement différentes. Des moyens limités pour notre étude expliquent ce choix réduit à quatre équipes hospitalières, sans inclure de sites en médecine de ville.

Également, seules trois types de pathologies ou thématiques de santé sont interrogées. La mesure a été ponctuelle et mériterait d'être reproduite pour davantage de fiabilité. La majorité du personnel des équipes a participé à l'enquête, mais moins dans un centre (assistance respiratoire). Enfin, l'intitulé de certains critères interrogés n'a pas toujours été clair, nécessitant des explications de l'investigateur. Pourtant, la grille avait déjà été testée auparavant auprès d'une centaine de professionnels [4,18]. Enfin, le questionnaire ID ETP n'est pas encore validé du point de vue de son contenu.

5 Conclusion

L'interdisciplinarité est un concept utile et nécessaire pour favoriser un fonctionnement optimal dans une équipe impliquée dans l'éducation thérapeutique.

Grâce à l'utilisation d'une grille adaptée, nous avons pu évaluer ce niveau de fonctionnement au sein de quatre lieux hospitaliers portant des programmes d'ETP évoluant depuis au moins 4 ans. L'utilisation aisée de cet auto-questionnaire ID ETP à 38 critères permet une analyse rapide du fonctionnement interdisciplinaire dans une équipe. Après analyse des freins et des leviers définis par ces réponses, il en découle la possibilité de réajustements pouvant être mis en œuvre dans un but constant d'amélioration du projet d'éducation.

On constate une bonne adhésion du personnel aux décisions d'évolutions du programme décidées en comités de pilotage interdisciplinaires, en raison de l'implication initiale demandée à chacun par son auto-questionnement et le remplissage de cette grille.

L'usage de cet outil peut être proposé au sein des équipes intéressées, dans un but d'évaluation formative et d'amélioration de l'interdisciplinarité, notamment dans le cadre de leur évaluation quadriennale.

Il restera dans le futur à valider scientifiquement le questionnaire ID ETP afin d'en accroître sa pertinence à mesurer au mieux le fonctionnement interdisciplinaire d'une équipe en ETP.

Conflits d'intérêts. Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

Références

1. Morin E. Sur l'interdisciplinarité. Bulletin interactif du Centre international de recherches et études transdisciplinaires

[Internet]. 1994 [cité 11 févr. 2012]; disponible sur : <http://basarab.nicolescu.perso.sfr.fr/ciret/bulletin/b2c2.htm>.

2. Sheehan D, Robertson L, Ormond T. Comparison of language used and patterns of communication in interprofessional and multidisciplinary teams. *J Interprof Care* 2007; 21(1):17–30.
3. Mosnier-Pudar H. Éducation thérapeutique : intérêt d'une équipe multidisciplinaire. In: *Éducation thérapeutique, prévention et maladies chroniques*, Simon D, Traynard P-Y, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A (Eds), Paris : Masson Elsevier ; 2014, p. 320.
4. de la Tribonnière X, Gagnayre R. L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d'évaluation. *Ther Patient Educ* 2013; 5(1):163–176.
5. Hébert R. Définition du concept de l'interdisciplinarité. Communication au colloque «De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité». Québec, 4 avril 1997.
6. Lassaunière J-M. Interdisciplinarité et clinique du soin. *Med Palliat Soins Support Accompagnement Éthique* 2008; 7(4): 181–185.
7. Joly C, Lainé A, Catan A. L'interdisciplinarité : une visée, une nécessité et une exigence au service du malade. *Éthique Sante* 2011; 8(3):119–124.
8. Choi BCK, Pak AWP. Multidisciplinary, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies of enhancement. *Clin Invest Med* 2007; 30(6):E224–232.
9. Wiecha J, Pollard T. The interdisciplinary eHealth team: chronic care for the future. *J Med Internet Res* 2004; 6(3):e22.
10. Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient. 2010 906 août 2, 2010.
11. Roussel S, Deccache A. Représentations variées des concepts en éducation thérapeutique du patient chez les professionnels de soins de santé : réflexions et perspectives. *Ther Patient Educ* 2012; 4(2):S401–408.
12. Estryn-Behar M, Lassaunière J-M., Fry C, de Bonnières A. L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en onc-hématologie et en gériatrie. *Med Palliat Soins Support Accompagnement Éthique* 2012; 11(2):65–89.
13. Choi BCK, Pak AWP. Multidisciplinary, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clin Invest Med* 2006; 29(6):351–364.
14. Choi BCK, Pak AWP. Multidisciplinary, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 3. Discipline, inter-discipline distance, and selection of discipline. *Clin Invest Med* 2008; 31(1):E41–48.
15. Euller-Ziegler L, Ziegler G. Qu'est-ce qu'une approche multidisciplinaire? Définition, cadre de soins, problématique. *Rev Rhumatol* 2001; 68:126–130.
16. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care* 2005; 19(1):8–20.
17. Bédard SK, Poder TG, Larivière C. Processus de validation du questionnaire IPC65 : un outil de mesure de l'interdisciplinarité en pratique clinique. *Sante Publique* 2013; 25(6): 763–773.
18. de la Tribonnière X. Mesurer et améliorer l'interdisciplinarité dans le cadre de formations d'équipes soignantes à l'éducation thérapeutique. *Sante Educ* 2014; 2:19–22.

19. Feral-Curriere C. Comment optimiser l'interdisciplinarité dans une équipe? [Mémoire de diplôme universitaire, « Éducation pour la santé des patients, éducation thérapeutique »]. Montpellier; 2016.
20. Ginies P, Kong A, Siou D, Boesch G. Éducation thérapeutique autour du patient douloureux chronique. Marseille : Les éditions Méditerranée 2013, 225 p.
21. Mucchielli R. Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective. 13^e éd. Thiron : ESF Editeur ; 2012, 203 p.
22. Rey C, Verdier E, Fontaine P, Lelorain S. Renforcer l'implication des médecins hospitaliers en éducation thérapeutique : pistes pour la formation continue et l'accompagnement d'équipe. Ther Patient Educ 2016; 8(1):10105.
23. Chambenois L. «Un voyage de mille pieds commence toujours par un pas...» (Lao Tseu). Sante Educ 2014; 1:10–11.
24. Liautaud S, Lepreux A, Florisse P, Gelis A. Une nouvelle ère participative. In: 14^{ème} Journée régionales d'échanges sur l'éducation du patient, 3,4 avril 2016, Montpellier (poster). 2016, p. 55.
25. Davaut A, Bally A, Gachet X, De la Tribonnière X. Pérenniser l'éducation thérapeutique dans un service de néphrologie-dialyse, malgré le turn-over du personnel. Sante Educ 2014; 3:5–7.
26. Léger P, Garnier P-H., Bauer D, Pialoux V, Le Hélias L, Iguenane J, *et al.* Expériences de psychologues cliniciens en éducation thérapeutique. Ther Patient Educ 2012; 4(1):23–28.
27. De la Tribonnière X, Ait El Mahjoub B, Fabre S, Tixador P, Morquin D, Jonquet O. Favoriser l'interdisciplinarité dans l'équipe par le partage des données éducatives à l'aide d'un dossier éducatif transversal informatisé en éducation thérapeutique du patient. 5^{ème} Congrès international de la Société européenne d'éducation thérapeutique (SETE), 2014, Paris.
28. De la Tribonnière X, Chauvin F, Pellecchia A, Ait El Mahjoub B. Compte rendu du séminaire national des UTEP, 10 novembre 2015, Montpellier. Sante Educ 2016; 2:27–35.
29. de la Tribonnière X, Certain A, Pennel MP, Pugliese S, Achart-Delicourt V, Simon A. Regard sur les programmes ETP VIH en France : enquête nationale sur les évaluations quadriennales. In: XVI^{ème} Congrès de la Société française de lutte contre le sida (SFLS). Nantes ; 2015.

Citation de l'article : Moulaire V, Tonnerre D, Feral-Currière C, Colmel C, Gagnayre R, de la Tribonnière X. Évaluation du fonctionnement interdisciplinaire d'équipes impliquées en éducation thérapeutique du patient par l'utilisation d'un questionnaire. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2017; 9:10104.