

Article original/Original article

L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d'évaluation

Xavier de la Tribonnière^{1*}, Rémi Gagnayre²

¹ Unité transversale d'éducation du patient (UTEP), CHU La Colombière, Pavillon 23 Les Troènes, avenue Charles Flahault, 34295 Montpellier Cedex 5, France

² Laboratoire de pédagogie de la santé, UPRES 3412, UFR SMBH Léonard de Vinci, Université Paris 13, France

(Reçu le 14 janvier 2013, accepté le 27 mars 2013)

Résumé – Introduction : En France, la pratique de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) se conçoit en équipe. Dans ce cadre, les interrelations complexes entre professionnels peuvent être décrites par divers concepts qui restent polysémiques : pluri, inter ou transdisciplinarité, ainsi que pluri, inter ou transprofessionnalité. **Objectifs :** Il s'agit de définir le concept qui correspond le mieux à la pratique de l'ETP. Au travers de la littérature, le choix de l'interdisciplinarité nous conduit à déterminer des critères permettant de la caractériser et de l'évaluer. **Méthodes :** Une recherche bibliographique a été menée de mai à novembre 2012 à partir de plusieurs sources et bases de données, de journaux spécialisés francophones en ETP mais non référencés, ainsi que du moteur de recherche Google. Parmi environ 200 ouvrages, articles, documents et communications, 87 ont été retenus à partir de plusieurs critères. **Résultats :** La nature des relations qui sont développées entre les disciplines varie de la simple juxtaposition (pluridisciplinarité) à l'intégration (transdisciplinarité), en passant par l'interaction (interdisciplinarité). L'interdisciplinarité est préférée à l'interprofessionnalité en raison des disciplines médicales et sociales qui se côtoient dans une équipe hospitalière. Si l'interdisciplinarité offre de nombreux bénéfices pour le patient et les soignants, elle n'en présente pas moins un certain nombre de risques. Une liste de 36 critères d'évaluation de l'interdisciplinarité en ETP est proposée. Nous les classons en quatre domaines : le projet, sa construction et son déploiement ; la structuration de l'équipe ; la communication autour de l'ETP ; la formation en ETP. **Discussion et conclusion :** Si l'interdisciplinarité est le concept le plus adapté à la description de la pratique de l'ETP en équipe, il n'en existe pas moins, du fait de l'hétérogénéité des temps éducatifs et des modes de fonctionnement de chacun, un continuum entre mono, pluri, inter et transdisciplinarité. De plus, l'évaluation de l'interdisciplinarité en ETP par 36 critères nécessite de définir leur possibles pondération et associations. L'enjeu en est la possibilité d'améliorer le fonctionnement des équipes de soins dans la pratique de l'ETP.

Mots clés : éducation thérapeutique / éducation du patient / interdisciplinarité / pluridisciplinarité / transdisciplinarité / interprofessionnalité / équipe

Abstract – Interdisciplinarity in patient education: from concept to proposal of evaluation criteria. Introduction: In France, therapeutic patient education (TPE) is practiced in team. In this context, the complex interrelationships between professionals can be described by various polysemic concepts: multi, inter and transdisciplinary and multi, inter and transprofessionalism. **Objectives:** Our aim is to define the concept that best fits the practice in TPE. After having chosen interdisciplinarity, we will search criteria to characterize and evaluate this concept. **Methods:** A literature review was conducted in 2012 from May to November, from multiple sources and databases, also in unreferenced French speaking journals in TPE field, as well as Google search. Among approximately 200 books, articles, papers and communications, 87 were selected based on different criteria. **Results:** The nature of relationships developed between disciplines is ranged from simple juxtaposition (multidisciplinarity) to integration (transdisciplinarity), through interaction (interdisciplinarity). Interdisciplinarity is preferred to interprofessionalism due to medical and social disciplines that are shared in a hospital team. If interdisciplinarity offers many benefits to the patient and caregivers, nevertheless, number of risks exists too. A list of 36 criteria to assess interdisciplinary in TPE practice is proposed. They are classified in four areas: project, its building and deployment, team structure, communication for TPE and training in the field of TPE.

* Correspondance : x-delatribonniere@chu-montpellier.fr

Discussion and conclusion: If the concept of interdisciplinarity is the best suited to the description of team practice in TPE, nonetheless, based on heterogeneity in educational times and modes, there exist a continuum between mono, multi, inter and transdisciplinarity. In addition, the interdisciplinary assessment in TPE by 36 criteria requests to define their possible weighting and associations. The issue is the possibility to improve functioning of care teamwork in the TPE practice.

Key words: patient education / interdisciplinarity / multidisciplinary / transdisciplinarity / interprofessionalism / teamwork

1 Introduction

C'est à partir du rapport sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP) de l'OMS région Europe publié en 1998 [1], que la pratique de l'ETP s'est structurée en France de 2007 à 2010 autour des travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS) [2], des rapports Saout puis Jacquat [3, 4], ainsi que de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) [5] et de ses décrets d'application [6, 7].

Si les pays anglo-saxons ont opté en grande majorité pour une prise en charge de l'ETP par un professionnel de santé spécialisé, il a été choisi en France de confier cette prise en charge à l'équipe toute entière de soignants réunis à cette fin autour du patient [8]. Les activités éducatives proposées se voient définies au sein de l'équipe à partir d'un fonctionnement collégial, entraînant ainsi un effort de structuration à tout niveau. Dans la pratique, il a pu être constaté que cette mise en place du projet d'ETP n'est pas simple et rencontre divers obstacles [9]. Or, au-delà du respect de la loi, l'enjeu de cette structuration est crucial comme le montrent les résultats de la recherche de Lagger *et al.* portant sur l'étude de l'efficacité de l'ETP : en effet, cette dernière évaluée à partir de critères biomédicaux et psychosociaux, est meilleure lorsque la structuration du programme est forte (34 méta-analyses englobant 557 études concernant environ 54 000 patients) [10].

Mais, les équipes médicales et paramédicales auxquelles s'associent maintenant des représentants d'association de patients, ne sont pas nécessairement préparées à relever ce défi d'une organisation nouvelle pour conduire le projet d'ETP [11, 12]. La difficulté provient du fait que les diverses analyses émises par chaque professionnel pour un patient donné devront être intégrées dans un processus de décision partagée portant sur plusieurs dimensions, médicale mais aussi psychosociale et pédagogique.

Pour soutenir le projet d'ETP qui nécessite de nouveaux modes de fonctionnement de l'équipe, les auteurs de textes officiels et d'autres écrits utilisent indifféremment plusieurs néologismes : pluri, multi, inter ou transdisciplinarité, sans compter la multi ou l'interprofessionnalité [1-6, 13-17].

Face à cette polysémie, il semble important de choisir le concept correspondant le mieux à une démarche d'ETP. En effet, mieux comprendre les mécanismes en jeu dans le fonctionnement de l'équipe et la structuration du projet d'ETP permettrait de repérer les points précis sur lesquels agir afin d'en optimiser le processus.

À partir d'une recension des écrits portant sur ces différents concepts, nous nous proposons ici de les caractériser.

Sans prétendre à un travail d'épistémologie des sciences, il s'agit d'établir des liens entre ce qui relève du disciplinaire, de la professionnalité et du travail en équipe. Au terme de ces développements, nous argumenterons le choix de l'interdisciplinarité dans le champ de l'ETP. Puis, au regard de la littérature, nous explorerons les critères qui la régissent et nous en proposerons une liste qui rendrait possible son évaluation dès lors qu'il s'agira d'en étudier la présence au sein de l'équipe et du programme d'ETP.

2 Méthode de recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été menée de mai à novembre 2012 à partir de plusieurs sources et bases de données : PubMed, ERIC, Psycinfo, Science direct ou CISMef, des sommaires de journaux francophones spécialisés en ETP et non référencés, ainsi que du moteur de recherche Google.

Les mots clefs utilisés pour la recherche documentaire étaient les suivants. En français : éducation thérapeutique, éducation à la santé, éducation du patient, multidisciplinaire, multidisciplinarité, pluridisciplinaire, pluridisciplinarité, interdisciplinaire, interdisciplinarité, transdisciplinaire, transdisciplinarité, profession de santé, professionnalité, pluriprofessionnalité, interprofessionnalité, transprofessionnalité, équipe, travail en équipe. En anglais : *therapeutic education, patient education, educational intervention, counseling intervention, intervention program, adherence intervention, multidisciplinary, interdisciplinarity, transdisciplinarity, team, teamwork, professionalism, pluriprofessionalism, interprofessionalism, transprofessionalism, team management.*

Sur 200 articles/documents/communications analysés, 87 ont été jugés pertinents et ont été retenus. Les critères de choix ont été les suivants : description des différents concepts étudiés, leur évaluation ainsi que leur application pratique dans le champ de l'ETP.

3 Exploration des concepts et choix de l'interdisciplinarité dans le champ de l'ETP

3.1 Les différents concepts

Nous pourrions avancer que la réalité perçue repose sur une alternance entre deux démarches d'étude. En premier lieu, la

complexité des phénomènes n'a pu être appréhendée qu'au travers de sa segmentation en différents champs de connaissance donnant ainsi naissance au concept de discipline [18]. En retour, la compréhension de la réalité perçue n'a pu se faire que grâce à la synergie de plusieurs disciplines. Chaque démarche a ainsi conduit à l'élaboration de concepts et de catégorisations sociales en particulier dans les domaines de la recherche, de l'enseignement et de la santé [18].

3.1.1 Les concepts de discipline et de profession

• La discipline

Si l'université de Bologne, la première d'entre toutes, comptait à sa fondation au XX^e siècle sept disciplines, le registre national américain des personnels scientifiques en recense aujourd'hui plus de 8000 [19]. La segmentation du savoir en discipline a permis des avancées considérables de la connaissance. Au fil du temps, chaque discipline évolue et tend à être autonome et à définir ses propres frontières. Elle justifie un enseignement spécifique qui s'enrichit progressivement [20]. L'autonomie qui en découle offre aux personnes impliquées des avantages et des prérogatives. Elles cultivent alors une vision particulière du monde à travers le prisme de leurs savoirs disciplinaires, entraînant un risque de diminution d'ouverture d'esprit. En effet, il semble que le repliement sur un petit champ de perception et de compréhension du monde, définissant l'hyperspécialisation, a pour effet un réflexe de protection, voire de dogmatisme issu d'une logique de conviction, d'opposition et de confrontation; les tensions importantes entre les personnes compromettent alors le partage des idées et l'avancement des projets [17, 18, 21, 22]. Cette logique a souvent été dénoncée dans le champ de la santé, où l'hyperspécialisation médicale aboutit à une segmentation de l'humain ne prenant plus en compte la globalité de la personne soignée [18].

• La profession

Le passage de la notion de discipline à celle de la profession et aux compétences mérite d'être approfondi. Concrètement, des savoirs-agir complexes se mettent en place dans des situations données aboutissant à une performance, c'est-à-dire à une atteinte de l'objectif visé. Ce processus renvoie à la notion de compétence [23]. Ainsi, une profession relève de savoirs disciplinaires et de compétences qui sont transmis par un enseignement approprié. Cette profession justifie une rémunération et procure une position sociale [20]. Elle est réglementée et inscrite dans la vie sociale [24, 25].

Dès lors, dans un groupe de personnes relevant de formations disciplinaires différentes traduites en professions spécifiques, les interactions sont variées. En fonction de leur complexité, on définit plusieurs types d'interrelations amenant à parler de pluri, inter ou transdisciplinarité comme de pluri, inter et transprofessionnalité. De plus, un fonctionnement de groupe en cohérence définit également la notion d'équipe. Nous nous proposons d'explorer ci-après la signification de chacun de ces concepts.

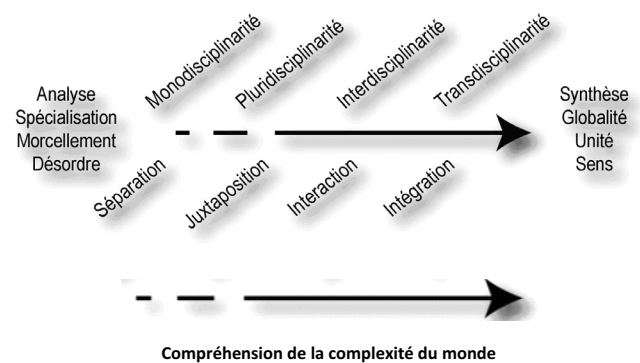


Figure 1. Continuum entre disciplinarité et transdisciplinarité (adapté de [26]). – *Continuum from disciplinary to transdisciplinary (adapted from [26]).*

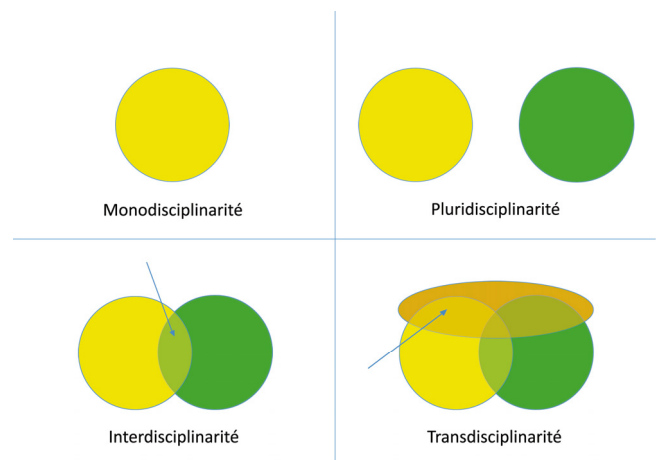


Figure 2. Les ensembles représentant les concepts de disciplinarité, pluri, inter et transdisciplinarité (d'après [27]). – *Sets representing disciplinary and multi, inter and transdisciplinary concepts (adapted from [27]).*

3.1.2 Les concepts de pluri, d'inter et de transdisciplinarité

Pour une compréhension précise des choses, l'association de plusieurs disciplines devient vite nécessaire, aboutissant aux concepts de pluri, d'inter et de transdisciplinarité. S'ils se différencient par leur mode respectif d'approche des champs de connaissance, ils ne s'excluent pas pour autant les uns des autres, et s'inscrivent dans un continuum d'appréhension de la réalité. Au-delà des préfixes qui sont déjà signifiants (pluri pour plusieurs; inter pour parmi, entre; trans pour à travers, au-delà), on pourrait aussi qualifier par un mot chacun des concepts: juxtaposition (pluri), interaction (inter) et intégration (trans) [26]. La figure 1 résume la progression de cette complexification de l'abord du réel qui nécessite une approche multiple et systémique.

La distinction entre ces concepts peut également s'envisager par les territoires et les frontières des champs de connaissance, symbolisés par des ensembles, comme le montre la figure 2.

Tableau I. Différences entre les concepts de disciplinarité, pluridisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité. – *Differences between disciplinary, multidisciplinary, interdisciplinary and transdisciplinary concepts.*

	Disciplinarité	Pluridisciplinarité	Interdisciplinarité	Transdisciplinarité
Frontières	+++	++	+	0
Savoirs	Savoir disciplinaire	Somme de savoirs différents	Intégration d'un savoir à partir de plusieurs savoirs	Fusion des savoirs pour un nouveau savoir
Complexité	+	++	+++	++++
Acteurs impliqués	Un type de professionnel	Plusieurs professionnels de champs différents	Équipe soudée de plusieurs professionnels	Fusion des domaines de compétences
Action	Diviser	Relier	Intégrer	Fusionner
Vérité	Certitude et ordre conflictuel	Certitudes associées et désordre conflictuel	Incertitude et désordre non conflictuel	Incertitude et nouvel ordre

Toujours pour tenter de mieux cerner les différences, Choi *et al.* ont proposé des métaphores mathématiques : la pluridisciplinarité serait une somme des parties ($2 + 2 = 4$), l'interdisciplinarité serait davantage que cette somme ($2 + 2 = 5$) tandis que le résultat de la transdisciplinarité serait d'un autre ordre ($2 + 2 =$ jaune); ou encore culinaire : une salade de fruit où les ingrédients mélangés sont intacts et reconnaissables (pluri), une quiche lorraine où les aliments initialement choisis sont amalgamés et encore partiellement repérables (inter), enfin un gâteau, où les éléments constitutifs ne sont plus reconnaissables et se sont transformés en autre chose (trans) [17].

Le tableau I présente des thématiques dans lesquels ces différents concepts se différencient.

• La pluridisciplinarité

Le premier niveau d'association se définit par la pluridisciplinarité. Celle-ci s'illustre par une rencontre de plusieurs disciplines autour d'un objet commun. Chacune d'entre elles conserve la spécificité de ses concepts, méthodes et frontières. La multidisciplinarité en est un synonyme [20]. L'idée est alors d'utiliser la complémentarité intrinsèque de chaque discipline pour la résolution d'un problème. Cela nécessite une synchronisation afin d'éviter de possibles incompatibilités entre les différentes approches [14, 17, 18, 22, 24–26, 28].

Dans le domaine de la santé, ce concept prévaut dans l'organisation de la prise en charge des maladies aiguës où différents spécialistes interviennent les uns à côté des autres. Cependant, il est moins adapté pour les maladies chroniques où la prise en compte simultanée des champs médicaux, psychologiques et sociaux a toute son importance ([29], p. 60).

• L'interdisciplinarité

La pluridisciplinarité ne renvoie donc qu'à une juxtaposition des disciplines. Au-delà, les échanges intenses entre disciplines obligent des interrelations définissant l'interdisciplinarité. Face à des problèmes toujours plus complexes à résoudre, la mise en commun des savoirs nécessite une intrication plus forte des disciplines. Ces efforts de décloisonnements disciplinaires aboutissent à la notion d'interdisciplinarité. Les frontières entre les disciplines deviennent alors

un peu floues. Cependant, les fondements de chaque discipline associée sont conservés et restent spécifiques.

Dans un objectif commun, l'interdisciplinarité suppose des interactions fortes, donc des espaces de dialogues, d'échanges de connaissances, d'analyses et de croisements des méthodes. Le professionnel n'est plus un acteur pris isolément, mais s'intègre dans une équipe [17, 22, 26, 28, 30–32].

Par exemple, l'association de la médecine à celle de la physique nucléaire permet des traitements radio-thérapeutiques de cancers. Dans le cadre des maladies chroniques, la prise en compte des aspects biomédicaux, mais également psychologiques et sociaux nécessite la collaboration active des plusieurs disciplines, à savoir celle de la médecine, incluant la psychologie, mais également celle des sciences sociales. De plus, des échanges entre les professionnels sur la situation de la personne malade sont nécessaires. Ce contexte de chronicité appellerait donc davantage, selon nous, un fonctionnement d'équipe en interdisciplinarité plutôt qu'en simple pluridisciplinarité.

• La transdisciplinarité

L'intensité des échanges peut mener à une intégration complète de disciplines et même aboutir à la création d'une nouvelle [17, 32]. En effet, à partir d'un certain niveau, la segmentation des savoirs ne permet plus d'appréhender la complexité du monde. Seule une fusion des savoirs et des méthodes permettrait de dépasser cet obstacle. L'intrication qui s'en suit définit le concept de transdisciplinarité, mot créé par Piaget en 1970 [33].

La difficulté à définir la transdisciplinarité réside aujourd'hui dans le fait que les auteurs ne s'accordent pas sur une définition commune et univoque. Certains développent l'idée de transversalité dans les champs de savoirs dont les frontières sont transcendées, définissant ainsi un nouvel ensemble de connaissances. De ce dernier naît alors une nouvelle discipline, englobant et dépassant les disciplines constitutives [13, 17, 22, 26, 28, 34]. Ainsi, l'astrophysique est-elle née de l'astronomie et de la physique. Dans le domaine de la santé, une équipe transdisciplinaire travaillant dans un but commun, offrirait la possibilité à certains de ses membres d'acquérir et

de faire valoir des compétences plus étendues qu'ils n'avaient au départ. Cela requiert alors une reconnaissance de ces nouvelles compétences, une redéfinition des rôles et une acceptation du groupe. Dans ce cas, les objectifs communs de travail restent les mêmes mais les compétences sont redistribuées. En ce sens, une nouvelle discipline pourrait être constituée au sein du groupe [17].

Mais, d'autres auteurs interprètent différemment ce nouvel ensemble de connaissances. Ainsi, au niveau de la compréhension de l'homme, on peut considérer que l'intrication des abords biomédicaux, psychologique, pédagogique, sociologique, anthropologique, entre autres, aboutit à une nouvelle appréhension de la complexité de l'être humain. L'abord transdisciplinaire s'entend au-delà des segmentations des spécialités médicales somatiques et du clivage corps-esprit. C'est en ce sens que Paul utilise le terme de transdisciplinarité, expliquant par là qu'il s'agit de percevoir la « santé globale » de « l'homme global » dans l'instant présent, avec tous ses aspects conscients et inconscients, positifs ou négatifs (santé ou maladie), visibles et invisibles, ordonnés ou chaotiques [35].

3.1.3 Les concepts de pluri, inter et transprofessionnalité

À l'hôpital, diverses professions se côtoient et interagissent. Ces rapports multiples renvoient aux concepts de pluri, inter et transprofessionnalité qui sont les traductions concrètes des concepts disciplinaires développés ci-dessus. Ainsi, les notions d'interdisciplinarité et d'interprofessionnalité se complètent-elles : l'interdisciplinarité favoriserait la cohérence de connaissances fragmentées tandis que l'interprofessionnalité serait une solution pour une plus grande cohésion entre différentes professions. Il ne s'agit pas de faire naître une nouvelle profession, mais plutôt que chaque profession puisse travailler en collaboration et de façon intégrée dans un ensemble [14–17, 25, 36, 37].

Toutefois, lorsque l'on évoque plusieurs professionnels travaillant ensemble, on peut aussi s'orienter vers le concept du travail en équipe.

3.1.4 Le concept d'équipe

La notion d'équipe, de par sa synergie, rejoint logiquement les concepts de pluri et d'interdisciplinarité ainsi que de pluri et d'interprofessionnalité [14, 38]. L'état actuel des connaissances ne permet pas de retenir de liens structurels évidents entre le concept d'équipe et ceux de transdisciplinarité et transprofessionnalité. Mucchielli définit l'équipe de travail comme un groupe de différentes catégories professionnelles amenées à atteindre un objectif par une mise en commun de leurs compétences, impliquant par là même les notions d'articulation, de complémentarité et de dépendance [38]. Cet auteur différencie deux types d'équipe en fonction des relations observées au sein du groupe ([38], p. 11–15) :

- Une équipe dite « primaire ». Ce groupe revêt les sept caractéristiques suivantes : un petit nombre de personnes ;

une qualité du lien interpersonnel témoignant d'une acceptation et d'une volonté d'adhésion ; un engagement personnel dans une communauté d'action ; une unité mentale et sociale ; une intentionnalité commune vers un objectif défini avec notion de coresponsabilité ; des contraintes acceptées relevant de la tactique, de la coordination, de la discipline ; enfin, une organisation des rôles et une distribution du travail.

Deux critères sont toutefois prédominants : celui de la qualité des relations interpersonnelles et celui de la communauté de but.

- Une équipe dite « secondaire », où les relations entre les professionnels sont impersonnelles, contractuelles, rationnelles et formelles. Ces membres participent aux travaux communs, seulement pour une part limitée et spécialisée.

L'équipe dite primaire peut renvoyer au concept d'interprofessionnalité, voire d'interdisciplinarité quand l'équipe dite secondaire évoquerait, elle, la pluriprofessionnalité voire la pluridisciplinarité.

La réalité semble néanmoins plus complexe : dans un travail de 2007 portant sur la pratique de l'ETP dans deux équipes hospitalières, ces deux niveaux primaire et secondaire ont été mis en évidence chez différentes personnes interrogées au sein d'une même équipe, témoignant ainsi d'une hétérogénéité de fonctionnement [39].

3.1.5 Autres concepts

Hormis ces différents concepts de pluri, inter, transdisciplinarité s'exprimant sur le terrain, ont émergé ces dernières années de nouvelles notions que nous ne ferons que mentionner ici en raison de la faible exploitation ultérieure qu'en ont fait d'autres auteurs. Cependant, ces travaux conceptuels montrent la dynamique de recherche sur ces champs. Ceux-ci ont en commun d'être davantage issus du monde de la recherche que de celui du soin, et de porter surtout sur la posture individuelle du professionnel :

- Blanchard-Laville propose le terme de **codisciplinarité**. Reprenant le concept d'interdisciplinarité, l'auteur l'enrichit en insistant sur la posture de chaque personne basée sur le respect de l'autre, la modestie et la volonté de coopération, afin d'aboutir à un « espace pour penser ensemble » [28].
- Lenoir développe le concept de **circumdisciplinarité**. L'auteur conçoit l'effet de l'interdisciplinarité comme une spirale où le savoir des uns provoque, de proche en proche, la transformation du savoir des autres. Le phénomène amène au bout du compte à une transformation de soi [40].
- Loty quant à lui développe l'idée d'**indisciplinarité**. Si la soumission et le respect des maîtres sont les conditions nécessaires à l'apprentissage d'une discipline, ils peuvent toutefois représenter une limite à la créativité essentielle au chercheur. Seule l'indisciplinarité, dépassant les concepts d'inter et de transdisciplinarité, permettrait de

favoriser cette créativité. Cela nécessiterait une grande maturité de pensée et de savoir, et donc une grande culture multidisciplinaire [41].

3.2 Choix du concept d'interdisciplinarité pour la pratique de l'ETP

3.2.1 Les caractéristiques de la pratique de l'ETP

La pratique de l'ETP implique une posture éducative du professionnel, une méthodologie ainsi qu'une organisation d'équipe [2, 8] et sa mise en œuvre nécessite une réorganisation des soins. Elle est basée sur des valeurs communes d'humanisme pour une vision holistique de l'homme. Elle requiert une qualité relationnelle entre soignants et patients et soignants entre eux, basée sur l'empathie et l'écoute, ainsi que sur une organisation et un fonctionnement fluides de l'équipe. Les savoirs, les méthodes et les concepts qui nourrissent l'ETP sont issus de plusieurs disciplines comme, entre autres, la médecine curative, la médecine préventive, la santé publique, la psychologie, la pédagogie, la sociologie, l'anthropologie. Les activités éducatives individuelles ou collectives requièrent une pratique en équipe qui favorise la production des idées, l'échange d'expériences, la communication des informations et la prise de décision. Les interactions entre les personnes obligent à de nombreuses concertations. Ces caractéristiques se retrouvent dans les définitions officielles des compétences requises en ETP, d'une part pour le praticien [7, 42] d'autre part, pour l'équipe [42].

Par cette description, nous souhaitons souligner que la juxtaposition de visions spécifiques à chaque professionnel dans son champ de compétences n'est pas suffisante et nécessite que l'approche de l'ETP passe par une vision systémique de la situation du patient. Ce principe systémique s'applique aussi au fonctionnement de l'équipe. On retrouve ainsi les caractéristiques de la systémique développées par Morin [18]. L'état d'équilibre du groupe en interaction avec le patient est dynamique et non statique. Les interrelations sont complémentaires, multiples et sources de créativité, incitant par-là les protagonistes à se remettre en question. L'équipe soudée autour de l'ETP devient un écosystème dont les actions collectives sont plus riches que la somme des actions individuelles réunies. Les frontières entre professions deviennent alors davantage poreuses et relatives.

3.2.2 Les raisons du choix du concept d'interdisciplinarité pour l'ETP

Les compétences éducatives du professionnel de soins, la méthodologie et l'organisation d'équipe propres à l'ETP nécessitent des efforts de décloisonnement entre les professions et les disciplines, excluant par-là les concepts trop restrictifs de pluridisciplinarité et pluriprofessionnalité.

À l'opposé, les concepts de transdisciplinarité et transprofessionnalité paraissent trop ambitieux. En effet, ils impliquent par leur définition, une fusion des savoirs et des méthodes permettant de mieux appréhender la complexité du monde. Or, au

vu de l'état actuel des connaissances, il nous paraît prématuré de parler pour l'ETP de fusion des savoirs, donc d'une nouvelle discipline. Même si ces caractérisations sont susceptibles d'évoluer en ce sens dans les prochaines années, il semble plus pertinent de parler actuellement de nouvelles frontières entre ces savoirs ([43], p. 36).

Toutefois, ces notions de transdisciplinarité et transprofessionnalité pourraient être repérées ponctuellement dans les relations du soignant au patient et des soignants entre eux. Dans le premier cas, l'abord holistique du patient par des regards croisés de plusieurs professionnels pourrait relever d'une transdisciplinarité au sens de Paul. Dans le second cas, au sein de l'équipe, on pourrait également évoquer des moments particuliers de transdisciplinarité. Ces temps pourraient, par exemple, correspondre à ceux de réunions d'équipe autour d'étude de dossiers éducatifs de patients, où des décisions émaneraient d'interactions complexes dans les échanges, aboutissant à un résultat imprévu au départ, appartenant spécifiquement à ce groupe, à ce moment-là. Ces temps particuliers sont nommés par certains « espaces de perplexité » [44]. Ces moments correspondent à des situations où le degré d'interdisciplinarité est élevé. On voit que l'interdisciplinarité, si elle a toujours une visée transdisciplinaire, ne l'atteint que rarement [26].

Enfin, nous ne retiendrons pas les trois derniers autres concepts de codisciplinarité, de circumdisciplinarité et d'indisciplinarité. Les deux premiers, qui ont été décrits en 2000 et relèvent d'une analyse sémantique poussée du concept d'interdisciplinarité, ne semblent pas se différencier suffisamment de ce dernier et ont été très peu repris et développés à notre connaissance par d'autres auteurs. Or, dans le cadre de notre étude, nous prenons le parti de nous limiter à des notions largement partagées. Quant à l'indisciplinarité, elle s'applique plus à une posture personnelle qu'à un fonctionnement de groupe.

Dès lors, les deux concepts paraissant correspondre le plus à la pratique de l'ETP sont l'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité. En santé, on peut considérer que les professions de médecins, d'infirmiers, de kinésithérapeutes, de diététiciens, de psychologues, de pharmaciens . . . , parce qu'elles relèvent toutes d'un même champ d'action, ont pour origine une seule discipline, celle des sciences médicales. Nous pourrions donc considérer qu'il y a, notamment à l'hôpital, davantage d'interprofessionnalité que d'interdisciplinarité [14, 19, 21, 36, 37, 39]. Mais peuvent s'associer également en ETP des spécialistes des sciences sociales comme les assistantes sociales, des pédagogues ainsi que des administratifs, qui relèvent d'autres disciplines. De plus, nous incluons maintenant dans les pratiques de l'ETP des associations de patients qui ne sont pas professionnelles mais n'en assument pas moins une fonction psychosociale. Pour toutes ces raisons, nous optons pour conserver dans notre propos le terme d'interdisciplinarité.

3.3 Les enjeux, bénéfiques et risques de l'interdisciplinarité dans le champ de l'ETP

Si les enjeux, les bénéfiques et les risques de l'interdisciplinarité ont été bien décrits dans les domaines de la recherche et

de l'enseignement [17, 21, 45], ils le sont bien moins dans celui l'ETP. De ce fait, pour traiter de ces questions, nous faisons l'hypothèse de la transférabilité de ces analyses au champ de l'ETP.

3.3.1 Les enjeux de l'interdisciplinarité

- Un enjeu de l'interdisciplinarité consiste à pouvoir apporter une réponse à deux grands besoins sociaux : la quête de sens et la prise en compte de la complexité du monde [17, 26]. La quête de sens réclame une approche et une compréhension globale des choses. La prise en compte de la complexité, favorisée par l'interdisciplinarité, permettrait seule de résoudre les difficultés multiples que connaît le patient atteint de maladie chronique.
- Un autre enjeu réside dans une nouvelle répartition des prérogatives de chaque professionnel de santé. La pratique interdisciplinaire de l'ETP implique un transfert nécessaire par délégation d'une partie des responsabilités du médecin vers d'autres soignants, notamment vers l'infirmier(e) [18, 25, 30, 46, 47]. Cette délégation demande un changement d'attitudes et de perspectives de chacun des acteurs, fondée sur des valeurs démocratiques [25, 31].

3.3.2 Les bénéfices de l'interdisciplinarité

Sur un plan théorique, l'interdisciplinarité présente deux avantages : la complémentarité des actions de chaque champ disciplinaire et la créativité liée aux interactions [32].

Sur un plan pratique, les bénéfices se voient chez le patient et le soignant :

- Pour le soignant : le maintien d'un esprit d'équipe [11, 12, 48] ; le développement d'une communication aisée entre les acteurs [45, 49] ; la création d'une culture commune [12] ; la possibilité de co-construction des activités éducatives [9] ; une meilleure satisfaction au travail [30, 49–51] ; une réduction à terme de tensions entre les soignants, une meilleure santé et plus de bien-être avec notamment un éloignement du risque de surmenage professionnel [30, 50, 52–54].
- Pour le patient : un gain de l'efficacité et de la qualité des soins et une amélioration continue de la qualité de vie [30, 45, 49, 51] ; une meilleure prise en compte de la complexité du patient, intégrant les notions de vulnérabilité et de singularité [55] ; une plus grande satisfaction du patient [30, 49] ; le plaisir à partager en équipe [31, 45, 46, 50, 56].
- Pour la société : une meilleure utilisation des ressources, une diminution des coûts de santé, une plus grande performance des professionnels, une amélioration de la qualité au travail [17], un bénéfice dans le domaine de la santé publique [28].

3.3.3 Les risques de l'interdisciplinarité

L'impression d'idéal que pourrait donner ces bénéfices doit cependant être pondérée. En effet, il existe également

des risques liés à l'interdisciplinarité pour le patient et les soignants.

- Pour le patient
 - Des informations contradictoires émanant de plusieurs professionnels de santé [51, 57, 58]. En effet, un manque de coordination peut entraîner des chevauchements, des répétitions voire des contradictions pouvant perturber le patient.
 - Une prise de pouvoir de la part des soignants. D'une vision globalisante donnant l'illusion de pouvoir tout savoir sur le patient, on passerait facilement à une vision totalitaire. Ici, s'érige une limite éthique que le groupe ne doit pas dépasser pour ne pas s'arroger un pouvoir excessif et déplacé vis-à-vis de la personne. Il s'agit de suivre le patient, non de le devancer, et pour le professionnel, d'accepter une certaine non-maîtrise des choses [55, 59, 60].

- Pour le soignant

Plusieurs risques ont été décrits [14, 32, 55, 59–64] :

- La vulnérabilité, née de l'exposition que l'intervenant offre au groupe en faisant part de ses avis ou perceptions de la réalité d'un patient, peut être mal vécue. La prise de parole n'est pas toujours chose facile.
- La perte d'identité professionnelle : la vulnérabilité décrite ci-dessus peut pousser le sujet à se fondre dans le groupe et à « disparaître » pour se conformer au collectif ; c'est « l'illusion groupale » [55]. Ce phénomène psychique peut engendrer une dépersonnalisation et une dépendance. Or, l'interdisciplinarité exige de chacun de s'exposer aux autres et d'apporter au groupe ses compétences propres et différenciées. Cela demande donc une certaine maturité.
- Un désinvestissement de certains professionnels, qui se reposeraient sur les autres.
- Les conflits interpersonnels risquent d'être plus fréquents en raison des confrontations nécessaires. Y remédier nécessite alors un esprit ouvert et une façon positive de réagir face aux conflits.
- Pour la société, l'illusion de la responsabilisation excessive des acteurs en tant que solution aux limites des institutions [65].

3.4 Exploration de critères d'évaluation de l'interdisciplinarité

Dans l'hypothèse où un fonctionnement optimal d'une équipe en ETP relève de l'interdisciplinarité, il s'agirait d'en faire un nouveau mode d'analyse. Dans cette optique, il conviendrait alors d'en proposer des critères spécifiques. Avant d'étudier ses caractérisations, nous nous intéresserons aux critères de qualité et d'efficacité déjà mis en évidence dans la pratique de l'ETP. En effet, cette l'évaluation a déjà été longuement réfléchie et en partie codifiée [2, 66–68]. Elle s'intéresse

au patient, aux soignants et au programme, dans un processus en cascade. Or, le niveau de fonctionnalité d'un programme éducatif paraît en relation avec le niveau de collaboration interdisciplinaire [9, 69]. De ce fait, nous nous proposerons dans un deuxième temps, de rapprocher cette liste de celle concernant les critères de l'interdisciplinarité.

3.4.1 Liste des critères d'évaluation de la pratique d'ETP

Sur le plan de la qualité, Louvel *et al.* ont regroupé les critères en quatre champs inter-reliés : une dynamique de co-construction des processus éducatifs, une coordination optimale des acteurs entre eux, un processus de traçabilité des activités éducatives et une formation d'équipe [70].

Concernant les critères d'efficacité proprement dits, beaucoup ont été mis en évidence à travers diverses études [2, 8, 66–68] : par exemple, une intégration par le personnel d'une posture éducative, une capacité à travailler en équipe coordonnée autour du patient, de bonnes relations entre les professionnels, la possibilité d'exprimer et de connaître les représentations de chacun, une bonne communication interne, une structuration adaptée autour de l'ETP, une implication des responsables médicaux et paramédicaux du service et/ou de l'hôpital, un financement et des ressources matérielles dédiées, des formations spécifiques individuelles et/ou d'équipe, une implication de patients ou d'associations de patients dans la mise en œuvre de l'ETP, une reconnaissance institutionnelle et par les pairs, l'existence au sein de l'hôpital d'une unité transversale d'ETP, une politique nationale soutenant en matière d'ETP.

3.4.2 Liste des critères d'interdisciplinarité

Il n'y a pas à notre connaissance de travaux spécifiques portant sur l'évaluation de l'interdisciplinarité dans le cadre de l'ETP. Cependant, quelques études ont abordé ce sujet dans les champs connexes du soin et de la recherche [36, 37, 45, 47, 62, 71–74]. Leur degré de pertinence reste faible, dans la mesure où une vérification quantitative n'a pas été menée. Les auteurs soulignent le caractère complexe de cette démarche évaluative. Choi et Pak ont publié entre 2006 et 2008, trois articles sur les concepts de pluri, inter et transdisciplinarité appliqués au domaine de la recherche [17, 21, 45]; dans le second article, les auteurs rendent compte « d'ingrédients clés », que nous pouvons considérer comme des critères, pour établir, promouvoir et maintenir une collaboration entre plusieurs disciplines : bonne sélection des membres de l'équipe, leaders efficaces, maturité et flexibilité des membres, engagement personnel, proximité géographique des membres, existence d'un réseau électronique de communication, motivation, support institutionnel du projet commun et de l'équipe, vision claire et partagée des objectifs communs, clarification des rôles de chacun, communication dans l'équipe et commentaires constructifs entre les membres [45]. Ces conditions font écho à celles émises en 2004 par Wiecha et Pollar pour une bonne synergie

d'équipe ; elles portaient sur les points suivants : communication, coopération, cohésion, engagement, confrontation directe en cas de problème, collaboration, coordination des efforts, prise en compte des conflits, recherche de décisions consensuelles, attention à l'autre, prendre soin, cohérence et contribution à l'objectif commun [75]. Dans un travail sur l'impact de l'interdisciplinarité dans le champ de la prise en charge du cancer, Tremblay *et al.* dès 2007 soulignent les critères suivants : composition et taille de l'équipe, philosophie et culture communes, type de leadership, degré de coordination et de communication dans l'équipe et avec les autres partenaires, fréquence des réunions d'équipe et qualité de l'auto-évaluation du groupe. Chaque facteur aurait un poids égal dans l'évaluation du degré d'interdisciplinarité [62, 72]. Pour Atwal et Caldwell en 2002, les critères majeurs se résument aux degrés de communication verbale et non verbale et de collaboration entre les membres de l'équipe [71]. D'après Huutoniemi *et al.* en 2010, l'effort central pour aller vers l'interdisciplinarité consiste à traverser les frontières conceptuelles et méthodologiques des disciplines. Il s'agit donc de s'intéresser à trois critères : quels sont les sujets intégrés dans cette démarche et quelle en est sa portée ? Quelle est la distance entre les disciplines ? Y a-t-il un dialogue continu entre les disciplines ? [73]. Choi et Pak cités ci-dessus, insistent également sur les distances correctes entre les disciplines pour une bonne coopération interdisciplinaire [21]. Pour Buanes *et al.* en 2009, les approches interdisciplinaires se heurtent à des cadres d'ordre structurel, cognitif et culturel. L'évaluation doit donc porter sur ces trois objets, celui de la « culture » étant la plus difficile à modifier [74]. Boix Mansilla et Gardner quant à eux proposent en 2009 trois critères qu'ils appliquent à la recherche interdisciplinaire ([43], p. 109–116) : la cohérence entre les disciplines qui se côtoient ; l'équilibre, c'est-à-dire la façon dont le travail se construit entre les différentes disciplines ; enfin, l'efficacité dans la progression de la compréhension réciproque entre les professionnels.

Au terme de ces énumérations, nous retenons l'ensemble de ces critères. Pour être le plus exhaustif possible, nous prenons en compte des travaux portant sur l'étude du fonctionnement en équipe. Selon la terminologie de Mucchielli, il s'agit ici d'équipe de type primaire dont le fonctionnement est très proche de celui observé en interdisciplinarité ([38], p. 11–15).

En synthèse, les critères mis en évidence sont résumés dans le tableau II. Nous qualifions certains d'entre eux avec des adjectifs de type « bon », « mauvais », « important », « taux élevé » etc., sans pouvoir être plus précis à ce stade de notre recherche. La détermination des indicateurs les caractérisant avec précision sera possible lors d'une étude quantitative ultérieure.

3.4.3 Intensité de l'interdisciplinarité

Au-delà de la définition de critères, existe-t-il un moyen d'évaluer le degré d'intensité de l'interdisciplinarité ?

Des conditions qui permettraient de repérer une expression forte de l'interdisciplinarité ont été définies : philosophie

Tableau II. Liste de critères reliés à interdisciplinarité repérés dans des publications. – *List of criteria related to interdisciplinarity issued from publications.*

Critères	Explication	Références
Co-construction du projet	Les réflexions et les décisions concernant entre autres l'organisation et l'évaluation, doivent se faire en équipe.	[28, 30, 32, 76]
Taille réduite du groupe	D'après R. Muchielli, la taille optimale d'une équipe se situerait entre 5 et 10 personnes évitant ainsi une structure trop complexe. La proximité géographique des professionnels favorise le travail commun.	[21, 28, 38, 45, 57, 62]
Bonne communication	Elle nécessite de bien connaître le langage et le jargon des autres disciplines ou professions. Ce critère paraît le plus important.	[28, 30, 32, 36–38, 43, 45, 51, 55, 56, 58, 62, 70, 73, 77]
Bon climat de travail, motivation et empathie	Il requiert une confiance interpersonnelle, un climat de vérité et d'empathie entre les acteurs. Muchielli parle de « groupe unitaire » qu'il oppose au « groupe conflictuel ». La motivation de chacun est le ciment du groupe. L'ambiance agréable passe également par une bienveillance dans les échanges et des commentaires constructifs des professionnels sur les actions de chacun.	[28, 30, 36, 38, 45, 51, 74, 75]
Culture commune	Elle repose sur une philosophie et des valeurs communes, le respect des règles de déontologie et d'éthique, et l'expression de la diversité des représentations vis-à-vis de l'objectif commun. Cette culture est favorisée par une certaine proximité des disciplines entre elles.	[25, 28, 30, 32, 45, 51, 62, 74–76, 78, 79]
Définition précise de la place de chacun	Elle nécessite une bonne connaissance mutuelle des compétences et des limites de chacun, ainsi qu'un minimum de préjugés négatifs et un maximum d'estime et de reconnaissance vis-à-vis du travail de chaque professionnel.	[22, 28, 30, 32, 36–38, 45, 51, 55–58, 64, 70, 73, 76, 80, 81]
Compétences solides et reconnues de chacun dans son propre champ disciplinaire	Dans le cadre de sa discipline, chacun apporte au groupe sa contribution optimale, autonome et responsable pour contribuer à la gestion de la complexité de la situation.	[32, 36, 37, 45, 62]
Centration sur le patient	Plutôt que sur la discipline. Les différences ressenties entre les intervenants sont alors moins prégnantes.	[39, 75]
Engagement sur des objectifs clairs pour tous	Chaque membre de l'équipe dit s'engager sur le projet commun. Les objectifs doivent être clairement identifiés, partagés et acceptés au sein de l'équipe. Les règles de fonctionnement doivent être respectées.	[28, 30, 32, 36, 37, 45, 55, 70, 73, 75, 76, 79, 80, 82]
Maturité et flexibilité des membres de l'équipe	Ces deux qualités sont requises pour une bonne pratique interdisciplinaire. De même, la flexibilité s'entend dans la capacité du groupe à suppléer à l'absence de l'un des membres.	[38, 45]
« Chef d'orchestre » fort et démocratique	Le leader doit présenter des qualités intellectuelles et relationnelles affirmées. Sans être exhaustif, il doit posséder les qualités suivantes : être capable de comprendre les autres, de les respecter, et d'apprendre d'eux ; être capable de synthétiser les contributions de chacun et de formuler des propositions accessibles à tous ; savoir faciliter le travail au quotidien de chacun tout en gardant une vue d'ensemble et une aptitude à anticiper ; savoir organiser l'ensemble de l'équipe autour des objectifs communs, diffuser la culture et les valeurs communes, gérer efficacement les conflits lorsqu'ils émergent, fixer des règles et une temporalité à l'évolution du projet ; avoir une attitude et un esprit démocratiques ; savoir être flexible et créatif ; savoir évoluer ; maintenir de bonnes conditions matérielles et morales pour l'équipe, faire circuler l'information, représenter le groupe.	[30, 31, 36–38, 46, 49, 62, 76, 77, 81]
Supervision	Elle apporte une prise de conscience sur le fonctionnement individuel et collectif.	[55]

et culture communes, nombre limité de disciplines, types de disciplines assez similaires, lieu unique de travail, composition claire et taille réduite de l'équipe, type de leadership fort et démocratique, haut degré de coordination, degré élevé de communication dans l'équipe et avec les autres partenaires, réunions d'équipe fréquentes, qualité de l'auto-évaluation de l'équipe [32, 43, 62, 72].

Une autre approche dans le domaine de la recherche a permis de dégager les notions de coopérations intégratives forte et faible, correspondant à une interdisciplinarité forte et faible. Dans le premier cas, la résolution du problème complexe passe par un apport simultané de plusieurs disciplines. Les auteurs utilisent l'expression de « travailleur collectif à têtes et bras multiples » ([43], p. 59–62). À l'opposé, une résolution du

Tableau II. Liste de critères reliés à interdisciplinarité repérés dans des publications. – *List of criteria related to interdisciplinarity issued from publications.*

Pratique de l'humour	Il favorise des stratégies d'adaptation. Il permet de développer un sentiment de contrôle de soi, d'efficacité personnelle et de bien-être accru. Il nuance les croyances et stimule la créativité. Il aide à ménager l'ego de l'autre tout en disant des choses y compris des insatisfactions. Il favorise un climat socio-affectif serein, redirige l'attention vers la tâche plutôt que vers les problèmes de personnes, favorise l'exploration d'autres points de vue et favorise un leadership souple et démocratique.	[64]
Sentiment d'appartenance à l'équipe	Chaque membre reconnaît que son succès personnel dépend de celui de ses coéquipiers et vice versa. Cela passe par un soutien mutuel avec une assistance en cas de besoin, un partage de ressources, une volonté de suppléance en cas d'absence, une critique constructive des idées et un rappel permanent des objectifs à atteindre. Cette position demande donc une certaine humilité puisque les résultats sont perçus comme étant ceux de l'équipe et non ceux d'une discipline ou de professionnels en particulier. L'appartenance signe un engagement personnel positif et amène à un sentiment de coresponsabilité.	[32, 59, 75]
Absence de clivage important dans l'équipe	Les conflits épisodiques sont inévitables mais doivent rester gérables. Il s'agit d'émettre l'intention de vouloir collaborer et de renoncer à une partie de son propre pouvoir. Cela nécessite également de savoir et pouvoir exprimer ses idées, ses sentiments et ses émotions. Ces compétences de base sont le fondement de tout travail d'équipe et nécessitent maîtrise de soi et autodiscipline, en d'autres termes un certain degré de maturité.	[30, 32, 36, 37, 45, 51, 57, 62, 74, 75, 80]
Bon équilibre entre le travail individuel et collectif	Il consiste de prendre le temps de travailler seul, et à d'autres moments, de travailler à plusieurs.	[8, 28, 32, 70]
Réunions suffisantes d'équipe	Elles offrent un espace pour des échanges collectifs intensifs, favorisant ainsi en un temps court la résolution de problèmes complexes, impossible sans cette concertation simultanée.	[14, 16, 30, 32, 38, 39, 47, 49, 62, 71]
Autoévaluation régulière	Elle permet une évolution concertée. Pour cela, l'équipe a besoin de procédures pour passer en revue ses processus de fonctionnement.	[28, 30, 32, 45, 62, 76]
Existence d'un réseau informatique	Il facilite la disponibilité et la circulation de l'information, dans le respect de la confidentialité et de l'éthique. Il favorise la communication entre les membres de l'équipe.	[17, 22, 36, 37, 45, 75, 83, 84]
Temps disponible	Cela sous-entend une charge de travail acceptable et une bonne organisation. De plus, la prudence à la prise de décisions collégiales, le partage des idées et la délibération demandent du temps. Cependant, un gain de temps à moyen et long terme est possible lorsque les bonnes décisions sont prises et se révèlent pertinentes et efficaces.	[30, 45, 49, 55–57, 59, 60, 80]
Ressources humaines ou financières suffisantes	Un manque de moyens humains ou matériels créent des tensions et une compression des temps de partage, dommageable à l'interdisciplinarité.	[17, 36, 37, 45, 51]
Architecture favorable	Le bon fonctionnement de l'équipe nécessite un nombre suffisant de locaux. De même, il est important que ces locaux ne soient pas trop dispersés.	[17, 36, 37]
Reconnaissance institutionnelle	Elle facilite la mobilisation des ressources, et l'orientation de décisions stratégiques dans le sens de l'objectif commun à l'équipe.	[17, 36, 37, 45, 61, 76]
Liens avec l'extérieur	Les échanges interdisciplinaires s'entendent à l'intérieur de l'équipe, mais aussi à l'extérieur vers d'autres personnes. C'est le travail en réseau.	[56, 62, 82]
Formation d'équipe au travail interdisciplinaire	En rassemblant dans un même lieu les différents professionnels autour d'un projet commun, elle permet entre autres, une définition claire des rôles de chacun, une reconnaissance mutuelle, un langage commun, une culture renforcée et une structuration possible.	[9, 11–14, 25, 30, 48, 61, 70, 80, 81]

problème par plusieurs disciplines à des temps différents caractériserait la coopération intégrative faible.

3.4.4 Proposition de critères d'évaluation de l'interdisciplinarité en ETP et de leur pondération

Au terme de ce travail, nous avons rassemblé un certain nombre de critères attestant d'un fonctionnement en interdisciplinarité. Les travaux que nous avons cités étaient pour la plupart issus de l'exploration du fonctionnement des équipes dans le cadre de la recherche et de l'enseignement. Puis, nous avons émis l'hypothèse d'une transposition possible de cette évaluation au champ de l'ETP.

De ce fait, dans le cadre d'une étude empirique, nous avons repris chaque critère en le plaçant dans le contexte de la pratique de l'ETP. Nous en avons établi une liste que nous avons confrontée à la réalité du terrain en interrogeant 14 professionnels, responsables médicaux ou paramédicaux de neuf programmes d'ETP au CHU de Montpellier [85]. À partir de cette enquête réalisée en 2012, nous avons stabilisé davantage la terminologie des critères et leur classification. Nous avons également trouvé quatre nouveaux critères spécifiques au champ de l'ETP :

- La prise en compte d'activités transpathologiques. En raison, entre-autres, de l'avancée en âge, la juxtaposition de plusieurs pathologies chroniques chez un même individu est fréquente. Une démarche spécifique est actuellement réfléchie [86].
- L'existence d'activités éducatives transversales communes pour plusieurs types de patients souffrant de pathologies chroniques différentes. Il en va ainsi par exemple de l'activité physique, de la diététique ou de la gestion du stress.
- L'existence d'une dynamique de recherche sur l'ETP. Par son exigence méthodologique, ce processus renforce l'interdisciplinarité dans l'équipe.
- La présence d'une unité transversale de coordination de l'activité éducative. Les UTEP ou UTET se multiplient en France soulignant la nécessité de coordination globale dans un établissement en matière d'ETP et la diffusion d'une culture de l'interdisciplinarité [87].

Dans une seconde approche d'ordre quantitatif, nous avons tenté de montrer qu'il était possible de mesurer l'intensité de l'expression de chacun d'eux. La somme des pondérations serait alors le reflet de l'intensité d'un fonctionnement d'équipe en interdisciplinarité [85].

Cette étude nous a permis de finaliser une liste exhaustive de 36 critères que nous ordonnons en quatre domaines et que nous développons dans le tableau III :

- Le projet, sa construction et son déploiement.
- La structuration de l'équipe.
- La communication autour de l'ETP.
- La formation en ETP.

Les remarques énoncées pour le tableau II sur la qualification de certains critères prévalent également ici. Nous précisons

dans une étude ultérieure les indicateurs pour chacun des critères. Nous remarquons que ces quatre champs sont proches de ceux définis par Louvel *et al.* dans leur recherche de critères de qualité de l'ETP : une dynamique de co-construction des processus éducatifs, une coordination optimale des acteurs entre eux, un processus de traçabilité des activités éducatives, notamment au niveau d'un dossier éducatif partagé et l'existence d'une formation d'équipe [70].

À ce stade de notre recherche, plusieurs questions émergent appelant d'autres études : quels sont les critères d'interdisciplinarité les plus signifiants dans le cadre de l'ETP, comment s'articulent-ils entre eux, quelles pondérations leur attribuer ? Y a-t-il une temporalité spécifique à l'expression de chacun d'eux ? Enfin, dans cette perspective d'optimisation, quelles actions et quelles méthodes d'intervention seraient les plus intéressantes à mettre en place ?

4 Conclusion

La complexité des situations et la variabilité dans le temps des modes de fonctionnement dans un groupe obligent à envisager le continuum allant de la mono à la transdisciplinarité, en passant par la pluri et l'interdisciplinarité. Néanmoins nous avons montré que le concept d'interdisciplinarité était celui qui convenait le mieux pour définir un fonctionnement optimal d'une équipe pratiquant l'ETP dans le contexte actuel.

À partir de ce choix, nous avons proposé de définir 36 critères interdisciplinaires appliqués, que nous rapportons à quatre domaines : le projet, sa construction et son déploiement ; la structuration et la vie de l'équipe ; la communication ; la formation en ETP. Dans un second temps, une pondération de chacun d'eux est envisageable, permettant par-là d'évaluer l'intensité du fonctionnement interdisciplinaire d'une équipe d'ETP.

Néanmoins, cette proposition doit encore faire l'objet d'études de validation pour déterminer dans quelle mesure ce mode d'analyse du fonctionnement des équipes est pertinent dans le champ de l'ETP et à partir de quels critères spécifiques. Dans l'hypothèse où l'interdisciplinarité pourrait répondre aux enjeux de l'ETP tant dans son organisation que dans son fonctionnement, celle-ci requiert de la part des professionnels un long processus d'apprentissage et d'adaptation. Cela n'exclut en rien que ces professionnels soient les concepteurs et acteurs de l'interdisciplinarité autant dans sa mise en œuvre que dans son évaluation. Par ailleurs, on n'insistera jamais assez sur l'importance de l'attitude et des compétences éducatives des soignants pour une relation juste avec le patient.

Remerciements. Nous remercions Vianeyte Tessier pour son aide précieuse à la lecture critique de cet article, Vincent De Andrade du Laboratoire de Pédagogie de la Santé EA 3412 Université Paris13-Bobigny Sorbonne Paris Cité, pour sa contribution à la recherche documentaire, ainsi que Syluie Ruault pour la construction de la figure 2.

Conflits d'intérêts. Aucun.

Tableau III. Propositions de critères d'interdisciplinarité dans le champ de l'ETP classés en 4 domaines. – *Proposal of interdisciplinary criteria in the field of therapeutic patient education.*

Le projet, sa construction et son déploiement	Implication homogène des médecins et des autres soignants de l'équipe dans le programme Implication des responsables médicaux et paramédicaux dans le programme d'ETP Place définie pour tous les membres de l'équipe dans le programme Connaissance par tous du programme dans l'équipe Co-construction du programme en équipe sur une longue durée Co-construction du programme avec un ou des patients Autoévaluation en équipe et ajustements continus du programme Existence d'activités éducatives transpathologiques Existence d'une dynamique de recherche en ETP dans le service Facilité d'accès à une/des pièces dévolues aux consultations et/ou aux ateliers d'ETP Reconnaissance institutionnelle du programme d'ETP et dans le pôle ou département Présence d'une unité transversale d'ETP
Structuration et vie de l'équipe	Cohésion de l'équipe, respect mutuel, confiance en l'autre Taille de l'équipe réduite Connaissance et culture communes en ETP dans l'équipe Suffisamment de temps pour participer aux activités éducatives Ressources humaines médicales et paramédicales suffisantes Ressources matérielles suffisantes pour la pratique de l'ETP Connaissance mutuelle du rôle de chacun et des représentations des autres sur l'ETP Force et caractère démocratique du leadership pour le programme Absence de conflit interpersonnel important dans l'équipe pouvant gêner la pratique de l'ETP En cas de conflit interpersonnel, possibilité d'expression des tensions Possibilité de suppléance en cas d'absence d'un membre actif dans l'ETP momentanément défaillant Plaisir de travailler ensemble, « bonne ambiance », humour ambiant Autonomie d'action forte parmi les médecins (pression hiérarchique acceptable) Autonomie d'action forte parmi les soignants (pression hiérarchique acceptable)
Communication autour de l'ETP	Communication aisée entre les membres de l'équipe Facilité d'accès aux supports éducatifs et traçabilité des données Réunions régulières d'équipe en ETP pour des échanges autour des cas de patients Existence d'un support informatique pour le dossier éducatif Liens avec l'extérieur (du CH) avec les soignants de ville concernant l'ETP Liens avec l'extérieur (du CH) avec une/des association(s) de patients
Formation en ETP	Taux élevé de formations individuelles en ETP dans l'équipe Existence d'un plan prévisionnel de formation en ETP pour l'équipe Ancienneté de l'expérience en ETP de l'équipe, ou ancienneté du programme Formation d'équipe autour du programme d'ETP

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Education Thérapeutique du Patient Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques [Internet]. [cité 26 juill 2012]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf.
2. Haute Autorité de santé (HAS). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. HAS; 2007.
3. Saout C, Charbonnel B, Bertrand D. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient, Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot, 2008 sept. [cité 26 juillet 2012]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf.
4. Jacquat MD. Éducation thérapeutique du patient Propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne. Rapport au premier ministre [cité 26 juill 2012]. Disponible sur : http://education-sante-patient.etud.univ-montp1.fr/files/2010/07/Rapport_Education_therapeutique_du_patient1.pdf.
5. Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009-879, 21 juill 2009.
6. Décret no 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient, 2010-906, 2 août 2010.
7. Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.
8. D'Ivernois J-F, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient : Approche pédagogique. 4e édition. Paris : Maloine ; 2011.
9. Zaffran C, Terral C. L'éducation du patient au CHRU de Montpellier : De l'émergence d'une politique de promotion de la santé à la structuration d'un dispositif de soutien à l'éducation. Education du Patient et Enjeux de Santé 2011; 29(2-3):36-41.
10. Lager G, Pataký Z, Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. Patient Educ Couns 2010; 79(3):283-286.
11. De la Tribonnière X, Pennel MP, Carillo C. Intérêt des formations-actions pour favoriser l'interdisciplinarité, nécessaire

- à la mise en place des programmes ETP : expérience de la formation Myriade ETP dans le champ du VIH. *Santé Éducation* 2012; 22(2):2-6.
12. Sandrin-Berthon B. De l'éducation des patients à la formation des soignants. *ADSP* 2009; 66:29-32.
 13. Éducation thérapeutique du patient en Provence-Alpes-Côte d'Azur : actions, recommandations, perspectives [cité 26 juill 2012]. Disponible sur : http://www.cres-paca.org/autres/newsletter/archives/32/images_32/colloque_etc.pdf.
 14. Costa Olivier C-E. La conception d'interprofessionnalité en ETP d'une équipe soignante. Université Paris 13 : Mémoire de Master en Education à la Santé; 2010.
 15. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of inter-professional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care* 2005; 19(Suppl 1):8-20.
 16. Oandasan I, Reeves S. Key elements of interprofessional education. Part 2: factors, processes and outcomes. *J Interprof Care* 2005; 19(Suppl 1):39-48.
 17. Choi BCK, Pak AWP. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clin Invest Med* 2006; 29:351-364.
 18. Morin E. Sur l'interdisciplinarité. *Bulletin Interactif du Centre International de Recherches et Études transdisciplinaires* 1994. [cité 11 févr 2012]. Disponible sur : <http://basarab.nicolescu.perso.sfr.fr/ciret/bulletin/b2c2.htm>.
 19. Couturier Y. Problèmes interprofessionnels ou interdisciplinaires? Distinction pour le développement d'une analytique de l'interdisciplinarité à partir du cas d'un hôpital de soins de longue durée. *Rech Soins Infirm* 2009; 97:23-33.
 20. Dictionnaire Larousse en ligne [cité 26 juillet 2012]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/>.
 21. Choi BCK, Pak AWP. Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 3. Discipline, inter-discipline distance, and selection of discipline. *Clin Invest Med* 2008; 31:E41-E48.
 22. Bertrand M-A, Bibeau G, Crevier V, David H, Doucet H, Gélinau L, *et al.* L'interdisciplinarité et la recherche sociale appliquée. Réflexions sur des expériences en cours. Universités de Montréal et Laval. Octobre 2002 [cité 27 juill 2012]. Disponible sur : <http://www.fas.umontreal.ca/sha/documents/interdisciplinarite.pdf>.
 23. Wittorski R. De la fabrication des compétences. *Education Permanente* 1998; 135:57-69.
 24. Jouet le Pors M. L'évolution des représentations sociales des étudiants infirmiers sur la profession infirmière au cours de la formation : un cheminement pour la mise en œuvre de l'agir infirmier. Collège de Bretagne : Mémoire de Diplôme des hautes Études Sociales; 2004.
 25. Thibault GE. Interprofessional education: an essential strategy to accomplish the future of nursing goals. *J Nurs Educ* 2011; 50:313-317.
 26. Valentine V. L'interdisciplinarité dans le projet Mumeur in Utero [cité 15 nov 2012]. Disponible sur : http://www.corps.fiction.uqam.ca/valentine_metaphore.htm.
 27. Transdisciplinary inquiry incorporating holistic principles [cité le 26 juil 2012]. Disponible sur : <http://www.hent.org/transdisciplinary.htm>.
 28. Blanchard-Laville C. De la co-disciplinarité en sciences de l'éducation. *Rev Fr Pédagogie* 2000; 132:55-66.
 29. Lacroix A, Assal J-P. L'éducation thérapeutique des patients : Accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches. 3e édition. Paris : Maloine ; 2011.
 30. Euller-Ziegler L, Ziegler G. Qu'est-ce qu'une approche multidisciplinaire? Définition, cadre de soins, problématique. *Rev Rhumatol* 2001; 68:126-130.
 31. Fortier I. Le défi humain de la multidisciplinarité et la quête de l'interdisciplinarité. *Sources ENAP* 2002; 17:1:1-2.
 32. Ressources Pédagogiques ICRA. Interdisciplinarité Concepts-clefs [cité 27 juill 2012]. Disponible sur : http://comingame.free.fr/animation/encadrants/equipes/ens_interdisciplinaire_icraedu.pdf.
 33. Piaget J. *Psychologie et épistémologie*. Paris : Médiations ; 1970.
 34. Klein JT. Evaluation of interdisciplinary and transdisciplinary research: a literature review. *Am J Prev Med* 2008; 35(2 Suppl):S116-S123.
 35. Paul P. Le concept de Santé Globale, entre approches formelles et informelles, dans la Transdisciplinarité. *Education du Patient et Enjeux de Santé* 2007; 25:78-88.
 36. Weaver TE. Enhancing multiple disciplinary teamwork. *Nurs Outlook* 2008; 56:108-114.
 37. Newhouse RP, Spring B. Interdisciplinary evidence-based practice: moving from silos to synergy. *Nurs Outlook* 2010; 58:309-317.
 38. Mucchielli R. *Le travail en équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective*. 13^e édition. Thiron : ESF Editeur ; 2012.
 39. Chantrel S. Education thérapeutique en équipe. Quel type de complémentarité entre soignants ? Université Paris 13 : Mémoire de Master en éducation à la santé; 2007.
 40. Lenoir Y. Formation à l'enseignement et interdisciplinarité : Un mythe ou une exigence? Dépasser l'interdisciplinarité et penser circumdisciplinarité. *Euro J Teach Education* 2000; 23:289-298.
 41. Loty L. Pour l'indisciplinarité. *Studies on Voltaire and the Eighteenth Century* [cité 27 juill 2012]. Disponible sur : <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=17837225>.
 42. INPES. Référentiel de compétence des praticiens en ETP 2011 [cité 26 juill 2012]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/referentiel-competences-ETP/pdf/referentiel-praticien.pdf>.
 43. Origi G, Darbellay F. *Repenser l'Interdisciplinarité*. Genève : Editions Slatkine ; 2009.
 44. Thomas P, Hazif Thomas C. Inter-, trans- ou multidisciplinarité dans la prise en charge familiale. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 2008; 8(Suppl 1):A17-31.
 45. Choi BCK, Pak AWP. Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies of enhancement. *Clin Invest Med* 2007; 30:E224-E232.
 46. Vaillant M-F. La culture de santé par l'éducation thérapeutique à l'hôpital : des usages qui réinterrogent la relation médecin-soignant-patient. Colloque 3^e rencontres annuelles de la santé Les cultures de la santé. Nouveaux imaginaires et nouveaux usages. Institut d'Études Politiques d'Aix-en-Provence et Centre d'Études du Service Public (CESPU), Aix-en-Provence, 2 et 3 juin 2006, [cité 27 juill 2012]. Disponible sur : <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/37/24/18/PDF/Vaillant-Aix-2006.pdf>.
 47. Griesser A-C. *Petit précis d'organisation des soins interdisciplinaires*. Paris ; Editions Lamarre ; 2010.
 48. De la Tribonnière X, Pennel MP, Carillo C. La mise en place de programmes ETP dans le champ du VIH : besoins en formation *in situ* en interdisciplinarité. XVII Assises & XII Congrès de la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS), Lyon 2011, Abst L14.
 49. Allen DD, Penn MA, Nora LM. Interdisciplinary healthcare education: fact or fiction? *Am J Pharm Educ* 2006; 70:39.
 50. Carillo C. Être un soignant heureux : le défi : Fluidifier les relations et apprivoiser les émotions. Paris : Masson ; 2010.

51. Doumont D, Libion MF. Quels sont les bénéfices d'une approche multidisciplinaire en réadaptation cardiaque Société Belge de Réadaptation Cardiaque 2009 [cité 27 juill 2012]. Disponible sur : <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dossier53.pdf>.
52. Guimelcham-Bonnet M, Macrez P. L'épuisement professionnel des soignants [cité 27 juill 2012]. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/article/172387/article/l-epuisement-professionnel-des-soignants>.
53. Jullian M. Comprendre et prévenir l'épuisement professionnel des soignants. L'exemple de la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois. ENSP : Mémoire; 2007.
54. 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 oncohématologie et en gériatrie. Médecine Palliative : Soins de Support-Accompagnement-Éthique 2012; 11(2):65-89.
55. Joly C, Lainé A, Catan A. L'interdisciplinarité : une visée, une nécessité et une exigence au service du malade. Ethique Santé 2011; 8:119-124.
56. Daydè M-C. Complexité, incertitude et interdisciplinarité : l'apport du travail en réseau. Médecine Palliative : Soins de Support-Accompagnement-Éthique 2012; 11:164-169.
57. Pascal C. Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble. ADSP 2000; 33:51-53.
58. Van Weert J, Van Dulmen S, Bär P, Venus E. Interdisciplinary preoperative patient education in cardiac surgery. Patient Educ Couns 2003; 49:105-114.
59. Jacquemin D. Interdisciplinarité : spécificité du rôle infirmier et regard de l'infirmier dans l'interdisciplinarité en soins palliatifs. Médecine Palliative : Soins de Support-Accompagnement-Éthique 2009; 8:72-77.
60. Lassaunière J-M. Interdisciplinarité et clinique du soin. Médecine Palliative : Soins de Support-Accompagnement-Éthique 2008; 7:181-185.
61. Lasserre Moutet A, Dupuis J, Chambouleyron M, Lagger G, Golay A. Transformer son identité professionnelle : impact d'un programme de formation continue de soignants en éducation thérapeutique du patient. Pédagogie Médicale 2008; 9:83-93.
62. Tremblay D, Roberge D, Cazale L, Touati N, Maunsell E, Latreille J, *et al.* Evaluation of the impact of interdisciplinarity in cancer care. BMC Health Serv Res 2011; 11:144.
63. Anzieu D, Martin J-Y. La dynamique des groupes restreints. Paris : Presses Universitaires de France ; 2007.
64. Fortin B, Methot L. S'adapter avec humour au travail interdisciplinaire : pistes de réflexes [cité 27 juill 2012]. Disponible sur : http://www.psychologue.levillage.org/04_Fortin_Methot.pdf.
65. Vrancken D. La société du travail sur soi. La Revue Nouvelle 2007; 10:40-45.
66. Haute Autorité de santé (HAS). Auto-évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient. Guide pour les coordonnateurs et les équipes [cité 21 janv 2013]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/etp_auto-évaluation-programme_2012-04-02_16-39-56_681.pdf.
67. D'Ivernois JF, Gagnayre R. Propositions pour l'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient. ADSP 2007; 57-61.
68. Deccache A. Précautions et implications des choix d'évaluation en éducation thérapeutique des patients. ADSP 2009; 66:26-28.
69. Tereygeol P. Bilan des demandes d'autorisation des programmes d'ETP en région Île-de-France. EDUTHERA 2011, 3e conférence sur l'éducation thérapeutique du patient, 17 mai 2011 hôtel Marriott, Paris.
70. Louvel A. Education thérapeutique en établissements de santé. Des indicateurs de qualité. Gestions Hospitalières 2008; 479:549-567.
71. Atwal A, Caldwell K. Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? Scand J Caring Sci 2002; 16:360-367.
72. Roberge D, Cazale L, Tremblay D, Hébert-Croteau N. Les effets des équipes interdisciplinaires locales en oncologie au Québec : étude pilote en Montérégie. Rapport de recherche Août 2007. Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine, Canada [cité 27 juill 2012]. Disponible sur : http://chpierrelegardeur.visard.ca/GEIDFile/6088.PDF?Archive=191629191980&File=6088_PDF.
73. Huutoniemi K, Klein JT, Bruun H, Hukkinen J. Analyzing interdisciplinarity: Typology and indicators. Research Policy 2010; 39:79-88.
74. Buanes A, Jentoft S. Building bridges: Institutional perspectives on interdisciplinarity. Futures 2009; 41:446-454.
75. Wiecha J, Pollard T. The interdisciplinary eHealth team: chronic care for the future. J Med Internet Res 2004; 6(3):e22.
76. Mucci F. L'équipe interdisciplinaire et la multidisciplinarité. Présentation faite dans le cadre de la formation des coordinateurs de maintien à domicile de la région de Montréal métropolitaine tenue au Conseil de la santé et des services sociaux. 9 octobre 1986 [cité 27 juill 2012]. Disponible sur : http://www.perspectives.qc.ca/fr/centre-de-documentation/documents/Equipes_multidisciplinaires.pdf.
77. Robinson FP, Gorman G, Slimmer LW, Yudkowsky R. Perceptions of effective and ineffective nurse-physician communication in hospitals. Nurs Forum 2010; 45:206-216.
78. Le Rhun A, Greffier C, Lamour P, Gagnayre R, Lombrail P. Etat des lieux en 2006 de 16 programmes d'éducation thérapeutiques au CHU de Nantes (et réseaux attachés) : une démarche éducative centrée sur le patient. Educ Pat Enjeux de Santé 2007; 25:17-21.
79. Roussel S, Deccache A. Représentations variées des concepts en éducation thérapeutique du patient chez les professionnels de soins de santé : Réflexions et perspectives. Educ Ther du Patient/Ther Patient Educ 2012; 4(2):S401-S408.
80. Annezo F. Travailler ensemble, ça ne s'improvise pas... ça s'apprend. Santé Education 2011; 21(2):12-14.
81. Oandasan I, Reeves S. Key elements of interprofessional education. Part 2: factors, processes and outcomes. J Interprof Care 2005; 19(Suppl 1):39-48.
82. Aubry R. Le travail en réseau : de nouvelles pratiques, de nouvelles fonctions, une nouvelle culture : quelles formations ? Médecine Palliative : Soins de Support-Accompagnement-Éthique 2008; 7:234-237.
83. Van Bommel JH. Medical informatics is interdisciplinary avant la lettre. Methods Inf Med 2008; 47:318-321.
84. Hasman A, Ammenwerth E, Dickhaus H, Knaup P, Lovis C, Mantas J, *et al.* Biomedical informatics—a confluence of disciplines? Methods Inf Med 2011; 50(6):508-524.
85. De la Tribonnière X, Gagnayre R. Proposition de critérisation du fonctionnement en interdisciplinarité dans des programmes structurés d'ETP. Congrès Santé Education 2013, Paris.
86. D'Ivernois J-F, Gagnayre R. Éducation thérapeutique chez les patients pluripathologiques Propositions pour la conception de nouveaux programmes d'ETP. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2012; 5(1):201-204.
87. De la Tribonnière X. Compte rendu du séminaire national Les Unités Transversales : Quelles ressources pour le développement de l'éducation thérapeutique à l'hôpital? 21 septembre, Besançon. Santé Education 2012; 22(4):3-6.