



MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

ESNAULT Sandie
PY Audrey

**L'INTEGRATION DES JEUNES ORTHOPHONISTES
TRAVAILLANT EN CABINET LIBERAL DANS UN
RESEAU PLURIDISCIPLINAIRE DE
PROFESSIONNELS**

Maître du Mémoire

FAVRE Johnny

Membres du Jury

GENTIL Claire

MERIC Corine

THOMALLA Michèle

Date de Soutenance

Jeudi 6 juillet 2006

ORGANIGRAMMES

1- Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. GARRONE Robert

Vice-président CEVU
Pr. MORNEX Jean-François

Vice-président CA
Pr. ANNAT Guy

Vice-président CS
M. GIRARD Michel

Secrétaire Général
Pr. COLLET Lionel

1.1. Fédération Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Grange
Blanche
Directeur
Pr. MARTIN Xavier

U.F.R d'Odontologie
Directeur
Pr. ROBIN Olivier

U.F.R de Médecine Lyon R.T.H.
Laennec
Directeur
Pr. VITAL-DURAND Denis

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur
Pr. LOCHER François

U.F.R de Médecine Lyon-Nord
Directeur
Pr. MAUGUIERE François

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur
Pr. MATILLON Yves

U.F.R de Médecine Lyon-Sud
Directeur
Pr. GILLY François Noël

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directeur
Pr. FARGE Pierre

1.2. Fédération Sciences :

Centre de Recherche Astronomique de
Lyon - Observatoire de Lyon
Directeur
M. GUIDERDONI Bruno

I.S.F.A. (Institut de Science Financière
et D'assurances)
Directeur
Pr. AUGROS Jean-Claude

U.F.R. Des Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
Directeur
Pr. MASSARELLI Raphaël

U.F.R. de Génie Electrique et des
Procédés
Directeur
M. BRIGUET André

U.F.R. de Physique
Directeur
Pr. HOAREAU Alain

U.F.R. de Chimie et Biochimie
Directeur
Pr. PARROT Hélène

U.F.R. de Biologie
Directeur
Pr. PINON Hubert

U.F.R. des Sciences de la Terre
Directeur
Pr. HANTZPERGUE Pierre

I.U.T. A
Directeur
Pr. COULET Christian

I.U.T. B
Directeur
Pr. LAMARTINE Roger

Institut des Sciences et des Techniques
de l'Ingénieur de Lyon
Directeur
Pr. LIETO Joseph

U.F.R. De Mécanique
Directeur
Pr. BEN HADID Hamda

U.F.R. De Mathématiques
Directeur
Pr. CHAMARIE Marc

U.F.R. D'informatique
Directeur
Pr. EGÉA Marcel

REMERCIEMENTS

Nous tenions à remercier :

Johnny FAVRE, notre maître de mémoire, pour son entrain et son calendrier imparable... mais surtout pour son esprit de synthèse qui nous a permis d'avancer tout au long de ce travail.

Michèle THOMALLA, notre référente, pour nous avoir accompagnées dans cette recherche.

Les orthophonistes qui ont répondu à notre enquête.

Nos copines de la promotion avec qui nous avons pu échanger et progresser dans nos réflexions.

Corine, Maman Véro, Maman Joce pour leurs précieuses relectures, leurs idées et leurs remarques.

Nous tenons à remercier plus particulièrement nos familles, nos compagnons et nos amis, qui ont supporté nos humeurs et nous ont accompagnées durant cette dernière année et toutes les précédentes.

SOMMAIRE

Organigrammes	2
1- Université Claude Bernard Lyon1	2
Remerciements.....	4
Sommaire	5
Introduction	9
PARTIE THEORIQUE.....	10
LA PROFESSION D'ORTHOPHONISTE.....	11
1 - Définition	11
2 - Les missions	11
3 - Les modes d'exercice	11
4 - Les modifications du champ de compétence	12
L'INTEGRATION	14
1 - Une définition de l'intégration	14
2 - L'intégration par la reconnaissance	14
3 - L'identité professionnelle comme vecteur de légitimité	15
4 - L'intégration par la légitimité.....	15
LA PLURIDISCIPLINARITE.....	17
1 - Définition de la pluridisciplinarité	17
2 - Le travail pluridisciplinaire.....	18
3 - L'interprofessionnalité	18
LE RESEAU.....	19
1 - Définition du réseau.....	19
2 - Distinction entre les différents réseaux	20
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	22
EXPERIMENTATION	24
DEMARCHE METHODOLOGIQUE	25

POPULATION CONCERNEE ET CRITERES DE SELECTION	25
1 - Population concernée	25
2 - Critères de sélection	25
OUTIL EXPERIMENTAL : LE QUESTIONNAIRE.....	26
1 - Choix de l'outil	26
2 - Elaboration du questionnaire	26
3 - Administration du questionnaire.....	29
PRESENTATION DES RESULTATS	30
METHODE D'ANALYSE	31
CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	31
1 - Identification de nos sujets	31
2 - Renseignements généraux sur les sujets	34
LA PLURIDISCIPLINARITE.....	36
1 - Nature des contacts avec d'autres professionnels lors du suivi d'un patient.	36
2 - Buts des contacts avec d'autres professionnels	36
3 - Constitution du « carnet d'adresses »	37
4 - Relations et contacts avec les autres professionnels	37
LE RESEAU.....	38
1 - Définition de la notion de réseau pluridisciplinaire	38
2 - Notion de réseau.....	39
3 - Nombre de personnes constituant le « carnet d'adresses »	39
4 - Contacts entre les professionnels du réseau	40
5 - Les contacts dépendent-ils essentiellement du type de pathologies ou troubles ?.....	40
6 - Type de pathologie et/ou trouble nécessitant d'avoir des contacts avec d'autres professionnels.....	40
7 - Fréquence des contacts avec les professionnels du réseau.....	41
8 - De quoi dépend la fréquence des contacts ?	42
9 - Partenariat entre les enseignants et les orthophonistes	43

10 - Concrétisation de la collaboration entre les enseignants et les orthophonistes	43
11 - Apports du réseau pour un patient.....	43
12 - Avantages d'un réseau de professionnels non formel	43
13 - Limites d'un réseau de professionnels non formel	44
14 - Formalisation du réseau	44
INTEGRATION PROFESSIONNELLE	44
1 - Reconnaissance professionnelle de l'orthophonie vis-à-vis des autres professionnels de la santé	44
2 - Intégration professionnelle de l'orthophoniste dans le milieu médical et/ou paramédical	45
3 - Elargissement du champ de compétence de l'orthophoniste et insertion professionnelle dans le domaine médical et /ou paramédical	45
REMARQUES SUR NOS ANALYSES	45
DISCUSSION DES RESULTATS	47
REPONSES A NOS HYPOTHESES	48
1 - Réponse à notre première hypothèse.....	48
2 - Réponse à notre seconde hypothèse	50
3 - Réponse à notre troisième hypothèse	51
LE RESEAU.....	52
1 - Avantages du réseau.....	52
2 - Limites du réseau.....	53
3 - L'évolution de la notion de réseau	54
CRITIQUES ET SUGGESTIONS.....	55
1 - Critiques de la population	55
2 - Critiques du questionnaire	56
Conclusion	59
Bibliographie	61
ANNEXES	63
Annexe I : Analyse détaillée des décrets de compétence.....	64

Annexe II : Analyse détaillée des nomenclatures	67
Annexe III : Le questionnaire.....	72
Annexe IV : Lettre accompagnatrice	78
Annexe V : Décret n° 2005-1587 du 19 décembre 2005 relatif à la maison départementale des personnes handicapées.....	79
Table des Illustrations.....	88
1 - Liste des Tableaux	88
2 - Liste des Graphiques.....	88
Table des Matières	89

INTRODUCTION

Lors de nos investigations concernant notre sujet de mémoire, nous nous étions particulièrement intéressées au mémoire de Fredon & Petit-Delizy (1976) s'intitulant : « *L'intégration professionnelle des jeunes orthophonistes* ». Ce mémoire traite des relations que l'orthophoniste qui travaille en institution, entretient avec les autres professionnels de son équipe.

Nous souhaitons établir un parallèle entre l'intégration des jeunes orthophonistes en 1976 et celle en 2006, en reprenant le questionnaire.

Mais, lors de nos stages, nous nous sommes rendu compte que l'orthophoniste travaillant en cabinet libéral pouvait être amené à collaborer avec d'autres professionnels. C'est pourquoi nous avons modifié notre idée initiale et nous nous sommes intéressées à « *L'intégration des jeunes orthophonistes travaillant en cabinet libéral dans un réseau pluridisciplinaire de professionnels* ».

Nous voulons par cette recherche vérifier la mise en place et l'existence d'un réseau de professionnels dans lequel l'orthophoniste est inscrit, et décrire la nature des relations qui s'établissent entre les orthophonistes et d'autres professionnels dans ce cadre.

Ce travail se divise en quatre grandes parties.

La première pose le cadre théorique. Nous présenterons les différentes approches sur lesquelles nous nous sommes appuyées pour expliquer les notions d'intégration et de réseau. Nous dégagerons ensuite nos questions et hypothèses.

Dans la seconde partie, nous détaillerons le protocole expérimental choisi. Pour ce faire, nous précisons la méthode empruntée à la recherche en sciences sociales (questionnaire), et la population à laquelle s'applique l'expérimentation.

La troisième partie sera consacrée à la présentation des résultats obtenus lors de notre expérimentation.

Enfin, dans la dernière partie, nous interpréterons les résultats présentés dans la partie précédente. Nous les discuterons en fonction de nos hypothèses afin de confirmer ou d'infirmer ces dernières.

Chapitre I
PARTIE THEORIQUE

LA PROFESSION D'ORTHOPHONISTE

1 - Définition

Selon l'article L4341-1 du code de la Santé Publique (Journal Officiel du 4 mai 2002), « est considérée comme exerçant la profession d'orthophoniste toute personne qui, non médecin, exécute habituellement des actes de rééducation constituant un traitement des anomalies de nature pathologique, de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit, hors la présence du médecin. »

2 - Les missions

L'article 1^{er} du décret de compétence n° 2002-721 du 2 mai 2002 stipule que l'orthophonie consiste :

« - à prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression.

- à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions. »

3 - Les modes d'exercice

L'orthophoniste peut exercer sa profession à titre libéral, il travaille alors en cabinet privé, seul ou en groupe pluridisciplinaire. Ses conditions d'exercice sont alors définies par la Convention Nationale.

L'orthophoniste peut aussi travailler à titre salarié dans le secteur public ou privé. Enfin l'orthophoniste peut aussi se décider pour un exercice mixte.

Selon les données de la revue « *L'orthophoniste* » de juin 2005, la majorité de l'exercice se fait en cabinet libéral (79 %), dont 74 % en individuel.

4 - Les modifications du champ de compétence

4.1. Les décrets de compétence

Le décret de compétence est le texte réglementant le domaine d'intervention des orthophonistes. Le décret de 1983 fonde véritablement l'exercice professionnel légal pour l'orthophonie.

L'analyse des décrets de compétence laisse apparaître que des modifications ont été opérées en deux temps entre 1983 et 2002.

On constate qu'entre 1983 et 1992, de nouveaux domaines de rééducation ont été précisés pour la pratique orthophonique. Grâce à la révision du premier décret de compétence, les pathologies du bégaiement et des troubles vélo-tubo-tympaniques sont prises en charge par des professionnels.

A ces nouveaux domaines de compétence, vient s'ajouter le rôle préventif que l'orthophoniste se doit de remplir à travers le dépistage qu'il peut mettre en place, ainsi que la guidance parentale.

En juillet 2002, la parution du dernier décret de compétence au Journal Officiel apporte nombreux changements. En ce qui concerne les nouveaux domaines d'intervention des orthophonistes, l'apprentissage des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication, les rééducations de la dysphasie, des troubles liés au vieillissement et à la lutte contre l'illettrisme font leurs apparitions.

Enfin, on constate en dernier lieu qu'un certain nombre d'intitulés du décret précédent ont été modifiés en vue d'une réorganisation de ce texte en trois grands domaines d'intervention : les anomalies de l'expression orale ou écrite, les pathologies oto-rhino-laryngologiques et les troubles neurologiques. (Voir annexe 1)

4.2. Les nomenclatures

L'analyse des différents textes montre qu'entre 1972, date de parution de la première nomenclature des actes d'orthophonie et 1990, de nouvelles prises en charge ont été laissées aux soins des professionnels.

En effet, dans le domaine de l'éducation précoce, l'orthophoniste peut intervenir auprès des jeunes enfants présentant un handicap mental, moteur ou sensoriel et auprès des enfants sourds. Toujours dans le cadre de la surdité de l'enfant, il peut assurer l'apprentissage de la lecture labiale.

Entre les nomenclatures de 1990 et 2002, un certain nombre d'intitulés sont explicités et on voit apparaître, par ailleurs, de nouvelles prises en charge qui seront assurées par les orthophonistes. L'éducation précoce des jeunes enfants présentant un handicap s'étend à l'infirmité motrice d'origine cérébrale (I.M.O.C), à l'autisme et aux maladies génétiques. La rééducation des troubles liés au vieillissement ainsi que la prise en charge des enfants présentant une dysphasie sont aussi inscrites dans la nomenclature des orthophonistes.

La sphère oto-rhino-laryngée (O.R.L) est très représentée dans cette dernière nomenclature par l'apparition des rééducations vélo-tubo-tympaniques et la prise en charge liée à l'implantation cochléaire dans le domaine de la surdité de l'enfant.

L'utilisation des prothèses phonatoires et l'apprentissage de la voix trachéo-œsophagienne dans le domaine de la laryngectomie sont également inscrits dans cette nomenclature. Dans le même domaine d'intervention, on voit la naissance de la rééducation des dysphagies et celle du mouvement paradoxal des cordes vocales à l'inspiration.

Enfin, les derniers ajouts concernent spécifiquement les troubles liés à l'apprentissage : orthographe et raisonnement logico-mathématiques.

Toutes ces modifications et ajouts, apportés aussi bien aux décrets de compétence qu'aux nomenclatures des actes professionnels orthophoniques, ont contribué à élargir la base du champ de compétence des orthophonistes. En effet, dans ces différents textes, on constate qu'il n'y a eu aucune suppression relative aux domaines d'intervention. Les changements effectués dans les textes officiels tendent à élargir le champ des compétences orthophoniques.

Les intitulés des textes officiels sont de plus en plus détaillés, afin de préciser tous les actes que les orthophonistes peuvent accomplir. (Voir annexe 2)

L'INTEGRATION

1 - Une définition de l'intégration

Selon Jean-Pierre Obin (1999, p.1) «l'intégration renvoie généralement à l'effort d'un collectif sur lui-même pour maintenir ou affermir les liens avec un ensemble pris dans des mouvements centrifuges altérant sa cohésion. L'intégration se développe selon deux dimensions : la première, plus objective, en partie volontaire recouvre la participation à des structures contraignantes (activité professionnelle) et l'adoption de normes communes ; la seconde, plus subjective, voire affective, prend la forme du développement d'un sentiment d'appartenance à une même communauté ».

2 - L'intégration par la reconnaissance

Les avancées de la recherche scientifique donnent de plus en plus d'importance au domaine médical. Déjà, en 1947, avec la création de la Sécurité Sociale, l'Etat facilite l'accès aux soins à un grand nombre de personnes. On assiste à l'apparition de nouveaux spécialistes. L'orthophoniste en fait partie.

Dans le cadre de l'orthophonie, d'autres spécialités apparaissent pour répondre à l'émergence de nouvelles demandes. Ainsi, dans les différentes disciplines médicales, une place est donnée à la rééducation de la communication et du langage. Forts de cet appui, les orthophonistes tentent d'optimiser la qualité de leur travail, afin d'arriver à la reconnaissance sociale de leur activité. Cela justifie la demande de légitimation d'un métier spécifique. Les prémices de cette légitimation arrivent en 1955, avec la création de l'« Attestation d'Etudes en Orthophonie ». Il faudra attendre encore neuf ans, pour qu'en 1964, les orthophonistes se voient attribuer leur mission de travail et leur autorisation d'exercer par l'Etat.

Les progrès de la médecine permettent un allongement conséquent de l'espérance de vie qui va de pair avec le vieillissement de la population. Les prises en charge des pathologies liées à ce vieillissement, telles que les maladies dégénératives, sont entrées progressivement dans le travail orthophonique, et sont reconnues aujourd'hui comme nécessitant des rééducations à part entière.

3 - L'identité professionnelle comme vecteur de légitimité

« La notion d'identité professionnelle renvoie pour nous à la manière dont les personnes appartenant à une profession, définissent leur objet de travail, ainsi que leur champ de compétence et leur domaine d'intervention. La notion de légitimité professionnelle correspond à ce qu'il en est de la reconnaissance sociale de la part des pouvoirs publics et des diverses catégories d'acteurs sociaux de cette identité professionnelle. » (Bouchayer, 1984, p.65)

Le travail interprofessionnel renforce les identités professionnelles. Le partenaire « oblige » l'autre à mieux définir le terrain de son travail et les limites de ses ressources. Il lui fournit le lieu d'une prise de mesure de ses capacités et de son pouvoir d'intervention. L'identité professionnelle reconnue favorise la collaboration interprofessionnelle et cette collaboration renforce les identités professionnelles.

Dans la pratique, les orthophonistes vont être dans le don d'informations pour permettre aux autres praticiens de leur réseau d'avoir une prise en charge la plus globale possible, en leur suggérant diverses conduites à tenir. Ces conduites, lorsqu'elles sont spécifiques au langage, seuls les orthophonistes les connaissent, ce qui leur permet, entre autres choses, d'asseoir leur légitimité.

4 - L'intégration par la légitimité

4.1. La légitimité selon la psychologie sociale

La légitimité est définie par Mohib & Sonntag (2002, p.4) comme « l'action ou l'usage reconnu et autorisé par un groupe, c'est-à-dire un acte qui correspond à un certain nombre de règles établies et qui obtient le pouvoir de s'accomplir ».

« La légitimité est au cœur de la compétence c'est-à-dire de l'action orientée vers l'efficacité. Si la compétence est le résultat d'un savoir et d'un vouloir agir, elle trouve sa source dans l'autorisation d'agir selon les règles reconnues donc d'exercer un pouvoir. Or l'essence de ce pouvoir réside

dans sa légitimité c'est-à-dire dans sa conformité à des valeurs reconnues au nom de l'efficacité de l'agir. » (Maccio, 1988, p.5)

4.2. La légitimité par le statut selon les interactionnistes

Selon la perspective interactionniste de Hugues, la légitimité du métier est octroyée par la « *licence* » et le « *mandate* ».

La « *licence* » est l'autorisation d'exercer attribuée à un métier (Hugues, 1981). Elle répond aux revendications des membres d'une même profession qui demandent l'autorisation de l'exercice exclusif d'une activité et de la sécurité de l'emploi en limitant la concurrence. D'un point de vue législatif, cette licence correspond à la nomenclature des actes, qui définit les champs d'intervention des professionnels.

Le « *mandate* » est la mission du métier (Hugues, 1981). Il répond aux revendications des membres d'une même profession qui demandent une identité propre, pour se différencier des autres professions. D'un point de vue législatif, ce mandate correspond au décret de compétence, qui régit la profession d'un point de vue légal.

4.3. La légitimité dans les textes officiels

En ce qui concerne l'orthophonie, la création du certificat de capacité d'orthophoniste, en 1964, est venue reconnaître légalement le droit d'exercice aux orthophonistes. Plus tard, en 1983, le décret de compétence a permis de circonscrire la mission des orthophonistes en détaillant les pathologies relevant de leurs fonctions.

Chaque professionnel est amené à définir et à délimiter son domaine d'exercice et ses compétences pour être reconnu par la société légitimant ainsi sa pratique. Les frontières d'un métier sont en perpétuelle évolution et le champ de compétence n'est jamais définitivement défini.

La délimitation et l'affirmation de compétences sont importantes dans un milieu professionnel puisqu'il existe au sein d'un même domaine d'activité, des réalités professionnelles différentes. Par exemple dans le champ professionnel de la neurologie, on peut rencontrer bien évidemment des neurologues mais aussi des chirurgiens, des orthophonistes, des psychologues, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes.

En effet, les textes parlent désormais de « bilan orthophonique et rééducation si nécessaire » (Journal Officiel, 2002). La capacité décisionnelle des orthophonistes par rapport à leur champ de compétence s'est donc élargie. Cela va dans le sens d'une autonomisation de la profession d'orthophoniste.

« *L'orthophoniste assume désormais une responsabilité pleine et entière de sa décision thérapeutique.* » (Roustit, 2002, p.3) Grâce à la révision de premier décret de compétence, « *l'orthophonie se voyait officiellement reconnaître ses nouveaux champs de compétence.* » (Roustit, 2002)

LA PLURIDISCIPLINARITE

1 - Définition de la pluridisciplinarité

Comme en témoigne le libellé de l'article 2 du décret de compétence du 24-8-1983, modifié par le décret du 30-3-1992, les orthophonistes peuvent participer à des actions de prévention au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Selon De Béchillon (1997), la pluridisciplinarité suppose une simple juxtaposition des regards spécifiques à chaque discipline. Ce procédé de l'addition pure et simple maintient l'hétérogénéité des points de vue produits sur le même objet. Chacun conserve la spécificité de ses concepts et méthodes, à la différence de l'interdisciplinarité et de la transdisciplinarité où les décisions prises par consensus vont au-delà des frontières de chaque discipline. De plus, la pluridisciplinarité tend vers un but commun contrairement à la multidisciplinarité où chaque professionnel accomplit sa tâche de façon indépendante.

Ce sont les raisons qui justifient que nous ayons arrêté notre choix sur le terme « pluridisciplinaire ». En effet, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, l'approche des soins centrés sur les besoins des patients se traduit par une interaction entre les praticiens, une compréhension plus élargie des besoins du patient, une dynamique de travail plus globale et une approche davantage humaine. (Fougeyrollas, 1998)

La pluridisciplinarité assure un plan d'intervention personnalisé élaboré et réalisé en collaboration avec le patient, en fonction de ses besoins et en tenant compte de son contexte réel de vie.

2 - Le travail pluridisciplinaire

En juillet 2002, la parution du dernier décret de compétence « vient préciser pour la première fois le rôle, la fonction et la mission de l'orthophoniste. »

Le statut de l'orthophoniste a connu, en 2002, des modifications quant à ses habiletés et à l'exercice de sa profession. Ainsi, le décret du 2 mai 2002 offre une définition des missions de l'orthophoniste qui consistent « à prévenir, évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression ; à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions ».

En d'autres termes, l'orthophoniste est amené à rencontrer un public varié.

C'est pour cela que sa formation lui apporte une certaine assise dans le domaine de la psychologie, de la neuropsychologie et de la pédagogie en prenant en considération les mécanismes de raisonnement et d'évolution de la logique de l'enfant, ainsi que dans le domaine médical par l'étude de la physiologie et de diverses pathologies.

Dolley (1993, p.59) écrit d'ailleurs que « le champ d'action de l'orthophonie se situe au carrefour de la médecine, de la pédagogie et de la psychologie ».

Selon les pathologies, l'orthophoniste aura des contacts plus ou moins fréquents avec le corps médical, le corps paramédical, les psychologues, le corps professoral, et le milieu de la recherche.

3 - L'interprofessionnalité

D'après Resweber (2000, p.113), l'interprofessionnalité poursuit une double finalité. La première « *renforce l'efficacité pratique et symbolique du travail* ». L'échange des points de vue permet de ce fait d'affiner et de confirmer le diagnostic. Grâce à la diversité des compétences, on pourra envisager de sélectionner des moyens ou les outils les mieux adaptés pour résoudre les problèmes posés.

Mais ce bénéfice apparent qui concerne les résultats escomptés s'accompagne d'un bénéfice plus profond qui correspond à la deuxième finalité, plus personnelle celle-ci : « *le plaisir de*

construire un être-en-commun par la mise en œuvre d'un faire-en-commun, la joie de cultiver les mêmes valeurs, le bonheur de recréer de nouvelles situations ». (Resweber, 2000, p.113)

Lorsque l'orthophoniste prend en charge des personnes présentant des pathologies telles que les maladies neurologiques, le handicap mental, moteur ou sensoriel, il peut s'avérer intéressant de solliciter l'avis d'autres professionnels intervenant sur cette même pathologie pour permettre à l'orthophoniste d'avoir une vue plus globale de la pathologie, et par là même, une meilleure prise en charge du patient.

LE RESEAU

Comme nous l'avons vu précédemment, l'orthophoniste peut être amené à travailler avec une volonté pluridisciplinaire.

Ceci étant, la rencontre entre l'orthophoniste et d'autres professionnels fait l'objet d'une démarche personnelle qui n'est pas évidente et ne va pas de soi.

En effet, l'exercice libéral se caractérise par un travail plutôt « solitaire » en ce sens que le professionnel gère un cabinet et une patientèle. Les liens avec l'extérieur peuvent être restreints.

A l'inverse, l'exercice salarié place l'orthophoniste dans une équipe pluridisciplinaire plus ou moins étendue selon la taille de l'institution et dans une dynamique qu'il peut être difficile de recréer dans l'exercice libéral.

Ainsi, l'orthophoniste libéral devra se constituer un réseau de professionnels, sorte de référents auprès desquels il pourra orienter ses patients mais aussi s'informer et demander des avis complémentaires.

De ce fait, au cours de son exercice, l'orthophoniste a la possibilité, s'il en fait la démarche volontaire, de travailler en partenariat pour une prise en charge efficace du patient.

1 - Définition du réseau

Dans l'idéal, le réseau est « une sorte de partenariat, basé sur une confiance mutuelle, qui devra se mettre en place entre l'orthophoniste et ses interlocuteurs, afin que le patient et son entourage se sentent pris en charge dans une optique pluridisciplinaire et coordonnée ». (Dolley, 1993, p.59)

Selon D'Amour, Sicotte et Levy (1999), cette collaboration professionnelle peut conduire les professionnels à mettre en commun, à partager leurs connaissances, leurs expériences, pour les mettre de façon concomitante au service des patients.

Bungerer et Poisson-Saloman (1998) précisent que le réseau a pour objectif d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de qualité.

Une telle pratique implique assurément la mise en commun de compétences spécifiques, le partage de l'information et permet ainsi la coordination des actions à instituer.

2 - Distinction entre les différents réseaux

2.1. Le réseau formel et informel

Nous avons pu dégager de nos lectures que dans le cadre d'un réseau formalisé, les professionnels intègrent une équipe pluridisciplinaire déjà constituée.

Ils se rencontrent alors de manière régulière, souvent chaque semaine, dans un créneau horaire prévu dans leur temps de travail.

Un supérieur hiérarchique supervise l'équipe pluridisciplinaire, ce qui peut restreindre l'autonomie d'action individuelle.

Quant au réseau informel, Bungerer et Poisson-Saloman (1998) le définissent comme un regroupement naturel où les professionnels ont des contacts volontaires entre eux.

La décision de travailler en réseau émane de l'initiative d'un professionnel qui éprouve la nécessité de collaborer avec d'autres praticiens. Cette collaboration ne peut en aucun cas reposer sur un échange monétaire.

Le réseau informel est susceptible de fluctuer avec le temps en fonction des pathologies et prises en charge rencontrées mais aussi des relations interprofessionnelles qui se créent au gré des circonstances et des affinités.

De plus, il existe une volonté de préserver l'autonomie d'action individuelle.

L'absence de hiérarchie permet une dilution du pouvoir entre les membres du réseau informel. Chacun conserve alors l'intégrité de ses compétences différentes mais complémentaires.

2.2. Les types de réseaux informels en exercice libéral

Nous retiendrons donc la notion de réseau informel pour qualifier le terme de réseau utilisé dans le cadre de notre mémoire.

Suivant la nécessité et la demande, l'orthophoniste aura des contacts plus ou moins fréquents avec le corps médical, le corps paramédical, les psychologues - psychanalystes - psychothérapeutes, le corps professoral et le milieu de la recherche.

Nous pouvons alors distinguer deux types de réseaux différents que l'orthophoniste en libéral peut se créer : *le réseau médical, paramédical et le réseau éducatif.*

Le réseau médical et paramédical peut se constituer du médecin traitant et des divers spécialistes que le patient est amené à rencontrer lors de son suivi, comme par exemple un chirurgien pour une implantation cochléaire ou un orthoptiste dans le cas d'un trouble visuo-attentionnel.

Le réseau éducatif se compose essentiellement des enseignants et professeurs qui gravitent autour de l'enfant. L'orthophoniste est sollicité pour participer à des réunions de synthèse ou à des projets en partenariat avec l'école pour aider un enfant en difficulté.

Les réseaux devraient permettre une circulation plus efficace des informations sur le patient, éviter les examens à répétition et optimiser la rééducation.

Les réseaux visent une meilleure coopération entre divers professionnels intervenant pour une prise en charge, ou pour une action de prévention (Ferrand, 2003).

Chapitre II
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

En nous appuyant sur ces différentes approches théoriques, nous reprendrons la problématique du réseau pluridisciplinaire de professionnels dans lequel s'insère le domaine de l'orthophonie en exercice libéral.

Cette problématique soulève les interrogations suivantes :

- Les contacts que l'orthophoniste peut développer avec d'autres professionnels sont-ils consécutifs aux divers décrets portant sur la nomenclature des actes orthophoniques qui modifient et élargissent le champ de compétences de l'orthophoniste ?
- La pluridisciplinarité présente au sein d'un réseau contribue-t-elle à la légitimation des actes de l'orthophoniste grâce à la reconnaissance des autres professionnels de santé et des professionnels du système éducatif ?
- Le suivi d'un patient est-il favorisé dans le cadre d'un réseau pluridisciplinaire ?

Afin de répondre à ces questions, nous avançons les hypothèses suivantes :

- L'élargissement du champ des compétences orthophoniques augmente le développement d'un réseau pluridisciplinaire de professionnels.
- Un réseau favorise l'intégration de l'orthophoniste dans le milieu médical, paramédical et éducatif.

Un réseau permet une prise en charge globale du patient (bilan orthophonique plus complet pour une prise en charge plus opérante).

Chapitre III
EXPERIMENTATION

DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Nous avons choisi une méthode d'enquête à partir d'un questionnaire (cf. annexes 3 & 4) pour vérifier l'existence d'un réseau de professionnels autour de l'orthophoniste.

Cette méthode d'enquête permet une étude exploratoire. Elle s'appuie sur la collecte de données, qui scientifiquement choisies, recueillies et organisées permettent de développer une étude descriptive.

Le questionnaire est « *le moyen de communiquer essentiel entre l'enquêteur et l'enquêté* » (Grawitz, 1990, p.779). Il traduit notre objectif de recherche en questions particulières dans le but de vérifier nos hypothèses. Il a aussi pour objectif de collecter des informations à caractère sériel, questions découlant les unes des autres et présentées sous forme d'une série, et dont les réponses sont destinées à être exploitées sous forme de tableaux.

Nous avons élaboré notre questionnaire à partir du mémoire de 1976 de Fredon & Petit-Delizy intitulé « *L'intégration professionnelle des jeunes orthophonistes* ».

Après avoir expliqué le choix de la population, nous détaillerons le contenu de notre instrument de recueil de données.

POPULATION CONCERNEE ET CRITERES DE SELECTION

1 - Population concernée

Nous avons sélectionné une population d'orthophonistes formés à Lyon entre 1996 et 2000, et ce grâce à l'accès au répertoire des diplômés de l'école d'orthophonie. Notre population comprend 150 professionnels orthophonistes.

2 - Critères de sélection

Nos critères d'inclusion supposent que ces orthophonistes exercent en cabinet libéral car notre mémoire s'intéressant au réseau que l'orthophoniste peut se créer lors de son exercice libéral, les professionnels travaillant en institution ne répondent bien évidemment pas à nos attentes.

Nous avons choisi des orthophonistes récemment diplômés, ayant une durée d'exercice comprise entre 5 et 10 ans, dont l'obtention de leur diplôme se situe entre 1996 et 2000.

Nous souhaitons une population de jeunes orthophonistes afin de savoir comment peut se créer un réseau dans les premières années d'exercice professionnel.

Compte tenu des difficultés rencontrées pour retrouver les coordonnées des orthophonistes, notre recherche s'étend sur cinq promotions.

Nous nous sommes appuyées sur l'annuaire des Pages Jaunes mais le choix des personnes s'est trouvé restreint du fait que certains orthophonistes travaillent en institution, ne rentrant plus alors dans le cadre de notre projet de mémoire.

De plus, certaines orthophonistes s'étant probablement mariées depuis l'obtention de leur diplôme ont pu changer de nom et il nous était alors impossible de les localiser.

OUTIL EXPERIMENTAL : LE QUESTIONNAIRE

1 - Choix de l'outil

Afin de vérifier nos hypothèses, nous avons choisi d'élaborer un questionnaire destiné à des orthophonistes récemment diplômés.

Un questionnaire a pour fonction de collecter de simples données de fait, des opinions, des sentiments, des jugements mais aussi des comportements dans des situations précises. (Freysinet-Dominjon, 1997)

2 - Elaboration du questionnaire

2.1. Structure du questionnaire

Notre questionnaire s'intitule : « L'intégration des jeunes orthophonistes travaillant en cabinet libéral : le réseau est-il une réalité ? » Notre questionnaire est constitué de 32 questions, réparties en 5 rubriques différentes.

Nous avons intitulé notre première rubrique « IDENTIFICATION » ; elle s'intéresse à l'âge, la situation de famille, les études antérieures et l'année d'obtention du diplôme de l'enquêté(e).

Notre seconde rubrique s'intitule « RENSEIGNEMENTS GENERAUX » : elle concerne les pratiques professionnelles antérieures et les motivations de l'exercice libéral actuel.

Notre rubrique suivante aborde le thème de la « PLURIDISCIPLINARITE » en s'intéressant aux contacts que l'orthophoniste peut avoir avec d'autres professionnels.

Dans notre quatrième rubrique, nous nous interrogeons sur la notion de « RESEAU » dans le cadre des différentes pathologies que l'orthophoniste peut prendre en charge. Nous essayerons de définir son organisation, ses avantages et ses limites au quotidien.

Enfin, notre dernière rubrique traite de l'« INTEGRATION PROFESSIONNELLE » de l'orthophoniste dans le cadre d'un réseau pluridisciplinaire.

2.2. Types de questions

A l'intérieur de chaque partie, nous avons varié les types de questions afin d'éviter un effet de lassitude, et de bénéficier des avantages de chaque formule.

Nous avons donc élaboré des questions générales (ex : âge, situation de famille...), des questions fermées (choix multiple), des questions semi-ouvertes et des questions ouvertes.

➤ Questions générales

Nous avons posé des questions générales de situation, permettant de mieux caractériser nos sujets.

Exemple : *question 4 « Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ? »*

➤ Questions fermées

Les questions fermées supposent que toutes les réponses éventuelles soient envisagées et proposées explicitement.

Cette catégorie regroupe le plus grand nombre de questions, ceci afin de faciliter l'analyse et de favoriser une étude objective des groupes par le calcul des pourcentages.

Parmi les questions fermées, nous avons prévu des questions à choix binaire du type de la *question 17 « Les professionnels appartenant à votre réseau se contactent-ils entre eux ? »*

Oui

Non

Il s'agit ici d'une question dichotomisée où une seule alternative est possible.

Nous avons également élaboré des questions à choix multiples où nous avons cherché à proposer tous les choix possibles.

Nous avons laissé une case « autres » afin que la personne puisse signaler des réponses que nous n’aurions pas envisagées.

Dans ces questions, l’interrogé peut cocher plusieurs réponses.

Exemple : *question 6 « Pour quelles raisons exercez-vous actuellement en libéral ? »*

- Raisons concernant les conditions de travail (Gestion autonome du cabinet)
- Opportunité
- A priori défavorable au travail d’équipe en institution
- Autres :

Notre questionnaire contient également des questions à échelle d’évaluation.

On demande alors à l’orthophoniste d’indiquer un ordre préférentiel.

Exemple : *question 20 « Dans quel type de pathologie et/ou trouble ressentez-vous la nécessité d’avoir des contacts avec d’autres professionnels de votre réseau ? Cochez de 1 à 11 selon votre ordre préférentiel. »*

➤ Questions ouvertes

Nous avons établi des questions ouvertes afin que l’orthophoniste puisse répondre librement en dehors de tout cadre pour donner un avis, une information, exprimer un désir ou un sentiment.

La difficulté réside dans la formulation de la question qui ne doit pas influencer les réponses ainsi que dans l’exploitation des données.

Exemple : *question 24 « Comment cette collaboration se concrétise-t-elle ? »*

D’autre part, pour certaines questions, il nous a semblé délicat d’imposer un choix fermé de réponses qui pourrait ne pas correspondre aux attentes des orthophonistes.

Exemple : *question 26 « Quels sont les avantages d’un réseau de professionnels non formel ? ».*

➤ Questions semi-ouvertes

Nous avons également choisi de proposer des questions semi-ouvertes, c’est-à-dire avec une première partie fermée et une deuxième partie ouverte.

Exemple : *question 28 « Souhaiteriez-vous que le réseau soit plus formalisé ? »*

- Oui
- Non

Précisez votre réponse « ----- »

3 - Administration du questionnaire

Nous avons envoyé les 150 questionnaires par La Poste au mois de mai 2005. Suite à cet envoi, nous avons reçu 52 réponses.

Pour obtenir un échantillon plus conséquent, au mois d'octobre 2005, nous avons relancé par téléphone les orthophonistes qui n'avaient pas répondu. Cette démarche nous a permis de recevoir 10 questionnaires supplémentaires.

Notre échantillon final compte donc 62 sujets.

Chapitre IV
PRESENTATION DES RESULTATS

METHODE D'ANALYSE

L'analyse du questionnaire va s'appuyer sur deux démarches destinées à recueillir des informations sur le réseau informel de professionnels que l'orthophoniste en libéral se crée.

Une analyse quantitative nous a été utile pour les questions fermées pour lesquelles nous avons pu transcrire les données en pourcentages. Cela permet de travailler avec des procédures représentatives sous forme de tableaux ou de graphiques.

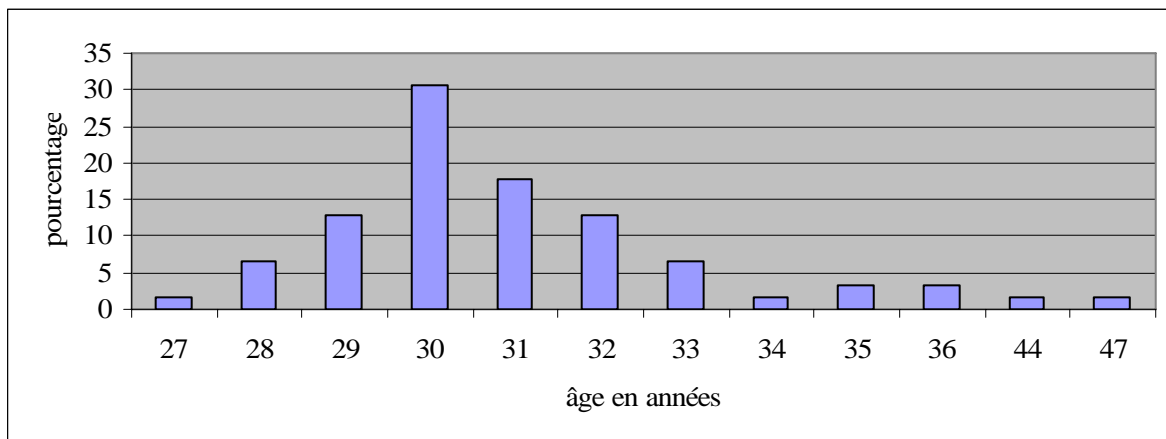
Pour les réponses aux questions ouvertes, une analyse qualitative a été employée. Dans le but de faire émerger les idées principales, nous avons isolé les mots-clés contenus dans les réponses des orthophonistes interrogés.

CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Notre échantillon se constitue de 62 sujets, dont 61 femmes et 1 homme.

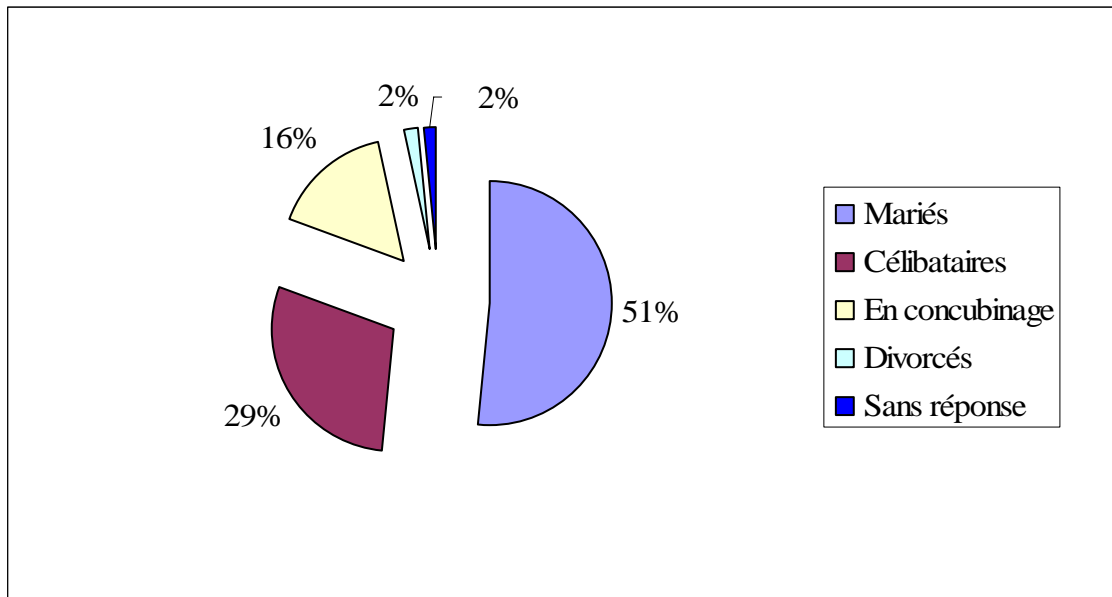
1 - Identification de nos sujets

Les graphiques suivants rendent compte du profil de nos sujets : âge, situation de famille, études antérieures et année d'obtention du diplôme.



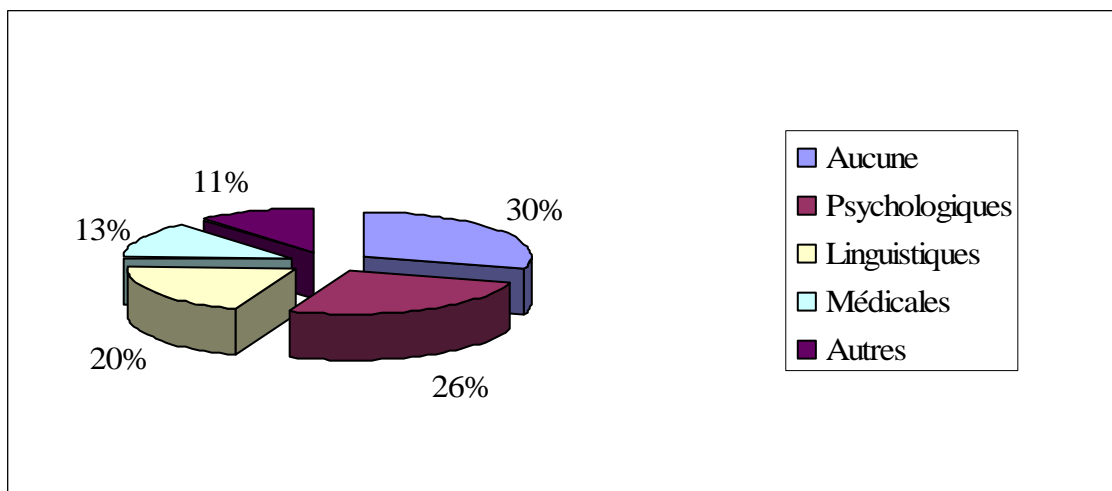
Graphique 1 : Répartition par âge des orthophonistes interrogés

- ⇒ L'âge des orthophonistes interrogés est compris entre 27 et 47 ans.
- ⇒ 31 % d'entre eux ont 30 ans.
- ⇒ La moyenne d'âge de notre échantillon est de 31,2 ans.



Graphique 2 : Situation de famille des orthophonistes

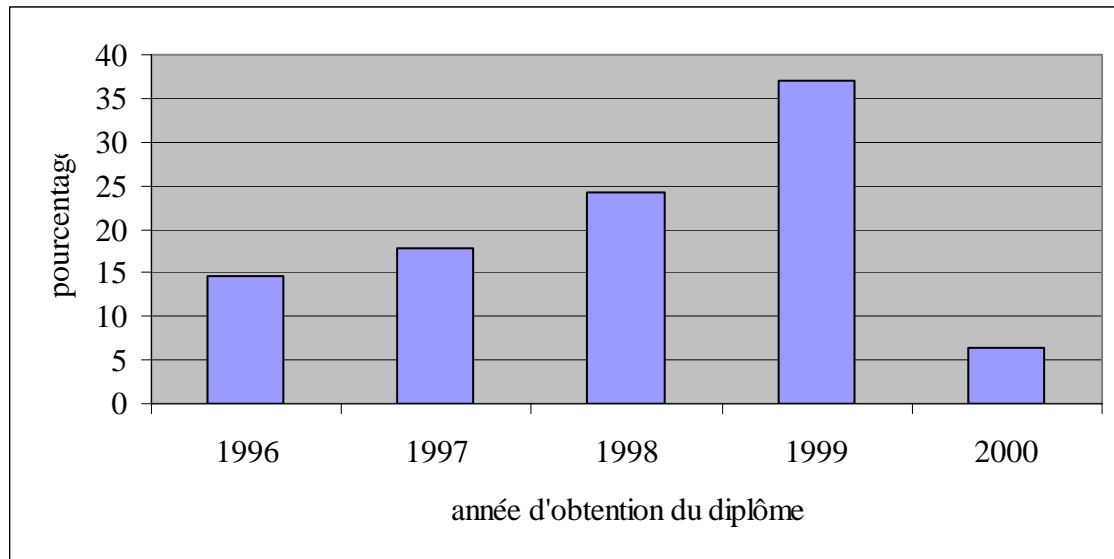
⇒ D'après nos résultats, plus de la moitié de notre population est mariée.



Graphique 3 : Etudes antérieures des sujets

⇒ 30 % de nos sujets n'ont fait aucune étude antérieure à la formation d'orthophoniste.

⇒ 26 % ont suivi des études psychologiques avant l'orthophonie.



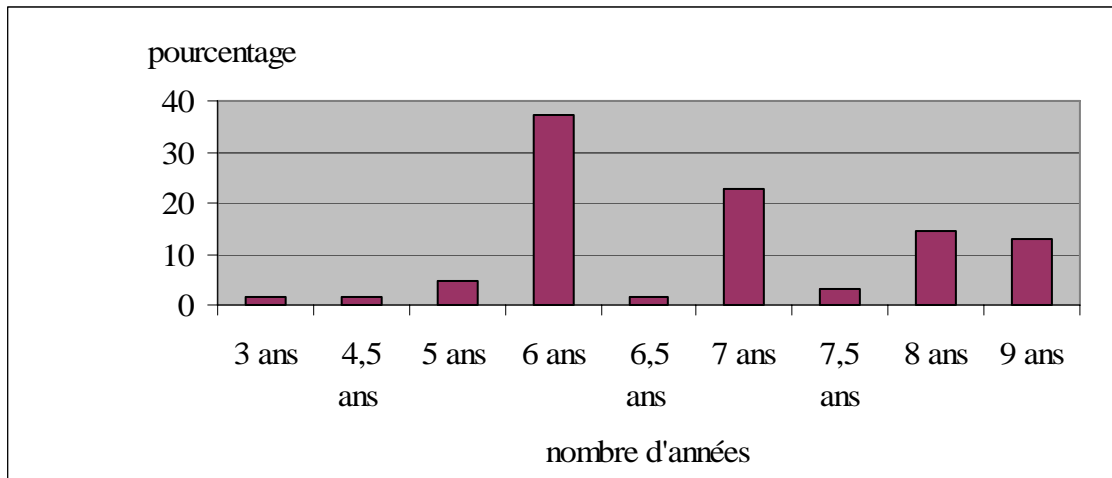
Graphique 4 : Répartition par année d'obtention du diplôme

⇒ L'analyse quantitative montre que la plupart de notre échantillon (37 %) a obtenu son diplôme en 1999.

ANNEE D'OBTENTION DU DIPLÔME	NOMBRE DE PERSONNES DIPLÔMEES	NOMBRE DE QUESTIONNAIRES ENVOYES	NOMBRE DE REPONSES RECUES	POURCENTAGE DE REPONSES RECUES
2000	62	25	4	16 %
1999	60	39	23	59 %
1998	68	27	12	44 %
1997	68	32	13	41 %
1996	72	29	10	34 %

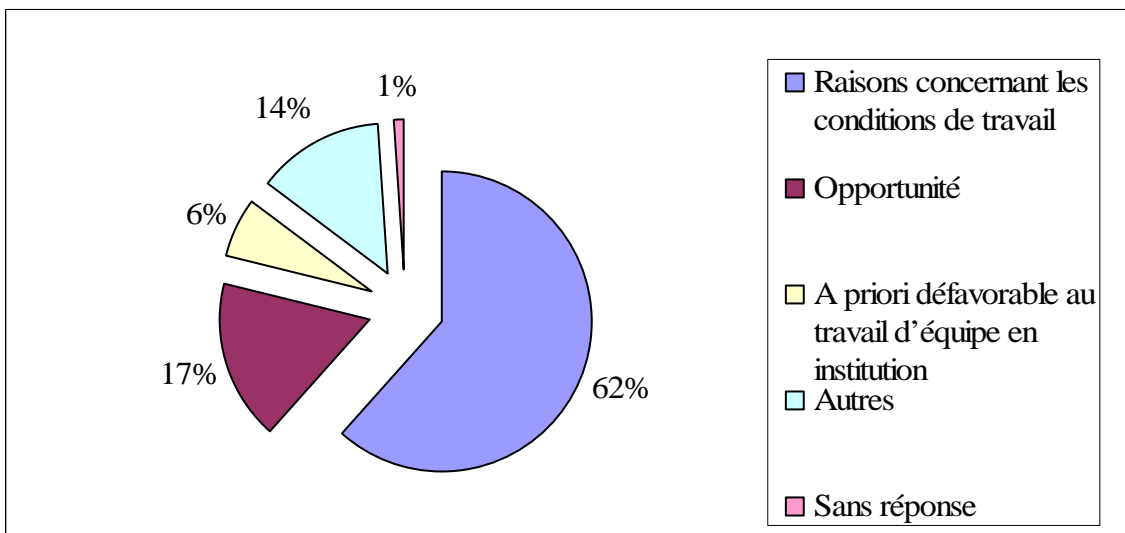
Tableau 1 : Répartition des questionnaires envoyés et reçus

2 - Renseignements généraux sur les sujets



Graphique 5 : Durée d'exercice en libéral

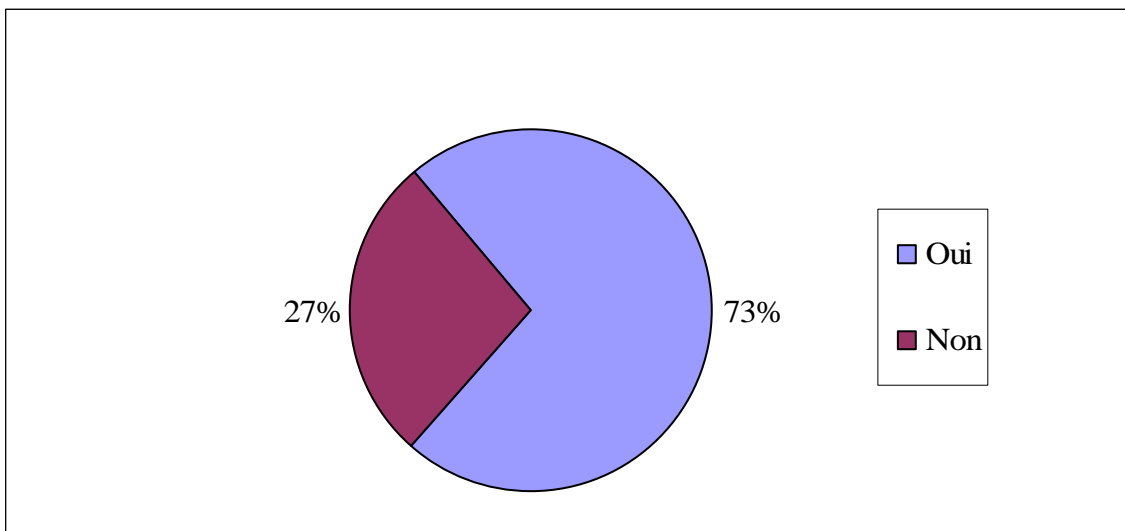
- ⇒ La durée moyenne d'exercice en libéral de nos sujets est de 6,88 ans.
- ⇒ Par ailleurs, on peut observer que 37 % des sujets ont 6 ans d'exercice en cabinet libéral.



Graphique 6 : Raisons d'exercer actuellement en libéral

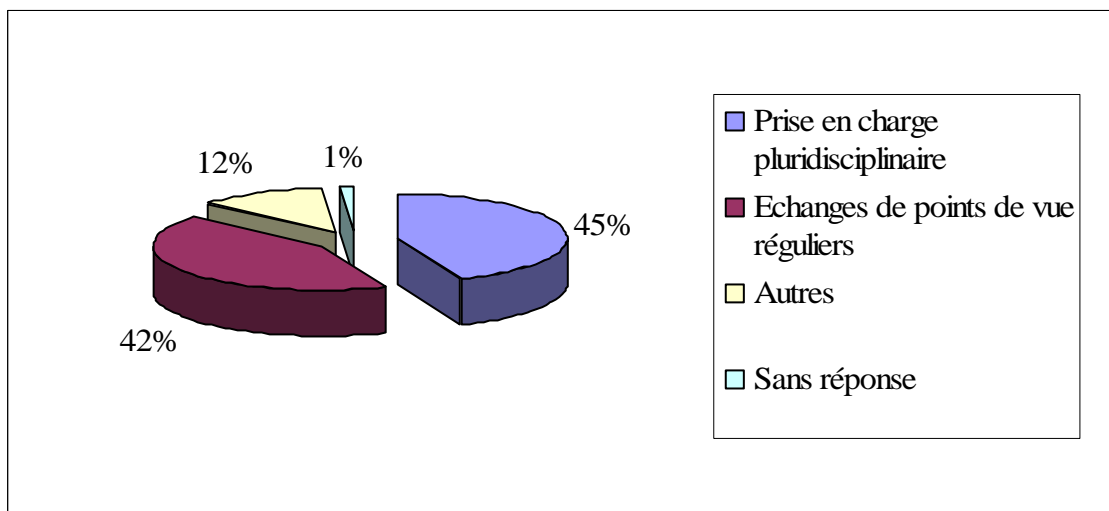
Selon nos résultats, 62% de notre population a choisi d'exercer en libéral pour des raisons concernant les conditions de travail (gestion autonome du cabinet).

6% seulement des professionnels sondés sont, à priori, défavorables au travail d'équipe en institution. On en déduit que notre échantillon ne rencontre pas de problème pour travailler en équipe.



Graphique 7 : Expérience de travail en équipe

Près des trois quarts des orthophonistes interrogés ont déjà travaillé en équipe.



Graphique 8 : Apports du travail en équipe

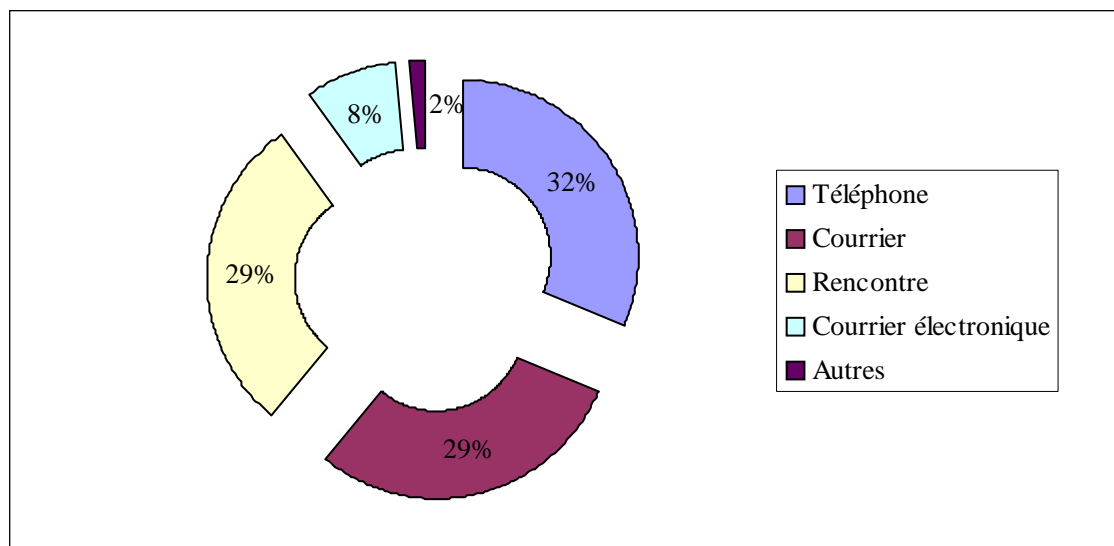
Nos résultats montrent que l'essentiel des apports retenus par les orthophonistes quant au travail en équipe, concerne, à parts égales, la prise en charge pluridisciplinaire et l'échange de points de vue réguliers.

Après s'être intéressées aux caractéristiques de notre échantillon, notre analyse reprendra les différents thèmes proposés par notre questionnaire : « PLURIDISCIPLINARITE », « RESEAU » et « INTEGRATION PROFESSIONNELLE ».

LA PLURIDISCIPLINARITE

1 - Nature des contacts avec d'autres professionnels lors du suivi d'un patient

Les contacts de l'orthophoniste avec les autres professionnels se font essentiellement par téléphone (32 %), courrier (29 %) et rencontre (29 %). (Voir graphique ci-après)



Graphique 9 : Nature des contacts avec d'autres professionnels

2 - Buts des contacts avec d'autres professionnels

Les buts sont de :

- Favoriser l'adaptation à l'école et l'autonomie progressive de l'enfant (32 %)
- Suivre l'évolution générale d'un patient (30 %)
- Etablir des axes de prise en charge lorsque celle-ci est pluridisciplinaire pour une cohérence des actions (30 %)

3 - Constitution du « carnet d'adresses »

Ce carnet d'adresses se constitue à 29 % par l'intermédiaire du patient qui est suivi par un autre professionnel et à 21 % à l'initiative des orthophonistes.

Il est important de souligner que les orthophonistes interrogés nous ont suggéré une réponse que nous n'avions pas envisagée (35 % des réponses « autres »), à savoir que le carnet d'adresses se constitue également par le biais de l'école.

4 - Relations et contacts avec les autres professionnels

Nous avons demandé aux orthophonistes de numéroter par ordre de préférence les praticiens avec lesquels ils ont le plus de contacts.

Nous avons retenu pour notre analyse le premier contact cité par chaque orthophoniste.

Ainsi l'enseignant apparaît comme le professionnel avec qui l'orthophoniste a le plus de contacts (53 %). (Voir le tableau ci-dessous).

Les autres professionnels tels que psychologue, psychomotricien, orthodontiste, neuropsychologue, pédiatre... n'ont pas été cités de manière préférentielle par les orthophonistes interrogés.

PROFESSIONNEL	NOMBRE DE REPONSES	POURCENTAGES
Enseignant	33	53,2 %
Orthophoniste	16	25,8 %
Médecin scolaire	3	4,8 %
Médecin généraliste	2	3,2 %
R.A.S.E.D.*	2	3,2 %
Chirurgien-dentiste	1	1,6 %
Enseignant spécialisé	1	1,6 %
O.R.L.	1	1,6 %
Orthoptiste	1	1,6 %
Ostéopathe	1	1,6 %
Réponse non exploitable	1	1,6 %
TOTAL CONTROLE	62	100 %

Tableau 2 : Relations et contacts avec les autres professionnels

* R.A.S.E.D. : Réseau d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté.

CONCLUSION : *Dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire, l'orthophoniste se constitue un carnet d'adresses essentiellement par l'intermédiaire du patient. Les contacts qu'il peut avoir avec les différents professionnels de ce carnet d'adresses se font majoritairement par téléphone, avec, pour objectif principal de favoriser l'adaptation à l'école et l'autonomie progressive de l'enfant. On note d'ailleurs que l'interlocuteur privilégié de l'orthophoniste est l'enseignant.*

LE RESEAU

1 - Définition de la notion de réseau pluridisciplinaire

L'analyse qualitative des réponses permet de dégager la définition suivante :

« Ensemble de professionnels issus de différentes disciplines qui échangent et entretiennent des relations autour d'un même patient en vue d'optimiser la cohérence de la prise en charge, par la complémentarité des actions et dans l'intérêt du patient. »

2 - Notion de réseau

D'après les orthophonistes interrogés, la notion de réseau n'est pas récente mais elle a évolué ces dernières années.

Il reste difficile pour nous de transcrire l'analyse qualitative des réponses à cette question car les opinions des orthophonistes divergent à ce sujet. Comme le montre les propos d'orthophonistes interrogés, les différentes justifications ne peuvent être regroupées sous des idées principales.

- « Il me semble que c'est chacun qui, prenant contact avec les uns et les autres peut facilement créer ce réseau aujourd'hui. »
- « Cette notion de réseau dépend de la pratique de chacun. »
- « Meilleure connaissance des pratiques des autres professionnels. »

3 - Nombre de personnes constituant le « carnet d'adresses »

Le réseau est constitué d'environ une dizaine de personnes. On observe tout de même une grande variabilité des réponses puisque le nombre de personnes constituant le carnet d'adresses s'étend de 4 à 90 personnes. (cf. tableau ci-dessous).

NOMBRE DE PERSONNES	NOMBRE DE REPONSES	POURCENTAGE
Nombre de personnes inférieur ou égal à 10	20	32,2 %
Nombre de personnes inférieur ou égal à 20	11	17,7 %
Nombre de personnes inférieur ou égal à 30	11	17,7 %
Nombre de personnes inférieur ou égal à 40	2	3,2 %
Nombre de personnes inférieur ou égal à 50	10	16,1 %
Nombre de personnes inférieur ou égal à 90	1	1,6 %
Sans réponse	7	11,3 %
TOTAL CONTROLE	62	100 %

Tableau 3 : Nombre de personnes constituant le « carnet d'adresses »

D'après nos résultats, le carnet d'adresses se concentre pour 32,2 % des orthophonistes à un nombre de personnes inférieur ou égal à dix.

Cependant, on peut remarquer que 54,8 % des orthophonistes ont entre 20 et 50 personnes dans leur carnet d'adresses.

4 - Contacts entre les professionnels du réseau

79 % des orthophonistes interrogés estiment que les professionnels du réseau se contactent entre eux.

5 - Les contacts dépendent-ils essentiellement du type de pathologies ou troubles ?

D'après nos résultats, nous avons pu vérifier que les contacts qui s'effectuent au sein du réseau dépendent des pathologies ou des troubles pour 79 % des interrogés.

Sur 12 sujets qui considèrent que les contacts au sein du réseau ne dépendent pas de la pathologie, 2 seulement en ont donné la raison : d'une part car « c'est un échange intéressant quelle que soit la pathologie » et d'autre part car « les contacts ne se font pas fonction du type de pathologie mais quand c'est important pour le patient ».

6 - Type de pathologie et/ou trouble nécessitant d'avoir des contacts avec d'autres professionnels

D'après les réponses fournies, ce sont la rééducation de la dyslexie/dysorthographe et la rééducation de la personne présentant un handicap (I.M.O.C., handicap mental, Trisomie 21...) qui nécessiteraient le plus de contacts avec d'autres professionnels.

La dysphasie conduirait également les orthophonistes à solliciter davantage d'autres professionnels. (cf. tableau ci-après)

PATHOLOGIE OU TROUBLE	NOMBRE	POURCENTAGE
Dyslexie/dysorthographe	14	22,6 %
Rééducation de la personne présentant un handicap	14	22,6 %
Dysphasie	11	17,7 %
Réponse non exploitable	9	14,5 %
Articulation, parole, langage	3	4,8 %
Surdité	2	3,2 %
Troubles vélo-tubo-tympaniques	1	1,6 %
Déglutition	1	1,6 %
Laryngectomie	1	1,6 %
Voix	1	1,6 %
Aphasie	1	1,6 %
Autre : �ducation précoce trisomie	1	1,6 %
Autre : dysphasie/dyslexie	1	1,6 %
Sans réponse	1	1,6 %
Bégaiement	0	0,0 %
Division palatine ou incompétence vélopharyngée	0	0,0 %
Dyscalculie	0	0,0 %
Dysgraphie	0	0,0 %
Dysarthrie, dysphagie	0	0,0 %
Troubles liés au vieillissement	0	0,0 %
TOTAL CONTRÔLE	62	100 %

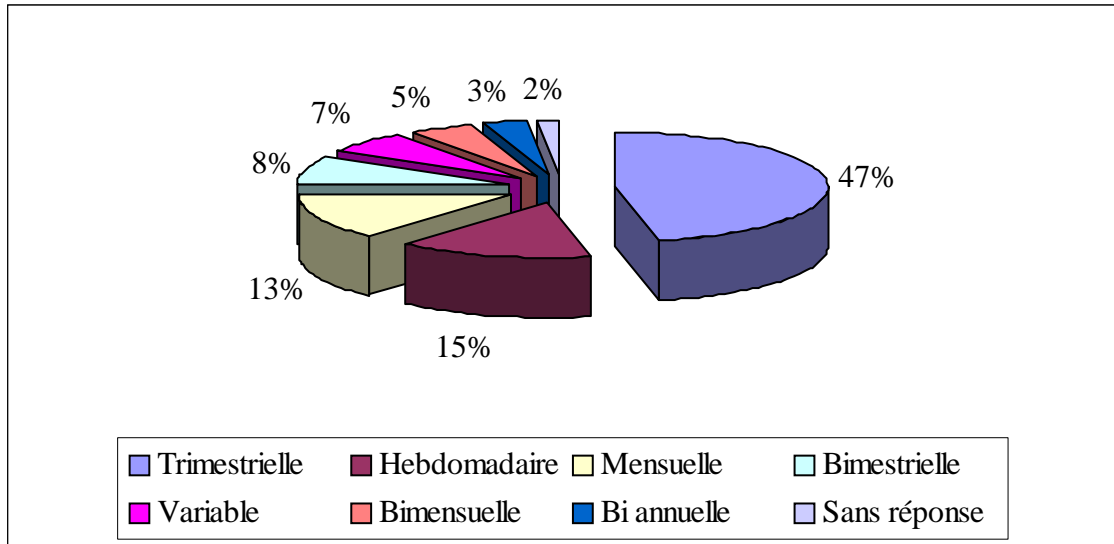
Tableau 4 : Type de pathologie ou trouble nécessitant des contacts avec d'autres professionnels

Nous pouvons aussi observer que les pathologies ou troubles suivants : bégaiement, division palatine ou incompétence vélopharyngée, dyscalculie, dysgraphie, dysarthrie, dysphagie et les troubles liés au vieillissement, ne nécessitent pas, selon nos sujets, de contacts avec d'autres professionnels.

7 - Fréquence des contacts avec les professionnels du réseau

La fréquence des contacts entre l'orthophoniste et les autres professionnels serait trimestrielle (47 %).

On peut vérifier que, dans l'ensemble, les contacts que l'orthophoniste peut avoir avec d'autres professionnels sont réguliers. (Voir graphique ci-dessous)

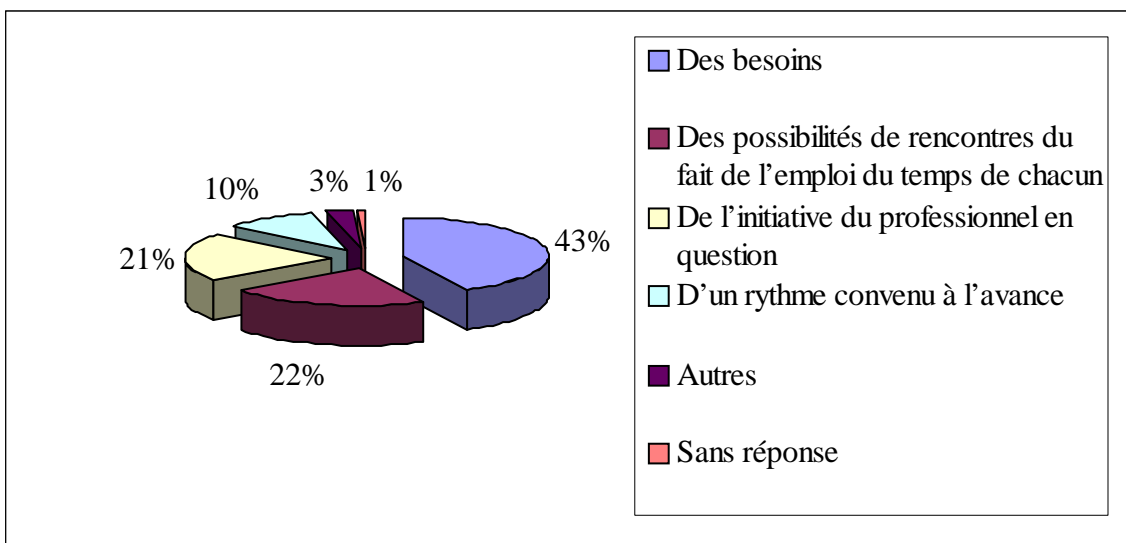


Graphique 10 : Fréquence des contacts

8 - De quoi dépend la fréquence des contacts ?

Nous avons pu observer d’après nos résultats que la fréquence de ces contacts dépend principalement des besoins pour 43 % de nos sujets. On remarque que les professionnels ne se rencontrent pas, pour la grande majorité, en fonction d’un rythme convenu à l’avance.

Si l’on analyse le détail des réponses, on constate que la fréquence de ces contacts dépend à la fois des besoins mais aussi des possibilités de rencontres du fait de l’emploi du temps de chacun. (cf. graphique ci-après)



Graphique 11 : De quoi dépend la fréquence des contacts ?

9 - Partenariat entre les enseignants et les orthophonistes

D'après nos résultats, 60 % des orthophonistes interrogés pensent que le partenariat entre eux et les enseignants s'est renforcé depuis le début de leur exercice. 10 % cependant soulignent que cela dépend des enseignants.

10 - Concrétisation de la collaboration entre les enseignants et les orthophonistes

Cette question étant ouverte, la plupart des réponses montre que la collaboration entre enseignants et orthophonistes se concrétise sous forme d'appels téléphoniques, de rencontres et de réunions.

11 - Apports du réseau pour un patient

Trois éléments ont été mis en avant par l'analyse qualitative des questionnaires :

- Une prise en compte du patient dans son intégralité.
- Un meilleur suivi : la prise en charge multimodale est complète et cohérente.
- Une rééducation dont les difficultés et les progrès sont ciblés.

12 - Avantages d'un réseau de professionnels non formel

L'analyse qualitative de cette question permet de dégager certains arguments tels que :

Rencontres ou contacts selon le besoin ;

- Souplesse et liberté pour l'orthophoniste de choisir et rencontrer d'autres professionnels ;
- Liberté du patient dans le choix des professionnels ;
- Moins d'isolement lors de la prise en charge d'un patient ;
- Moins de contraintes administratives ;
- Diversité des techniques et des points de vue ;
- Existence de liens et de relations entre les différents professionnels.

13 - Limites d'un réseau de professionnels non formel

- Demande du temps et de la disponibilité ;
- Volonté de s'investir, initiative des autres professionnels ;
- Pas de réelle structure encadrante : « pas de chef de réseau », « pas suffisamment de rigueur », « pas de temps fixe prévu pour ces échanges », « pas systématisé à toutes les prises en charge », « pas de lieu de rencontre » ;
- Pas d'indemnité financière.

14 - Formalisation du réseau

58 % des orthophonistes interrogés ne souhaitent pas que le réseau soit formalisé car cela demanderait qu'un temps supplémentaire y soit consacré (réunions trop fréquentes et trop contraignantes). De plus, les orthophonistes revendiquent la liberté du praticien et des techniques de rééducation.

CONCLUSION : La notion de réseau n'est pas récente mais elle a évolué ces dernières années. Le réseau des orthophonistes se constitue d'une dizaine de personnes, qui se contactent entre elles de manière trimestrielle, notamment en fonction du type de pathologies. Dans le cadre du réseau, le partenariat entre les enseignants et les orthophonistes s'est renforcé et se concrétise par des appels téléphoniques.

INTEGRATION PROFESSIONNELLE

1 - Reconnaissance professionnelle de l'orthophonie vis-à-vis des autres professionnels de la santé

84 % de notre population pense que le réseau permet une meilleure reconnaissance professionnelle de l'orthophonie vis-à-vis des autres professionnels de la santé.

Le réseau apparaît comme un moyen efficace pour faire connaître les domaines d'intervention et les pratiques orthophoniques. Cela confère aux orthophonistes plus de crédibilité face aux autres professionnels.

2 - Intégration professionnelle de l'orthophoniste dans le milieu médical et/ou paramédical

74 % des orthophonistes pensent que le réseau leur a permis une meilleure intégration professionnelle dans le milieu médical et/ou paramédical.

L'analyse qualitative souligne que les rencontres et les échanges permettent à l'orthophoniste de se faire connaître des autres professionnels et ainsi d'être reconnu dans le domaine médical et/ou paramédical.

3 - Elargissement du champ de compétence de l'orthophoniste et insertion professionnelle dans le domaine médical et /ou paramédical

65 % de nos sujets estiment que l'élargissement du champ de compétence de l'orthophoniste a favorisé son insertion dans le domaine médical et/ou paramédical.

L'élargissement du champ de compétence attribue à l'orthophoniste l'opportunité de collaborer avec de plus en plus de professionnels différents et de faire reconnaître ses compétences.

CONCLUSION : Selon nos résultats, la reconnaissance de l'orthophonie et l'élargissement du champ de compétence ont permis l'intégration de l'orthophoniste dans le milieu médical et/ou paramédical.

REMARQUES SUR NOS ANALYSES

Suite à l'analyse ci-dessus, il nous a semblé intéressant de reprendre les réponses aux questionnaires sous un angle différent. Nous avons effectué une seconde analyse que nous avons intitulée « analyse par réseaux ».

Pour cela, nous avons pris en considération le professionnel avec qui l'orthophoniste avait le plus de contacts et nous avons classé les réponses de deux manières : pour les orthophonistes ayant comme interlocuteur privilégié l'enseignant ou le médecin scolaire, nous avons considéré que leur réseau s'apparentait à un réseau « éducatif » alors que pour les orthophonistes ayant choisi l'orthophoniste, le chirurgien-dentiste, l'orthoptiste, l'O.R.L, le

médecin généraliste ou encore l'ostéopathe, leur réseau était caractérisé de réseau « médical et paramédical ».

Nous avons voulu mettre en évidence d'éventuelles différences entre le réseau « éducatif » et le réseau « médical et paramédical » sur des items tels que le nombre de personnes dans le carnet d'adresses, la fréquence des contacts, la reconnaissance et l'intégration professionnelle. Nous avons pensé que les réponses à ces items pouvaient être différentes selon le type de réseau ; il n'apparaît pas, suite à l'analyse quantitative, de différence significative. Nous ne nous sommes donc pas attachées à retranscrire ces résultats.

Nous avons comparé les résultats issus de l'analyse par réseau à ceux de l'analyse linéaire des questionnaires.

Nous avons repris les résultats de l'analyse du réseau « éducatif » pour les confronter à ceux de notre analyse générale précédemment décrite, afin d'observer si les orthophonistes travaillant dans l'optique d'un réseau « éducatif » avaient un fonctionnement différent de l'ensemble des sujets interrogés. Nous n'avons pas observé de divergence significative.

Nous avons ensuite procédé de la même manière pour le réseau « médical et paramédical ». Cette analyse ne nous a pas non plus permis de dégager de différence significative.

Chapitre V
DISCUSSION DES RESULTATS

Dans cette partie, nous essayerons d'abord de répondre à nos hypothèses en tenant compte de l'interprétation des résultats.

Ensuite, nous aborderons la notion de réseau en développant les avantages et les limites de ce réseau informel, ainsi que son évolution, en reprenant l'analyse qualitative de ces questions.

Enfin, nous exposerons nos critiques et suggestions sur notre étude, notamment sur notre population et notre questionnaire.

REPONSES A NOS HYPOTHESES

1 - Réponse à notre première hypothèse

Nous avons posé comme première hypothèse que le développement d'un réseau pluridisciplinaire de professionnels était consécutif à l'élargissement du champ des compétences orthophoniques.

Les réponses apportées à la question 20 intitulée « *Dans quel type de pathologie et/ou trouble ressentez-vous la nécessité d'avoir des contacts avec d'autres professionnels de votre réseau ?* » révèlent que les orthophonistes ressentent le besoin d'être en contact avec d'autres professionnels lors de la prise en charge des dyslexies (23 %) et dans le cadre de divers handicaps tels que la Trisomie 21, l'infirmité motrice d'origine cérébrale ou le handicap mental (23 %). La dysphasie conduirait également les orthophonistes à solliciter davantage d'autres professionnels (19 %). (cf. tableau IV).

Or, on observe que ces pathologies sont venues récemment élargir le champ de compétence de l'orthophoniste par le décret de compétence de 2002 et font donc partie intégrante de la nomenclature des orthophonistes. Ce texte prévoit l'intervention de l'orthophoniste dans le cadre de l'éducation précoce des jeunes enfants présentant un handicap ainsi que la prise en charge des enfants présentant une dysphasie.

L'élargissement du champ de compétence de l'orthophoniste lui a attribué des compétences dans des domaines différents (par exemple en neuropsychologie, en neurologie...).

L'analyse qualitative de la question 31, concernant l'insertion de l'orthophoniste dans le milieu médical et/ou paramédical, montre que cela lui a permis d'échanger avec différents professionnels mais aussi avec des professionnels de plus en plus nombreux.

Ces échanges contribuent à préciser la notion du champ d'action de l'orthophoniste et des divers intervenants. Ses compétences ainsi reconnues, l'orthophoniste s'insère dans le domaine médical et/ou paramédical ; les prises en charge des patients deviennent alors multimodales, les professionnels n'hésitant pas à demander des examens complémentaires et à orienter des patients vers d'autres praticiens.

Les réponses à notre questionnaire montrent que l'orthophoniste qui exerce en cabinet libéral se constitue un réseau de professionnels. D'ailleurs, à la question 14, les orthophonistes définissent la notion de réseau comme « un ensemble de professionnels issus de différentes disciplines qui échangent et entretiennent des relations autour d'un même patient en vue d'optimiser la cohérence de la prise en charge, par la complémentarité des actions et dans l'intérêt du patient. »

Un réseau permet à l'orthophoniste de se constituer un carnet d'adresses comprenant le plus souvent une dizaine de personnes, selon la question 16 intitulée « *De combien de personnes ce réseau est-il constitué environ ?* » (cf. tableau III).

On observe tout de même une grande variabilité des réponses puisque le nombre de personnes constituant le carnet d'adresses s'étend de 4 à 90 personnes. L'analyse qualitative démontre que le nombre de personnes présentes au sein du carnet d'adresses fluctue en fonction de l'investissement de l'orthophoniste et du type de pathologies qu'il prend en charge.

Ce réseau se constitue majoritairement par l'intermédiaire du patient qui est suivi par un ou plusieurs autre(s) professionnel(s) (29 %). Il est important de souligner que les orthophonistes interrogés nous ont suggéré une réponse que nous n'avions pas envisagée (35 % des réponses « autres »), à savoir que le carnet d'adresses se constitue également par le biais de l'école notamment dans le cadre de projets éducatifs (Projet d'Accueil Individualisé) au cours desquels l'orthophoniste se réunit avec les parents, l'enseignant, le médecin scolaire et le psychologue scolaire. Ces rencontres permettent de renforcer les liens entre l'école et le système de soins et de développer la rencontre pour aller jusqu'à l'échange des compétences.

L'existence de ce réseau se manifeste par des contacts avec d'autres professionnels sous la forme d'appels téléphoniques, de rencontres ou de courriers.

La fréquence de ces contacts se fait pour 45 % des orthophonistes interrogés de façon trimestrielle (cf. graphique 10).

Ces contacts ne dépendent pas pour autant d'un rythme convenu à l'avance mais des besoins rencontrés par l'orthophoniste lors d'une prise en charge.

D'après nos résultats, notre hypothèse est donc validée : l'élargissement du champ de compétence de l'orthophoniste favorise le développement d'un réseau pluridisciplinaire de professionnels.

L'élargissement du champ de compétence conduit les orthophonistes à prendre en charge de nouvelles pathologies. Ces nouveaux champs d'action nécessitent des contacts avec des professionnels appartenant aux domaines médicaux, paramédicaux et éducatifs. Le réseau est amené à se développer puisque, pour ces nouvelles pathologies, la nécessité d'avoir des contacts est avérée.

2 - Réponse à notre seconde hypothèse

Nous avons posé l'hypothèse que le réseau favorise l'intégration de l'orthophoniste dans le milieu médical, paramédical et éducatif.

Dans le domaine médical et paramédical, cette intégration se manifeste par une reconnaissance de l'orthophoniste en tant que professionnel dans le travail pluridisciplinaire autour d'un patient.

La question 29 intitulée « *Le réseau vous semble-t-il permettre une meilleure reconnaissance professionnelle de l'orthophonie vis-à-vis des autres professionnels de la santé ? Pourquoi ?* » confirme l'idée que le réseau permet à l'orthophoniste une meilleure reconnaissance professionnelle (84%). En effet, cette reconnaissance se concrétise par l'explication aux autres intervenants des pratiques orthophoniques, ce qui implique une meilleure compréhension du champ d'action et des compétences de l'orthophoniste.

Les réponses à la question 30 concernant l'intégration professionnelle démontrent que le réseau permet à l'orthophoniste, une intégration professionnelle (74%) par des rencontres, des échanges qui se mettent en place et se développent lors de diverses réunions.

Les réponses aux questions 29 et 30 viennent montrer que le travail pluridisciplinaire du réseau permet à l'orthophoniste, par les échanges et les rencontres qu'il peut avoir avec d'autres professionnels, de faire connaître la pratique orthophonique et par la même d'être reconnu comme professionnel paramédical. Le fait que les compétences de l'orthophoniste

soient reconnues par les autres professionnels de la santé le place en tant que partenaire valable dans le milieu médical et paramédical.

Dans le milieu éducatif, le questionnaire révèle que le partenariat entre les enseignants et les orthophonistes s'est renforcé (60 %).

Il ressort d'ailleurs de la question 13 intitulée « *Avec quels praticiens avez-vous le plus de relations, de contacts ?* » que l'enseignant est le praticien avec qui l'orthophoniste a le plus de relations et de contacts. Cela dépend sans doute de la nature des activités de l'orthophoniste mais aussi par le fait que la majorité de la patientèle de l'orthophoniste est constituée d'enfants d'âge scolaire.

Cette collaboration qui, comme nous l'avons vu, se concrétise essentiellement par des appels téléphoniques et des rencontres ou réunions, peut amener à des discussions sur certains aspects particuliers de l'enfant et de ses difficultés. L'orthophoniste est un thérapeute, il connaît le fonctionnement normal et le fonctionnement déviant. Il est donc en mesure de savoir ce qui peut être bénéfique à l'enfant. De son côté, l'enseignant connaît le fonctionnement normal de l'enfant et ses réactions au sein d'un groupe, il peut le comparer aux autres élèves de sa tranche d'âge et ainsi apporter des renseignements à l'orthophoniste.

Concernant notre seconde hypothèse, nous pouvons la considérer comme validée : le réseau favorise l'intégration de l'orthophoniste dans le milieu médical, paramédical et éducatif.

Les échanges que l'orthophoniste peut avoir avec d'autres professionnels, lui permettent notamment de s'intégrer au sein du réseau pluridisciplinaire par la reconnaissance de sa pratique.

3 - Réponse à notre troisième hypothèse

Nous avons posé l'hypothèse que le réseau permet une prise en charge globale du patient.

L'analyse qualitative de la question 25 intitulée « *Qu'apporte au patient le fait d'être suivi par un réseau de professionnels ?* » a montré que selon les orthophonistes interrogés, le patient suivi par un réseau pluridisciplinaire de professionnels se sent pris en charge dans son intégrité et est donc rassuré. L'approche pluridisciplinaire permet au patient d'avoir une vision complète de ses troubles et donc de mieux les comprendre et de mieux les appréhender. Il cerne ainsi ses capacités et ses difficultés.

De plus, les orthophonistes interrogés évoquent le fait que le réseau puisse apporter au patient un suivi cohérent et efficace. Dans le cadre d'une prise en charge, l'orthophoniste est amené à rencontrer les différents professionnels qui gravitent autour du patient. Les réponses à la question 17 nous révèlent que ces professionnels se contactent entre eux.

Cette collaboration se justifie dès le bilan par la demande d'examens complémentaires qui permettront à l'orthophoniste de considérer le patient dans sa globalité. Ce travail pluridisciplinaire se poursuit au cours de la rééducation en ciblant les difficultés et progrès du patient.

La question 11, intitulée « *Dans quel but établissez-vous des contacts avec d'autres professionnels ?* », vient confirmer notre analyse qualitative puisque les orthophonistes interrogés établissent des contacts avec d'autres professionnels dans le but d'une part de favoriser l'adaptation à l'école, l'autonomie progressive de l'enfant et de suivre l'évolution générale d'un patient. D'autre part, il s'agira d'établir des axes de prise en charge lorsque celle-ci est pluridisciplinaire pour une cohérence des actions.

Notre hypothèse est validée : le réseau permet une prise en charge globale du patient.

La prise en charge complète et multimodale du patient par un réseau pluridisciplinaire, conduit, par la cohérence des actions, à appréhender globalement les troubles. Cette prise en compte de toutes les dimensions de la pathologie permet une prise en charge plus opérante et un suivi plus efficace.

LE RESEAU

Au travers de notre étude s'est dégagé que travailler en réseau est une pratique partagée par les orthophonistes ayant répondu à notre questionnaire. En effet, à l'échelle des 62 questionnaires recueillis, l'idée de travailler en réseau apparaît comme une réalité. Cependant, 88 des 150 questionnaires envoyés ne nous ont pas été retournés ; on peut donc s'interroger sur les raisons qui déterminent ce choix : est-ce par manque de temps ou bien est-ce une marque de désinvestissement par rapport à la notion de réseau ?

1 - Avantages du réseau

Travailler en réseau avec d'autres professionnels offre la possibilité de créer un cercle rassurant autour du patient : le patient se sent reconnu dans ses difficultés et se trouve être un

centre d'intérêt pour les personnes qui gravitent autour de lui. A partir de là, le patient va se sentir compris et valorisé, ceci lui permettant d'optimiser ses progrès.

Comprendre le patient et ses difficultés, mieux le cerner, facilitent la prise en charge. L'avis d'autres professionnels est primordial, la confrontation des avis permet de ne pas s'enfermer dans une vision subjective, personnelle et partielle du patient mais au contraire de s'ouvrir à son monde et de le considérer comme un tout avec ses multiples facettes. La vision globale qu'offre les interactions entre les différents intervenants est une nécessité. Les intervenants peuvent alors travailler pour aller dans le même sens.

Parallèlement, nous avons vu que dans ce contexte, l'apport au niveau des pratiques professionnelles était également enrichissant pour l'orthophoniste. Le réseau offre, en effet, aux professionnels la possibilité d'approfondir leurs connaissances sur les différents troubles que peut présenter un patient.

La confrontation des opinions, les observations de part et d'autre et les réflexions communes permettent aux professionnels de travailler chacun dans leur domaine en accord avec les autres partenaires, ceci pour cheminer vers un objectif commun : la réussite de la prise en charge et le bien-être du patient.

2 - Limites du réseau

Nous avons été confrontées à des éléments nous montrant la réalité du terrain et par conséquent les limites d'un travail pluridisciplinaire entre des professions qui ne partagent pas les mêmes types d'emploi du temps et qui ont chacune des connaissances théoriques bien différentes.

Tout d'abord, il est indispensable de reconnaître que les emplois du temps de chaque professionnel ne leur permettent pas de se rencontrer aussi souvent qu'ils le voudraient.

Les intérêts de ces rencontres exigent que les professionnels acceptent de prendre de leur temps pour rencontrer l'autre. Or, pour des raisons privées ou de distance, certains professionnels décident de mettre de côté ce versant de leur métier. De plus, les orthophonistes travaillant en cabinet libéral sont rarement disponibles avant des heures tardives.

Par conséquent, on peut conclure, à regret, qu'un grand nombre de rencontres envisagées par l'un ou l'autre des professionnels ne se fait pas uniquement pour ces raisons-là. Au travers des

commentaires que nous avons récoltés par notre enquête, on constate que les professionnels ont plus facilement recours à des appels téléphoniques, ce qui, constitue un moyen beaucoup plus rapide et pratique pour se donner les informations essentielles sur un patient.

Nous considérons que ce type d'échange est une bonne solution pour pallier les contraintes temporelles mais n'est pas suffisant pour envisager un réel suivi et la mise en place d'un travail en synergie dans l'intérêt du patient. Certains professionnels affirment qu'ils peuvent échanger les mêmes éléments par téléphone que lors d'une rencontre. D'autres expriment un manque de motivation de la part de l'autre profession concernant ce type de contact.

Concernant les exigences temporelles qui sont un réel problème pour ce travail de partenariat, il est intéressant toutefois de préciser qu'au travers de notre étude, les orthophonistes rencontrent d'autres professionnels non pas en fonction d'un rythme convenu à l'avance mais en fonction des besoins qui se dégagent lors de la prise en charge d'un patient.

Pour certains orthophonistes, le travail pluridisciplinaire en réseau fait partie intégrante de la rééducation et devrait être reconnu comme un acte à part entière, au même titre qu'une séance individuelle avec le patient.

3 - L'évolution de la notion de réseau

Nous avons essayé de recueillir l'opinion des orthophonistes sur la notion de réseau parce que, pour notre pratique future, il nous semblait important de déterminer si le travail pluridisciplinaire en réseau est ancré dans la réalité du travail orthophonique ou si cela reste marginal pour les orthophonistes travaillant en cabinet libéral.

Au cours de nos études, il nous est apparu que l'approche pluridisciplinaire lors d'une prise en charge en orthophonie devenait un idéal vers lequel on devait tendre pour assurer au mieux le suivi du patient.

C'est pourquoi dans notre étude nous avons intégré plusieurs questions portant sur la notion de réseau.

Comme nous l'avons dit précédemment, la notion de réseau n'est pas utopique. La totalité de nos sujets confirment l'existence d'un travail pluridisciplinaire organisé en réseau.

De plus, pour la moitié des orthophonistes interrogés, la pratique en réseau n'est pas récente et semble même avoir évolué. Ils nous relatent que les contacts sont plus faciles car les

professions sont plus connues, il y a peut-être davantage de réseaux et ceux-ci sont plus systématisés dans les suivis des patients.

Néanmoins, lorsqu'on demande aux orthophonistes s'ils souhaitent que la pratique en réseau soit plus formalisée, la grande majorité d'entre eux n'envisagent pas une telle possibilité. Ils souhaitent préserver leur liberté d'action et pensent que la formalisation du réseau entraînerait un système institutionnel trop contraignant, nécessitant du temps.

CRITIQUES ET SUGGESTIONS

Comme nous l'avons démontré dans la première partie de notre discussion, nous avons pu valider nos trois hypothèses. Cependant, nous avons rencontré quelques difficultés au cours de l'analyse de nos résultats. Nous avons donc décidé de les reprendre dans cette dernière partie.

1 - Critiques de la population

1.1. Une étude non exhaustive

Le nombre de questionnaires envoyés s'élève à 150 car nous nous étions basé sur le mémoire de 1976.

Nous avons eu 62 retours. Nous avons conscience que ce faible chiffre ne nous donne pas la possibilité de faire une quelconque généralisation de nos résultats quant à l'existence d'un réseau de professionnels dans lequel s'intégrerait l'orthophoniste travaillant en cabinet libéral.

Nous tenons à préciser que le sujet de recherche qui est le nôtre ne prétend pas à l'exhaustivité, il se limite à une population d'orthophonistes issus de l'école de Lyon et nous ne l'appliquons pas à l'échelle nationale de la profession.

1.2. Le manque d'expérience

Plusieurs orthophonistes nous ont rapporté comme réponse, notamment pour les questions portant sur l'évolution du réseau et sur l'intégration des orthophonistes, qu'ils n'avaient assez d'expérience pour pouvoir donner leur avis.

Nous avons choisi une population ayant entre cinq et dix ans d'exercice pour démontrer l'intégration des jeunes orthophonistes dans un réseau pluridisciplinaire de professionnels. Il aurait été intéressant d'interroger une population plus expérimentée, qui aurait eu plus de recul pour appréhender cette notion de réseau.

Nous aurions pu choisir une autre option, à savoir, déterminer une population composée à 50 % de jeunes orthophonistes et à 50 % d'orthophonistes ayant plus d'années d'exercice et ce afin de confronter leurs opinions sur la notion de réseau et ses évolutions potentielles. Cela pourrait faire l'objet d'une autre étude.

1.3. L'exercice mixte

Quatre orthophonistes nous ont précisé avoir une activité mixte et exercer à la fois en cabinet libéral et en institution. De ce fait, leurs réponses reflètent leurs deux types d'exercice.

Nous aurions dû nous assurer préalablement que les orthophonistes ne travaillaient qu'en cabinet libéral pour éviter que le travail en institution influence leurs réponses, constituant ainsi un éventuel biais pour notre analyse.

Nous pouvons alors penser que d'autres orthophonistes interrogés ne nous l'ont pas rapporté mais ont aussi une activité mixte.

Nous aurions pu également élaborer une question supplémentaire dans notre questionnaire en demandant aux interrogés de préciser leur mode d'exercice actuel, afin que l'on puisse définir la proportion d'orthophonistes ayant une activité mixte et déterminer si leur intégration dans un réseau était différente de celle des orthophonistes travaillant uniquement en cabinet libéral.

2 - Critiques du questionnaire

La méthode d'enquête est une méthode de recueil de données qui permet de réunir un grand nombre d'informations tout en y consacrant un minimum de temps pour la personne interrogée ; c'est pour cela que le questionnaire se devait de répondre à des exigences de concision et de clarté. En effet, nous voulions être certaines que les questionnaires nous seraient renvoyés en quantité suffisamment significative pour être exploitables et assurer la validité scientifique de cette enquête.

2.1. Un questionnaire trop dense

Pour l'élaboration du questionnaire, nous nous étions basées sur le questionnaire du mémoire de Fredon & Petit-Delizy (1976) s'intitulant : « *L'intégration professionnelle des jeunes orthophonistes* ». Ainsi, des questions ont été modifiées ou supprimées pour rentrer au mieux dans le cadre de notre étude.

Certaines questions, nécessitant une part d'expression libre de l'interrogé, ont été posées mais il s'avère que les orthophonistes ont trouvé que ces questions ouvertes leur avaient demandé trop de temps. Il est donc possible que la contrainte de temps ait pu rebuter les personnes les moins motivées pour répondre à notre questionnaire.

Outre les questions ouvertes, la longueur de notre questionnaire a été soulignée par les orthophonistes interrogés. Cependant, la construction même de notre outil, constitué de cinq parties, ne nous a pas permis de limiter le nombre de questions.

Néanmoins, nous aurions pu envisager un questionnaire moins dense accompagné d'entretiens pour réduire le temps consacré au questionnaire par les orthophonistes.

2.2. Des réponses non exploitables

Malgré nos efforts pour rendre le questionnaire le plus lisible possible, certaines questions n'ont pas été exploitables en l'état. En effet, pour la question 13 concernant l'ordre de préférence des praticiens avec qui les orthophonistes ont le plus de contacts et à la question 20 relatives aux pathologies ou troubles pour lesquels ils ressentent la nécessité d'avoir des contacts avec d'autres professionnels de leur réseau, certains sujets ont coché les items au lieu de les numéroter, rendant ainsi les réponses à ces questions inexploitables pour répondre à nos hypothèses.

2.3. Des erreurs de formulation

La question 7, intitulée « *Avez-vous déjà travaillé en équipe ?* », a prêté à confusion lors de l'analyse des résultats. En effet, nous sous-entendions par « travail en équipe » le fait d'avoir exercé en institution pour pouvoir l'opposer au travail en cabinet libéral. Or, certains orthophonistes ont considéré comme travail en équipe le fait de travailler dans un « cabinet de groupe », d' « adhérer à une association » ou encore d'avoir « travaillé en équipe mais pas en tant qu'orthophoniste ».

Nous aurions donc dû spécifier le terme de « travail en équipe » pour que nos sujets répondent à nos attentes.

Les réponses à la question 15 concernant la notion de réseau sont parfois incomplètes. Notre question s'articulait en trois sous-questions, l'une s'attachait à savoir si pour ces orthophonistes la notion de réseau était récente, l'autre concernait l'évolution du réseau ces dernières années, et la dernière demandait de préciser de quelle manière il pouvait avoir évolué.

Lorsque l'orthophoniste s'est cantonné à répondre par l'affirmative ou la négative, il était alors impossible pour nous de savoir pour quelle sous-question il donnait son avis. De ce fait, l'analyse de cette question s'est avérée délicate et nous n'avons donc pas pris en compte les réponses qui prêtaient à confusion.

Il aurait été intéressant pour nous de scinder cette question 15 en trois questions distinctes pour avoir un avis sur chaque sous-question.

La formulation de la question 16, interrogeant sur le nombre de personnes constituant le carnet d'adresses, est maladroite. En effet, la variabilité des réponses à cette question nous a conduit à penser que la question avait été interprétée différemment selon les orthophonistes.

Il aurait fallu d'une part demander de préciser si ce nombre s'appliquait à un patient ou à l'ensemble des patients du cabinet et, d'autre part, de détailler le nombre de professionnels par domaine. De ce fait, nous n'avons aucune précision sur le contenu du carnet d'adresses, réduisant ainsi les possibilités d'analyse.

2.4. L'interprétation des résultats obtenus

Notre questionnaire comporte quatorze questions ouvertes et semi-ouvertes sur un total de trente-deux questions ; de ce fait, l'analyse qualitative tient une place non négligeable dans notre analyse, ce qui nous ne nous a pas toujours permis d'obtenir des résultats chiffrés.

Nous ne pouvons pas affirmer que l'exploitation de ces questions reflète l'entière opinion des interrogés mais nous en faisons l'hypothèse grâce aux ressentis recueillis dans les commentaires.

CONCLUSION

Les recherches que nous avons effectuées en sciences sociales avaient pour objectif de vérifier la mise en place et l'existence d'un réseau de professionnels travaillant avec l'orthophoniste, ainsi que de décrire les relations qui s'établissent entre les orthophonistes et d'autres professionnels dans le cadre d'un réseau.

Pour ce faire, nous avons avancé trois hypothèses :

- L'élargissement du champ des compétences orthophoniques augmente le développement d'un réseau pluridisciplinaire de professionnels.
- Un réseau favorise l'intégration de l'orthophoniste dans le milieu médical, paramédical et éducatif.
- Un réseau permet une prise en charge globale du patient (bilan orthophonique plus complet pour une prise en charge plus opérante).

A la lumière de la vérification de nos hypothèses, nous avons répondu positivement à l'ensemble des questions soulevées dans la partie théorique. Les nouveaux champs d'action de l'orthophoniste nécessitent des contacts avec des professionnels appartenant aux domaines médicaux, paramédicaux et éducatifs. Les échanges que l'orthophoniste peut avoir avec d'autres professionnels, lui permettent de s'intégrer au sein du réseau pluridisciplinaire par la reconnaissance de sa pratique. Une prise en charge complète et multimodale par un réseau pluridisciplinaire, permet par la cohérence des actions, d'appréhender globalement les troubles du patient.

Ceci nous amène à conclure que l'orthophoniste travaillant en cabinet libéral s'intègre dans un réseau pluridisciplinaire de professionnels.

En tant que futures orthophonistes, nous avons pensé ce travail de collaboration en réseau à partir de ce que nous avons pu constater lors de nos stages. Les attentes semblaient réelles de la part des membres de chaque profession. Parfois même existait une véritable connivence qui paraissait enrichissante entre l'orthophoniste et les différents professionnels.

Avant de mener ce travail, nous pensions l'existence d'un réseau informel bien réelle. Grâce aux résultats obtenus - particulièrement par le biais des réponses aux questions ouvertes – nous sommes désormais convaincues que le travail en réseau est enrichissant à tous points de vue ; néanmoins le caractère informel de ce réseau nécessite que l'orthophoniste s'investisse dans ce type de fonctionnement.

C'est pourquoi, dans notre pratique future, nous souhaitons pouvoir trouver ce temps, si précieux, pour contacter les différents professionnels qui gravitent autour de nos patients et, dans la mesure du possible, nous entretenir avec eux régulièrement et travailler en accord.

Nous espérons avoir l'occasion de rencontrer des professionnels aussi motivés que nous afin de pouvoir réellement mettre des projets en place avec des personnes impliquées dans la réussite de la prise en charge du patient.

Nous portons d'ailleurs un grand intérêt aux Maisons du Handicap instituées dans chaque département par la loi du 11 février 2005. Ces maisons font appel à divers professionnels pour permettre à la personne handicapée de bénéficier « *de l'accueil, de l'information et du conseil dont elle pourrait avoir besoin* » (cf. annexe 5).

L'article R. 146-29 stipule que « *le plan personnalisé de compensation est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire au terme d'un dialogue avec la personne handicapée relatif à son projet de vie* ». A ce titre, l'article R. 146-27 précise que l'équipe pluridisciplinaire « *réunit des professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales, des compétences dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle* ».

Ce regroupement de professionnels facilitera les échanges entre les intervenants qui disposeront d'un lieu pour se rencontrer et se réunir. On peut penser que cela incitera donc à la mise en place de réseaux de professionnels autour d'un patient mais aussi leur évolution dans le temps. En effet, ces Maisons du Handicap devraient constituer des « lieux ressources » permettant aux différents professionnels d'y trouver des informations, conseils et aides et ainsi créer des synergies entre praticiens aboutissant à une prise en charge pluridisciplinaire du patient.

Cependant, l'éloignement géographique des professionnels conditionne les rencontres et le nombre restreint de professionnels en milieu rural limite le choix du praticien, à la fois pour le patient mais aussi pour l'orthophoniste. Dans notre questionnaire, il a été souligné à plusieurs reprises que l'existence et la mise en place d'un réseau pluridisciplinaire de professionnels en milieu rural pouvaient différer d'un réseau en milieu urbain. Dans le cadre d'une poursuite de la recherche que nous avons menée, il serait intéressant de réaliser une étude comparative entre le réseau dans lequel s'intègrent les orthophonistes travaillant en milieu rural et le réseau dans lequel s'intègrent les orthophonistes exerçant en milieu urbain.

BIBLIOGRAPHIE

- Bouchayer, F. (1984). Médecins et puéricultrices de protection maternelle infantile. La recherche d'une identité et d'une légitimité professionnelles. *Revue française de sociologie*, XXV, p.65 à 90.
- Bungerer, M., & Poisson-Saloman, A.S. (1998). *Questions en santé publique : travailler et soigner en réseau*. Paris : Inserm.
- D'Amour, D., Sicotte, C., & Levy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, volume 17, numéro 3, p.67 à 91.
- De Béchillon (1997). In *Revue de Mauss* n°10, 2^{ème} semestre 1997 : Guerre et paix entre les sciences, disciplinarité, inter et transdisciplinarité. Paris : La Découverte.
- Dolley, M.A. (1993). *J'ai rendez-vous chez l'orthophoniste*. Paris : Retz-Pocket.
- Ferrand, A. (2003). Visions profanes des réseaux des soins : comment les patients perçoivent les relations entre les soignants. In *Schweyer, Coopérations, conflits et concurrence dans le système de santé*. Ecole Nationale de la Santé Publique.
- Fougeyrollas, P. & Lavoie, J. (1998). De la pluri, à la multi vers l'interdisciplinarité de l'approche-programme. In *Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J. & St-Michel, G. Classification québécoise. Processus de production du handicap*. Lac St-Charles, QC : Réseau international sur le processus de production du handicap.
- Fredon, G. & Petit-Delizy, O. (1976). *Intégration professionnelle des jeunes orthophonistes*. Lyon : mémoire d'orthophonie.
- Freyssinet-Dominjon, J. (1997). *Méthodes de recherche en sciences sociales*. Paris : Montchrestien.
- Grawitz, M. (1990). *Méthodes des sciences sociales*. Paris : Dalloz.
- Hugues, E.C. (1981). *Men and their work*. Westport Conn : Greenwood press.
- Maccio, C. (1988). *Autorité, pouvoir, responsabilité, du conflit à l'affrontement. La prise de décision*. Lyon : Chronique Sociale.
-

Mohib, N. & Sonntag, M. (2002). La légitimité au cœur de l'action et de la compétence. From <http://www.inrp.fr/Acces/Biennale/7biennale/Contrib/longue/7194.pdf>.

Obin, J.P. & Obin Coulon, A. (1999). Immigration et intégration. Paris : Hachette éducation.

Resweber, J.P. (2000). Le pari de la transdisciplinarité : vers l'intégration des savoirs. Paris : L'Harmattan.

Roustit, J. (2002). Décret de compétences, nomenclature, revalorisation tarifaire, une nouvelle ère pour l'orthophonie. L'orthophoniste. 220,3.

Siciak-Tataruga, A. (2005). Dossier sur la démographie. L'orthophoniste. 250, 21.

TEXTES OFFICIELS :

Article 1^{er} du décret de compétence du 2 mai 2002.

Article 2 du décret de compétence du 24-8-1983, modifié par le décret du 30-3-1992.

Article L4341-1 du Code de la Santé Publique.

Décret n° 2005-1587 du 19 décembre 2005 relatif à la maison départementale des personnes handicapées.

Journal Officiel du 4 mai 2002.

Nomenclatures de 1990 et 2002.

SITES INTERNET :

www.pagesjaunes.fr

www.legifrance.fr

ANNEXES

ANNEXE I : ANALYSE DETAILLEE DES DECRETS DE COMPETENCE

Annexe A : Analyse détaillée des décrets de compétence

1983/1992

Les ajouts.

Art. 1^{er}

L'apprentissage de la voix oesophagienne
La rééducation du bégaiement
La rééducation tubaire dans le cadre des traitements des anomalies de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit.

Tous ces actes doivent être accompagnés, en tant que besoin, de conseils appropriés à l'entourage du patient.

Art. 2 Les orthophonistes peuvent participer, par leurs actes ci-dessus énumérés, à des actions de prévention au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

1992/2002

I - Les modifications.

1992	2002
<p>Art. 1^{er} Les orthophonistes accomplissent, dans les conditions fixées par le Code de la santé publique, les actes professionnels suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les actes de dépistage - Les bilans orthophoniques 	<p>Art.1 L'orthophonie consiste :</p> <ul style="list-style-type: none"> - A prévenir, évaluer et à prendre en charge, aussi précocément que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression ; - A dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions. <p>Art.2 Dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Le compte rendu de ce bilan est communiqué au médecin prescripteur accompagné de toute information en possession de l'orthophoniste et de tout avis susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical, pour l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.</p> <p>Art.4 [...]</p> <p>L'orthophoniste peut proposer des actions [...] de dépistage</p>
<p>Art.1^{er} Les orthophonistes accomplissent[...] les actes professionnels suivants</p>	<p>Art. 3 L'orthophoniste est habilité à accomplir les actes suivants</p>

L'éducation précoce et la rééducation des divers handicaps du jeune enfant, qu'ils soient moteurs, sensoriels ou mentaux	La rééducation des fonctions du langage chez le jeune enfant présentant un handicap moteur, sensoriel ou mental
- La rééducation des troubles de l'articulation de la parole, isolés ou liés à des déficiences perceptives ou motrices ; - La rééducation des retards et des troubles de la parole et du langage, quelle qu'en soit l'origine ; - La rééducation du bégaiement	- La rééducation des troubles de l'articulation, de la parole ou du langage (dysphasies, bégaiements) quelle qu'en soit l'origine. - La rééducation des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole
La rééducation des troubles de la phonation, liés aux divisions palatines, aux insuffisances vélares et aux dysarthries neurologiques	La rééducation des troubles de la phonation liés à une division palatine ou à une incompétence vélo-pharyngée
La rééducation du langage écrit : dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, dysgraphie	La rééducation du langage écrit (dyslexie, dysorthographe, dysgraphie) et des dyscalculies.
La rééducation tubaire dans le cadre des traitements des anomalies de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit	La rééducation des troubles vélo-tubo-tympaniques
- L'apprentissage de la lecture labiale dans les surdités - La démutisation dans les surdités précoces - La rééducation ou la conservation du langage, de la parole et de la voix dans les surdités acquises	La rééducation et la conservation de la voix, de la parole et du langage, la démutisation et l'apprentissage de la lecture labiale, y compris dans les cas d'implants cochléaires ou d'autres dispositifs de réhabilitation ou de suppléance de la surdité
La rééducation de la déglutition	La rééducation des troubles de la déglutition (dysphagie, apraxie et dyspraxie bucco-linguo-faciale)
- La rééducation des troubles de la voix, d'origine organique ou fonctionnelle, congénitale ou acquis - L'apprentissage de la voix oesophagienne	La rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle pouvant justifier de l'apprentissage de la voix oro-oesophagienne ou trachéo-oesophagienne et de l'utilisation de toute prothèse phonatoire.
La rééducation de l'aphasie, de l'alexie, de l'acalculie, de l'agraphie	La rééducation des fonctions du langage oral ou écrit liées à des lésions cérébrales localisées (aphasie, alexie, agnosie, agraphie acalculie)

1992/2002

II – Les ajouts

Art.1 L'orthophonie consiste :

- A prévenir, évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression ;
- A dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions.

Art.2 Dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Le compte rendu de ce bilan est communiqué au médecin prescripteur accompagné de toute information en possession de l'orthophoniste et de tout avis susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical, pour l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution

Art.3

1 - Dans le domaine des anomalies de l'expression orale ou écrite :

- La rééducation des troubles de l'articulation, de la parole ou du langage oral (dysphasies, bégaiements) quelle qu'en soit l'origine
- L'apprentissage des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication

2 - Dans le domaine des pathologies oto-rhino-laryngologiques :

- La rééducation et la conservation de la voix, de la parole et du langage, la démutisation et l'apprentissage de la lecture labiale, y compris dans les cas d'implants cochléaires ou d'autres dispositifs de réhabilitation ou de suppléance de la surdité
- La rééducation des troubles de la déglutition (dysphagie, apraxie et dyspraxie bucco-linguo-faciale)
- La rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle pouvant justifier de l'apprentissage de la voix oro-oesophagienne ou trachéo-oesophagienne et de l'utilisation de toute prothèse phonatoire

3 - Dans le domaine des pathologies neurologiques :

- La rééducation des dysarthries et des dysphagies
- La rééducation des fonctions du langage oral ou écrit liées à des lésions cérébrales localisées (aphasie, alexie, agnosie, agraphie acalculie)
- Le maintien et l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives du vieillissement cérébral

Art.4 [...]

L'orthophoniste peut proposer des actions [...] d'éducation sanitaire [...] les organiser [...]. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie.

ANNEXE II : ANALYSE DETAILLEE DES NOMENCLATURES

Annexe 2 : Analyse détaillée des nomenclatures.

1990/2002

I - Les revalorisations.

	1990	2002
1° Bilans avec compte-rendu écrit obligatoire.		
Bilan de la phonation	AMO 16	AMO 24
Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit	AMO 16	AMO 24
Bilan du langage écrit	AMO 16	AMO 24
2° Rééducation individuelle (entente préalable)		
Rééducation des pathologies du langage écrit : lecture et/ou orthographe	AMO 10	AMO 10,1
Rééducation des troubles du calcul	AMO 10	AMO 10,2
Rééducation des retards de parole, des retards du langage oral	AMO 12	AMO 12,1

1990/2002

II – Les modifications.

1990	2002
1° Bilan avec compte-rendu écrit obligatoire.	
<p>Toute série de traitement ainsi que son renouvellement est soumise à entente préalable.</p> <p>Pour la première série de traitement, le contrôle médical doit disposer, soit d'un bilan fonctionnel de la phonation, soit d'un bilan phonétique du langage, soit d'un bilan de la pathologie du langage oral ou écrit, avec examen d'aptitude à l'acquisition du langage oral ou écrit si nécessaire et s'il n'est pas inclus dans les bilans précédents.</p> <p>Pour les prolongations à partir de la cinquantième séance, le contrôle médical doit disposer soit d'un bilan phonétique du langage, soit d'un bilan fonctionnel de la phonation, soit d'un bilan de la pathologie du langage oral ou écrit.</p>	<p><i>Le bilan orthophonique fait l'objet d'une prescription médicale[...]. Deux types de bilans peuvent être établis :</i></p> <p>1° Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire</p> <p>2° Bilan orthophonique d'investigation.</p> <p>Si, à l'issue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des 50 premières séances pour les rééducations individuelles cotées de 5 à 12,1 ou de groupe ; - Des 100 premières séances pour les actes cotés de 13 à 15, <p>La rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.</p> <p>[...]</p> <p>En cas de bilan orthophonique de renouvellement, la cotation du bilan est minorée de 30%.</p>
Bilan fonctionnel de la phonation	Bilan de la phonation
<ul style="list-style-type: none"> - Examen d'aptitude à l'acquisition du langage oral ou écrit. - Bilan de la pathologie du langage oral ou écrit. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit. - Bilan du langage écrit.

2° Rééducation individuelle (entente préalable)	
- Troubles de l'articulation liés à des déficiences perceptives, troubles de la phonation liés à des divisions palatines ou à des insuffisances vélares - Rééducation de la déglutition et/ou de l' articulation de la parole	- Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences perceptives. - Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences d'origine organique. - Rééducation de la déglutition atypique
Apprentissage de la voix oesophagienne , dysarthries neurologiques, rééducation de la pathologie du langage écrit , de la lecture, du calcul, de l'écriture ; rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle.	- Éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne - Rééducation des dysarthries neurologiques - Rééducation des pathologies du langage écrit : lecture et/ou orthographe - Rééducation des troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique - Rééducation des troubles de l'écriture - Rééducation des troubles de la voix, d'origine organique ou fonctionnelle.
Rééducation des retards du langage ou de la parole y compris l'éducation précoce, rééducation du bégaiement, apprentissage isolé de la lecture labiale en cas de surdité acquise	- Rééducation des retards de parole, des retards de langage oral - Rééducation du bégaiement - Éducation précoce au langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental - Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale
Rééducation du langage dans les états neurologiques (séance d'une durée de 45 minutes), rééducation ou conservation du langage et de la parole dans les surdités (séances d'une durée de 45 minutes), apprentissage précoce de la parole, de la voix, du langage dans les surdités du premier âge appareillées ou non	- Rééducation du langage dans les aphasies - Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques - Rééducation ou conservation du langage oral et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire - Démutisation dans les surdités du premier âge, appareillées ou non, y compris en cas d' implantation cochléaire

3° Rééducation nécessitant des techniques de groupe (entente préalable)	
Rééducation des dysphonies et apprentissage de la voix oesophagienne nécessitant des techniques de groupe	- Rééducation des troubles de la voix, d'origine organique ou fonctionnelle - Éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne
Rééducation des pathologies du langage écrit nécessitant des techniques de groupe	Rééducation des pathologies du langage écrit : lecture et/ou orthographe
Rééducation du bégaiement, du retard du langage ou de la parole chez l'adulte ou le jeune enfant à partir du 4 ^{ème} anniversaire	- Rééducation des retards de parole, des retards du langage oral - Rééducation du bégaiement
Rééducation des aphasies	Rééducation du langage dans les aphasies
Démütisation chez le jeune enfant atteint de surdité sévère	Démütisation dans les surdités du premier âge appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire.
Apprentissage de la lecture labiale dans la surdité de l'enfant et dans la surdité acquise	Éducation à la pratique de la lecture labiale

1990/2002

III – Les ajouts.**1° Bilan avec compte-rendu écrit obligatoire :**

- Bilan de la dyscalculie et des troubles de raisonnement logico-mathématiques.
- Bilan des troubles d'origine neurologique
- Bilan du bégaiement
- Bilan du langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux (inclus surdité, IMC, autisme, maladies génétiques)

2° Rééducation individuelle (entente préalable) :

- Rééducation vélo-tubo-tympanique
- Rééducation du mouvement paradoxal d'adduction des cordes vocales à l'inspiration
- Rééducation des dysphagies chez l'adulte et chez l'enfant
- Rééducation des anomalies des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole
- Éducation à l'utilisation des prothèses phonatoires quel qu'en soit le mécanisme

- Rééducation des pathologies du langage écrit : lecture et/ou **orthographe**
- Rééducation des troubles du calcul et du **raisonnement logico-mathématique**
- Éducation ou rééducation du langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental
- Éducation ou rééducation du langage dans le cadre de l'infirmité motrice d'origine cérébrale
- Éducation ou rééducation du langage dans le cadre de l'autisme
- Éducation ou rééducation du langage dans le cadre des maladies génétiques

Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 45 minutes, sauf mention particulière.

La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur.

- Rééducation des dysphasies, par séance minimale de 30 minutes
- Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques
- Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives
- Rééducation ou conservation du langage oral et de la parole dans les surdités appareillées ou non, **y compris en cas d'implantation cochléaire.**

3° Rééducation nécessitant des techniques de groupe (entente préalable) :

Il est conseillé de constituer des groupes de gravité homogène.

- Éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou **trachéo-oesophagienne**
- Rééducation des pathologies du langage écrit : lecture et/ou **orthographe**
- Rééducation des troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique
- Rééducation des dysphasies
- Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques
- Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives
- Démutisation dans les **surdités du premier âge, appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire**
- Rééducation ou conservation du langage oral et de la parole dans les surdités appareillées ou non, **y compris en cas d'implantation cochléaire.**

ANNEXE III : LE QUESTIONNAIRE

L'INTEGRATION DES JEUNES ORTHOPHONISTES TRAVAILLANT EN CABINET LIBERAL : LE RESEAU EST-IL UNE REALITE ?

IDENTIFICATION :

1 - Age :

2 - Situation de famille :

3 - Etudes antérieures :

- Linguistiques
- Médicales
- Psychologiques
- Aucune
- Autres : -----

4 - Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ? -----

RENSEIGNEMENTS GENERAUX :

5 - Depuis combien de temps exercez-vous en cabinet libéral ? -----

6 - Pour quelles raisons exercez-vous actuellement en libéral ?

- Raisons concernant les conditions de travail
(gestion autonome du cabinet)
- A priori défavorable au travail d'équipe en institution
- Opportunité
- Autres : -----

7 - Avez-vous déjà travaillé en équipe ?

- Oui
- Non

8 - Si oui, que vous a apporté le travail en équipe ?

- Echanges de points de vue réguliers
- Prise en charge pluridisciplinaire
- Autres : _____

9 - Si non, pour quelles raisons ?

- Pas d'opportunité
- A priori défavorable
- Autres raisons : _____

PLURIDISCIPLINARITE :

10 - Lors du suivi d'un patient, vous avez des contacts avec d'autres professionnels, de quelle nature sont-ils ?

- Courrier
- Courrier électronique
- Rencontre
- Téléphone
- Autre : _____

11 - Dans quel but établissez-vous des contacts avec d'autres professionnels ?

- Favoriser l'adaptation à l'école et l'autonomie progressive de l'enfant
- Suivre l'évolution générale d'un patient
- Etablir des axes de prise en charge lorsque celle-ci est pluridisciplinaire pour une cohérence des actions
- Autre : _____

12 - Ces contacts vous ont sans doute permis de vous créer un « carnet d'adresses ». Comment celui-ci s'est constitué ?

- Par des contacts lors de vos études
- Par des contacts lors d'un emploi antérieur
- Par l'intermédiaire du patient qui est suivi par un autre professionnel
- Lors de congrès, formations, rencontres médicales
- Par un travail en cabinet pluridisciplinaire
- A votre initiative
- Autre : _____

13 - Indiquez par un ordre de préférence, avec quels praticiens avez-vous le plus de relations, de contacts ?

Dans le cas où vous n'auriez aucun contact avec certains de ces professionnels, veuillez ne pas indiquer de chiffre dans les cases.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Assistante sociale | <input type="checkbox"/> ORL |
| <input type="checkbox"/> Audioprothésiste | <input type="checkbox"/> Orthodontiste |
| <input type="checkbox"/> Chirurgien | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste | <input type="checkbox"/> Orthoptiste |
| <input type="checkbox"/> Educateur | <input type="checkbox"/> Ostéopathe |
| <input type="checkbox"/> Enseignant | <input type="checkbox"/> Pédiatre |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Phoniatre |
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Psychiatre |
| <input type="checkbox"/> Médecin scolaire | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Neurologue | <input type="checkbox"/> Psychomotricien |
| <input type="checkbox"/> Neuropsychologue | <input type="checkbox"/> Autre : _ _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Ophtalmologiste | |

LE RESEAU :

14 - Comment définissez-vous la notion de réseau pluridisciplinaire ?

15 - Pensez-vous que la notion de réseau soit récente ?
A-t-elle évolué ces dernières années ? De quelle manière ?

16 - En considérant que le « carnet d'adresses » constitue un réseau informel de professionnels, de combien de personnes ce réseau est-il constitué environ ?

17 - Les professionnels appartenant à votre réseau se contactent-ils entre eux ?

- Oui
 Non

18 - Peut-on dire que les contacts que vous avez dans votre réseau dépendent essentiellement du type de pathologies ou troubles que vous suivez ?

- Oui
 Non

19 - Si non, pourquoi ?

20 - Dans quel type de pathologie et/ou trouble ressentez-vous la nécessité d'avoir des contacts avec d'autres professionnels de votre réseau ?
 Cochez de 1 à 17 selon votre ordre préférentiel.

LANGAGE ORAL :

- Articulation, parole, langage
 Dysphasie
 Bégaiement
 Division palatine ou incompetence vélopharyngée

LANGAGE ECRIT :

- Dyslexie/dysorthographe
 Dyscalculie
 Dysgraphie

HANDICAP :

- Rééducation de la personne présentant un handicap (IMC, handicap mental, Trisomie 21...)

AUTRES :

- Troubles vélo-tubo-tympaniques
 Surdit e
 D eglutition
 Laryngectomie
 Voix
 Dysarthrie, dysphagie
 Aphasie
 Troubles liées au vieillissement
 Autres : _____

21 - Quelle est la fr equence de vos contacts, parmi les professionnels de votre r eseau avec qui vous communiquez le plus ?

22 - La fréquence de ces contacts dépend-t-elle

- D'un rythme convenu à l'avance
- De l'initiative du professionnel en question
- Des besoins
- Des possibilités de rencontres du fait de l'emploi du temps de chacun
- Autre : -----

23 - Pensez-vous que le partenariat entre les enseignants et les orthophonistes se soit renforcé depuis le début de votre exercice professionnel ?

24 - Comment cette collaboration se concrétise-t-elle ?

25 - Qu'apporte au patient le fait d'être suivi par un réseau de professionnels ?

26 - Quels sont les avantages d'un réseau de professionnels non formel ?

27 - Quelles sont les limites ?

28 - Souhaiteriez-vous que le réseau soit plus formalisé ?
(création d'association ou réseau institutionnalisé)

- Oui
- Non

Précisez votre réponse.

INTEGRATION PROFESSIONNELLE :

29 - Le réseau vous semble-t-il permettre une meilleure reconnaissance professionnelle de l'orthophonie vis-à-vis des autres professionnels de la santé ?

- Oui
 Non

Pourquoi ? -----

30 - En tant qu'individu, ce réseau vous a-t-il permis une meilleure intégration professionnelle dans le milieu médical et/ou paramédical ?

- Oui
 Non

De quelle manière ? -----

31 - Pensez-vous que l'élargissement du champ de compétences de l'orthophoniste a favorisé son insertion dans le domaine médical et /ou paramédical ?

- Oui
 Non

Comment ? -----

32 - Informations complémentaires à nous communiquer :

ANNEXE IV : LETTRE ACCOMPAGNATRICE

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1
INSTITUT « TECHNIQUES DE READAPTATION »
ECOLE D'ORTHOPHONIE

ESNAULT Sandie
PY Audrey

Madame, Monsieur,

Vous voudrez bien trouver ci-joint un questionnaire que nous nous permettons de vous envoyer dans le cadre de notre projet de mémoire en orthophonie : « l'intégration des jeunes orthophonistes travaillant en cabinet libéral dans un réseau pluridisciplinaire de professionnels ».

En effet, nous souhaiterions mettre en évidence que les orthophonistes travaillent de concert avec d'autres professionnels et que ces contacts peuvent aboutir à de réels réseaux.

Notre mémoire se base donc essentiellement sur l'exploitation de vos réponses à ce questionnaire.

C'est pourquoi nous vous remercions par avance de bien vouloir nous le renvoyer au plus vite, à l'aide de l'enveloppe ci-jointe.

Dans le cas où vous rencontreriez un souci ou une interrogation quant au questionnaire, vous pouvez nous contacter.

Dans l'attente de votre réponse, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

N.B : Le questionnaire est en recto-verso.

**ANNEXE V : DECRET N° 2005-1587 DU 19 DECEMBRE 2005
RELATIF A LA MAISON DEPARTEMENTALE DES
PERSONNES HANDICAPEES.**

Extrait du site www.legifrance.gouv.fr

J.O n° 295 du 20 décembre 2005 page 19589
texte n° 51

**Décrets, arrêtés, circulaires
Textes généraux
Ministère de la santé et des solidarités**

Décret n° 2005-1587 du 19 décembre 2005 relatif à la maison départementale des personnes handicapées et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire)

NOR: SANA0524615D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et des solidarités, du ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et du ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 146-3 à L. 146-13 ;

Vu le code pénal, notamment ses articles 226-13 et 226-14 ;

Vu le code de l'éducation, notamment son article L. 112-2 ;

Vu le code des juridictions financières ;

Vu le décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 modifié portant règlement général de la comptabilité publique applicable aux établissements publics à caractère administratif ;

Vu le décret n° 2001-654 du 19 juillet 2001 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels des collectivités locales et établissements publics mentionnés à l'article 2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et abrogeant le décret n° 91-573 du 19 juin 1991 ;

Vu la lettre de saisine de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 2 novembre 2005 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale des allocations familiales en date du 22 novembre 2005 ;

Vu l'avis du Conseil national consultatif des personnes handicapées en date du 12 octobre 2005 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Au chapitre VI du titre IV du livre Ier du code de l'action sociale et des familles il est inséré une section III ainsi rédigée :

« Section III

« Maison départementale des personnes handicapées

« Sous-section 1

« Constitution et fonctionnement

« Art. R. 146-16. - La convention constitutive du groupement d'intérêt public dénommé "maison départementale des personnes handicapées est conclue entre les membres de droit désignés au deuxième alinéa de l'article L. 146-4 et, le cas échéant, les personnes morales mentionnées au troisième alinéa du même article qui souhaitent participer à ce groupement. Cependant, en application du quinzième alinéa du même article, le groupement peut être initialement constitué alors même que certains membres de droit n'y seraient pas partie.

« La convention constitutive est approuvée par arrêté du président du conseil général.

« Le groupement d'intérêt public jouit de la personnalité morale à compter de la publication au Recueil des actes administratifs du département de cet arrêté accompagné d'extraits de la convention mentionnant obligatoirement :

« 1° La dénomination et l'objet du groupement ;

« 2° L'identité de ses membres fondateurs ;

« 3° Le siège du groupement.

« Les modifications de la convention constitutive font l'objet d'une approbation et d'une publication dans les mêmes conditions.

« Art. R. 146-17. - La convention constitutive comporte obligatoirement les stipulations suivantes :

« 1° Désignation et objet du groupement ;

« 2° Désignation des membres ;

« 3° Conditions d'adhésion de nouveaux membres et de retrait ou d'exclusion de membres, à l'exclusion des membres de droit ;

« 4° Fixation du siège et du lieu physique d'implantation de la maison départementale des personnes handicapées ;

« 5° Nature et montant des concours des membres du groupement à son fonctionnement ;

« 6° Missions du directeur ;

« 7° Personnel du groupement ;

« 8° Procédure de préparation, d'approbation et d'exécution du budget.

« Les membres du groupement participent au fonctionnement de la maison départementale en mettant à sa disposition des moyens sous forme de contributions en nature, en personnels ou financières.

« Art. R. 146-18. - Les représentants des services de l'Etat au sein de la commission exécutive sont au nombre de trois.

« Art. R. 146-19. - A l'exception de son président et des membres désignés en application du a du 3° de l'article L. 146-4, les membres de la commission exécutive sont désignés pour une durée de quatre ans, renouvelable. Des suppléants peuvent être désignés dans les mêmes conditions.

« Tout membre démissionnaire ou ayant perdu la qualité à raison de laquelle il a été désigné est remplacé dans les mêmes conditions. Pour ceux des membres dont le mandat a une durée déterminée, le remplaçant est nommé pour la durée du mandat restant à courir.

« Art. R. 146-20. - La commission exécutive arrête son règlement intérieur et désigne un bureau.

« Elle se réunit au moins deux fois par an.

« Art. R. 146-21. - Les décisions de la commission exécutive sont exécutoires de plein droit.

« Toutefois, le président du conseil général peut, dans un délai de quinze jours, et lorsqu'il s'agit de décisions relatives au budget et à ses décisions modificatives ou à l'organisation de la maison départementale, provoquer une nouvelle délibération de la commission exécutive. Dans ce cas, il est sursis à l'exécution de la décision jusqu'à ce que la commission exécutive se soit à nouveau prononcée. Le président du conseil général ne peut s'opposer à l'exécution de la décision prise sur nouvelle délibération de la commission exécutive.

« Art. R. 146-22. - La commission exécutive est consultée sur la demande d'adhésion au groupement de nouveaux membres. La décision d'adhésion fait l'objet d'un avenant à la convention approuvé par arrêté pris et publié dans les conditions fixées à ce même article.

« Le retrait du groupement d'un membre, autre qu'un membre de droit, ne peut être effectif qu'après que ce membre s'est acquitté de ses obligations à l'égard du groupement pour l'exercice en cours et les exercices précédents.

« L'exclusion du groupement d'un membre pour inexécution de ses obligations à l'égard du groupement ou pour comportement incompatible avec les missions qui sont confiées au groupement par la loi peut être décidée par décision unanime des autres membres du

groupement, après consultation de la commission exécutive.

« Le retrait ou l'exclusion d'un membre du groupement font l'objet d'un avenant à la convention approuvé par arrêté pris et publié dans les conditions fixées à l'article R. 146-16.

« Art. R. 146-23. - La comptabilité du groupement et sa gestion sont soumises aux règles de droit public, notamment aux dispositions du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 modifié portant règlement général de la comptabilité publique applicable aux établissements publics à caractère administratif.

« Le groupement est soumis au contrôle de la chambre régionale des comptes dans les conditions prévues par le code des juridictions financières.

« L'agent comptable est nommé par le préfet après avis du trésorier-payeur général. Il ne peut être remplacé ou révoqué que dans les mêmes formes.

« Art. R. 146-24. - Le directeur de la maison départementale met en oeuvre les décisions de la commission exécutive.

« Ses autres missions sont définies par la convention constitutive du groupement.

« **Sous-section 2**

« Dépôt des demandes

« Art. R. 146-25. - Pour bénéficier des droits ou prestations mentionnés à l'article L. 241-6, la personne handicapée ou, le cas échéant, son représentant légal, dépose une demande auprès de la maison départementale des personnes handicapées du lieu de résidence de la personne handicapée.

« Lorsque, conformément aux dispositions mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 241-6, l'établissement ou le service qui accueille une personne handicapée formule, auprès de la maison départementale des personnes handicapées, une demande de révision d'une décision d'orientation, la personne handicapée, ainsi que, le cas échéant, son représentant légal, sont immédiatement informés de cette demande par l'établissement ou le service.

« Art. R. 146-26. - La demande est accompagnée d'un certificat médical de moins de trois mois et, le cas échéant, des éléments d'un projet de vie.

« Les modèles de formulaires de demande ainsi que la liste des pièces justificatives à fournir sont fixés par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées.

« Le formulaire de demande doit être accessible aux personnes handicapées ; à défaut, la maison départementale des personnes handicapées assure à ces personnes, par tout moyen, une aide à la formulation de leur demande.

« Sous-section 3**« Equipe pluridisciplinaire**

« Art. R. 146-27. - L'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8 réunit des professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales, des compétences dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle. Sa composition doit permettre l'évaluation des besoins de compensation du handicap quelle que soit la nature de la demande et le type du ou des handicaps ; cette composition peut varier en fonction des particularités de la situation de la personne handicapée.

« Les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont nommés par le directeur de la maison départementale, qui désigne en son sein un coordonnateur chargé d'assurer son organisation et son fonctionnement.

« Le directeur peut, sur proposition du coordonnateur, faire appel à des consultants chargés de contribuer à l'expertise de l'équipe pluridisciplinaire.

« Sous-section 4**« Plan personnalisé de compensation du handicap**

« Art. R. 146-28. - L'équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée en tenant compte des souhaits de la personne handicapée, formalisés dans son projet de vie. La maison départementale des personnes handicapées apporte son aide, sur leur demande, à la personne handicapée, ou à son représentant légal, pour la confection de ce projet de vie.

« L'équipe pluridisciplinaire détermine, le cas échéant, un taux d'incapacité permanente en application du guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées figurant à l'annexe 2-4 au décret n° 2004-1136 du 21 octobre 2004 relatif au code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire). Elle se fonde en outre sur les référentiels prévus par des réglementations spécifiques pour l'accès à certains droits ou prestations.

« Art. R. 146-29. - Le plan personnalisé de compensation est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire au terme d'un dialogue avec la personne handicapée relatif à son projet de vie. Il comprend des propositions de mesures de toute nature, notamment concernant des droits ou prestations mentionnées à l'article L. 241-6, destinées à apporter, à la personne handicapée, au regard de son projet de vie, une compensation aux limitations d'activités ou restrictions de participation à la vie en société qu'elle rencontre du fait de son handicap.

« Le plan personnalisé de compensation comporte, le cas échéant, un volet consacré à l'emploi et à la formation professionnelle ou le projet personnalisé de scolarisation mentionné à l'article L. 112-2 du code de l'éducation.

« Le plan de compensation est transmis à la personne handicapée ou, le cas échéant, à son

représentant légal, qui dispose d'un délai de quinze jours pour faire connaître ses observations. La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées est informée de ces observations.

« **Sous-section 5**

« Référent pour l'insertion professionnelle

« Art. R. 146-30. - Le référent pour l'insertion professionnelle est chargé des relations de la maison départementale avec le directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle pour toutes les questions relatives à l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

« **Sous-section 6**

« Accompagnement des personnes handicapées

« Art. R. 146-31. - La maison départementale apporte aux personnes handicapées et à leur famille l'aide nécessaire à la mise en oeuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, notamment dans leurs démarches auprès des établissements, services et organismes qui accueillent des personnes handicapées.

« **Sous-section 7**

« Conciliation

« Art. R. 146-32. - Les conditions suivantes sont exigées des personnes qualifiées pour figurer sur la liste mentionnée à l'article L. 146-10 :

« 1° Ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation, d'une incapacité ou d'une déchéance mentionnées sur le bulletin n° 2 du casier judiciaire ;

« 2° N'avoir pas été l'auteur de faits contraires à l'honneur, à la probité et aux bonnes moeurs ayant donné lieu à une sanction disciplinaire ou administrative de destitution, radiation, révocation, de retrait d'agrément ou d'autorisation ;

« 3° Posséder par l'exercice présent ou passé d'une activité professionnelle ou bénévole, la qualification requise eu égard à la nature des différends à régler ;

« 4° Présenter les garanties d'indépendance nécessaires à l'exercice de la mission de conciliation.

« La liste des personnes qualifiées est arrêtée par le président de la commission exécutive. Elle est tenue à jour et actualisée au moins tous les trois ans.

« Art. R. 146-33. - La fonction de conciliation est exercée à titre gratuit.

« Les frais de déplacement, engagés le cas échéant par la personne qualifiée chargée d'une

mission de conciliation, sont remboursés par la maison départementale des personnes handicapées, selon les modalités fixées par le décret n° 2001-654 du 19 juillet 2001 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels des collectivités locales et établissements publics mentionnés à l'article 2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et abrogeant le décret n° 91-573 du 19 juin 1991.

« Art. R. 146-34. - En cas de désaccord avec une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, la personne handicapée peut demander au directeur de la maison départementale des personnes handicapées de désigner une personne qualifiée.

« Art. R. 146-35. - La personne qualifiée peut avoir accès au dossier relatif à la personne handicapée détenu par la maison départementale des personnes handicapées, à l'exclusion des documents médicaux. Elle est tenue au secret professionnel dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

« Elle dispose de deux mois pour effectuer sa mission de conciliation, pendant lesquels le délai de recours contentieux est suspendu. La mission est close par la production d'un rapport de mission notifié au demandeur et à la maison départementale des personnes handicapées. Cette notification met fin à la suspension des délais de recours.

« Les constatations de la personne qualifiée et les déclarations qu'elle recueille ne peuvent être ni produites ni invoquées dans la suite de la procédure sans l'accord des parties, ni, en tout état de cause, dans une autre instance. »

Article 2

Le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministre de la santé et des solidarités, le ministre de l'agriculture et de la pêche, le ministre délégué aux collectivités territoriales et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 19 décembre 2005.

Dominique de Villepin

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et des solidarités, Xavier Bertrand

Le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, Nicolas Sarkozy

Le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Jean-Louis Borloo

Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Gilles de Robien

Le ministre de l'agriculture et de la pêche, Dominique Bussereau

Le ministre délégué aux collectivités territoriales, Brice Hortefeux

Le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, Philippe Bas.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

1 - Liste des Tableaux

Tableau 1 : Répartition des questionnaires envoyés et reçus	33
Tableau 2 : Relations et contacts avec les autres professionnels	38
Tableau 3 : Nombre de personnes constituant le « carnet d'adresses »	39
Tableau 4 : Type de pathologie ou trouble nécessitant des contacts avec d'autres professionnels	41

2 - Liste des Graphiques

Graphique 1 : Répartition par âge des orthophonistes interrogés.....	31
Graphique 2 : Situation de famille des orthophonistes	32
Graphique 3 : Etudes antérieures des sujets	32
Graphique 4 : Répartition par année d'obtention du diplôme.....	33
Graphique 5 : Durée d'exercice en libéral	34
Graphique 6 : Raisons d'exercer actuellement en libéral	34
Graphique 7 : Expérience de travail en équipe.....	35
Graphique 8 : Apports du travail en équipe	35
Graphique 9 : Nature des contacts avec d'autres professionnels.....	36
Graphique 10 : Fréquence des contacts.....	42
Graphique 11 : De quoi dépend la fréquence des contacts ?	42

TABLE DES MATIERES

Organigrammes	2
1- Université Claude Bernard Lyon1	2
1.1. Fédération Santé :	2
1.2. Fédération Sciences :	2
Remerciements	4
Sommaire	5
Introduction	9
PARTIE THEORIQUE.....	10
LA PROFESSION D'ORTHOPHONISTE.....	11
1 - Définition	11
2 - Les missions	11
3 - Les modes d'exercice	11
4 - Les modifications du champ de compétence	12
4.1. Les décrets de compétence	12
4.2. Les nomenclatures	12
L'INTEGRATION	14
1 - Une définition de l'intégration	14
2 - L'intégration par la reconnaissance	14
3 - L'identité professionnelle comme vecteur de légitimité	15
4 - L'intégration par la légitimité.....	15
4.1. La légitimité selon la psychologie sociale.....	15
4.2. La légitimité par le statut selon les interactionnistes	16
4.3. La légitimité dans les textes officiels.....	16
LA PLURIDISCIPLINARITE	17
1 - Définition de la pluridisciplinarité	17
2 - Le travail pluridisciplinaire.....	18
3 - L'interprofessionnalité	18
LE RESEAU	19
1 - Définition du réseau.....	19
2 - Distinction entre les différents réseaux	20

2.1. Le réseau formel et informel.....	20
2.2. Les types de réseaux informels en exercice libéral	21
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	22
EXPERIMENTATION	24
DEMARCHE METHODOLOGIQUE	25
POPULATION CONCERNEE ET CRITERES DE SELECTION	25
1 - Population concernée	25
2 - Critères de sélection	25
OUTIL EXPERIMENTAL : LE QUESTIONNAIRE.....	26
1 - Choix de l'outil	26
2 - Elaboration du questionnaire	26
2.1. Structure du questionnaire.....	26
2.2. Types de questions	27
3 - Administration du questionnaire.....	29
PRESENTATION DES RESULTATS.....	30
METHODE D'ANALYSE	31
CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	31
1 - Identification de nos sujets	31
2 - Renseignements généraux sur les sujets	34
LA PLURIDISCIPLINARITE.....	36
1 - Nature des contacts avec d'autres professionnels lors du suivi d'un patient.	36
2 - Buts des contacts avec d'autres professionnels	36
3 - Constitution du « carnet d'adresses »	37
4 - Relations et contacts avec les autres professionnels	37
LE RESEAU.....	38
1 - Définition de la notion de réseau pluridisciplinaire	38
2 - Notion de réseau.....	39
3 - Nombre de personnes constituant le « carnet d'adresses »	39
4 - Contacts entre les professionnels du réseau	40

5 - Les contacts dépendent-ils essentiellement du type de pathologies ou troubles ?.....	40
6 - Type de pathologie et/ou trouble nécessitant d'avoir des contacts avec d'autres professionnels.....	40
7 - Fréquence des contacts avec les professionnels du réseau.....	41
8 - De quoi dépend la fréquence des contacts ?	42
9 - Partenariat entre les enseignants et les orthophonistes	43
10 - Concrétisation de la collaboration entre les enseignants et les orthophonistes 43	
11 - Apports du réseau pour un patient.....	43
12 - Avantages d'un réseau de professionnels non formel	43
13 - Limites d'un réseau de professionnels non formel	44
14 - Formalisation du réseau	44
INTEGRATION PROFESSIONNELLE	44
1 - Reconnaissance professionnelle de l'orthophonie vis-à-vis des autres professionnels de la santé	44
2 - Intégration professionnelle de l'orthophoniste dans le milieu médical et/ou paramédical	45
3 - Elargissement du champ de compétence de l'orthophoniste et insertion professionnelle dans le domaine médical et /ou paramédical	45
REMARQUES SUR NOS ANALYSES	45
DISCUSSION DES RESULTATS	47
REPONSES A NOS HYPOTHESES.....	48
1 - Réponse à notre première hypothèse.....	48
2 - Réponse à notre seconde hypothèse	50
3 - Réponse à notre troisième hypothèse	51
LE RESEAU.....	52
1 - Avantages du réseau.....	52
2 - Limites du réseau.....	53
3 - L'évolution de la notion de réseau	54
CRITIQUES ET SUGGESTIONS.....	55
1 - Critiques de la population	55

1.1. Une étude non exhaustive.....	55
1.2. Le manque d'expérience	55
1.3. L'exercice mixte.....	56
2 - Critiques du questionnaire	56
2.1. Un questionnaire trop dense	57
2.2. Des réponses non exploitables.....	57
2.3. Des erreurs de formulation.....	57
2.4. L'interprétation des résultats obtenus	58
Conclusion	59
Bibliographie	61
ANNEXES	63
Annexe I : Analyse détaillée des décrets de compétence.....	64
Annexe II : Analyse détaillée des nomenclatures	67
Annexe III : Le questionnaire.....	72
Annexe IV : Lettre accompagnatrice	78
Annexe V : Décret n° 2005-1587 du 19 décembre 2005 relatif à la maison départementale des personnes handicapées.....	79
Table des Illustrations.....	88
1 - Liste des Tableaux	88
2 - Liste des Graphiques.....	88
Table des Matières	89

ESNAULT Sandie

PY Audrey

**L'INTEGRATION DES JEUNES ORTHOPHONISTES TRAVAILLANT EN
CABINET LIBERAL DANS UN RESEAU PLURIDISCIPLINAIRE DE
PROFESSIONNELS**

92 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2006

RESUME

Les recherches que nous avons effectuées en sciences sociales avaient pour objectif de vérifier la mise en place et l'existence d'un réseau de professionnels travaillant avec l'orthophoniste, ainsi que de décrire les relations qui s'établissent entre les orthophonistes et d'autres professionnels dans le cadre d'un réseau.

Pour notre étude, nous avons avancé trois hypothèses. Afin de vérifier celles-ci, nous avons choisi d'élaborer un questionnaire destiné à des orthophonistes récemment diplômés.

A la lumière de la vérification de nos hypothèses, nous avons répondu positivement à l'ensemble des questions soulevées dans la partie théorique.

Ceci nous amène à conclure que les nouveaux champs d'action de l'orthophoniste nécessitent des contacts avec des professionnels appartenant aux domaines médicaux, paramédicaux et éducatifs. De plus, les échanges que l'orthophoniste peut avoir avec d'autres professionnels, lui permettent de s'intégrer au sein du réseau pluridisciplinaire par la reconnaissance de sa pratique. Enfin, une prise en charge complète et multimodale par un réseau pluridisciplinaire, permet par la cohérence des actions, d'appréhender globalement les troubles du patient.

En tant que futures orthophonistes, nous avons pensé ce travail de collaboration en réseau à partir de ce que nous avons pu constater lors de nos stages. Les attentes semblaient réelles de la part des membres de chaque profession.

Grâce aux résultats obtenus, nous sommes désormais convaincues que le travail en réseau est enrichissant à tous points de vue.

MOTS-CLES

RESEAU – PLURIDISCIPLINARITE — INTEGRATION PROFESSIONNELLE —
ORTHOPHONIE – CHAMP DE COMPETENCE

MEMBRES DU JURY

Claire GENTIL

Corine MERIC

Michèle THOMALLA

MAITRE DU MEMOIRE

Johnny FAVRE

DATE DE SOUTENANCE

Jeudi 6 juillet 2006
