



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Mémoire n°2143

Mémoire d'Orthophonie
Présenté pour l'obtention du
Certificat de capacité d'orthophoniste

Par

BOUTET Clémence

**« Étude des frontières mouvantes entre champs de compétences :
*L'exemple des orthophonistes et neuropsychologues
dans la prise en charge des patients aphasiques* »**

Directeur de Mémoire

GUILHOT Nicolas

Année académique

2020-2021

Institut Sciences et Techniques de Réadaptation DEPARTEMENT ORTHOPHONIE

Directeur ISTR

Xavier PERROT

Équipe de direction du département d'orthophonie :

Directeur de la formation

Agnès BO

Coordinateur de cycle 1

Claire GENTIL

Coordinateur de cycle 2

Solveig CHAPUIS

Responsables de l'enseignement clinique

Claire GENTIL

Ségolène CHOPARD

Johanne BOUQUAND

Responsables des travaux de recherche

Mélanie CANAULT

Floriane DELPHIN-COMBE

Claire GENTIL

Responsable de la formation continue

Johanne BOUQUAND

Responsable du pôle scolarité

Rachel BOUTARD

Secrétariat de scolarité

Anaïs BARTEVIAN

Constance DOREAU KNINDICK

Céline MOULART

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Directeur Général des Services
M. VERHAEGHE Damien

Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. RODE Gilles**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directrice **Pr. VINCIGUERRA Christine**

U.F.R de Médecine et de maïeutique
- Lyon-Sud Charles Mérieux
Doyenne **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences et Techniques
de la Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

U.F.R d'Odontologie
Directrice **Pr. SEUX Dominique**

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directrice **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

Secteur Sciences et Technologie

U.F.R. Faculté des
Sciences Administrateur
provisoire
M. ANDRIOLETTI Bruno

Institut des Sciences
Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire
**Mme GIESELER
Kathrin**

Observatoire Astronomique
de Lyon Directeur **Mme
DANIEL Isabelle**

U.F.R. de Sciences et
Techniques des Activités
Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE
Yannick**

École Supérieure du
Professorat et de
l'Éducation (E.S.P.E.)
Administrateur provisoire
M. CHAREYRON Pierre

Institut National Supérieure du
Professorat et de l'Éducation
(INSPé)
Directeur **M. CHAREYRON
Pierre**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de
Technologie de Lyon 1
(I.U.T LYON 1)
Directeur **M. VITON Christophe**

Résumé

Ce mémoire traite de la collaboration orthophoniste/neuropsychologue dans la prise en charge des patients aphasiques pour lesquels la Haute Autorité de Santé recommande une intervention pluridisciplinaire. Les professionnels de santé sont amenés à articuler leurs différentes interventions dans un travail de collaboration au sein des équipes de soin. Les orthophonistes, qui travaillent les aspects langagiers et cognitifs, se trouvent au croisement de plusieurs disciplines avec un risque de chevauchement important notamment avec les neuropsychologues. Il se pose alors la question de la mise en place de cette collaboration, et de la manière dont chacun définit son rôle auprès des patients aphasiques. Un questionnaire à destination des neuropsychologues et des orthophonistes a permis de définir les domaines de compétences que chacun attribue à sa profession en fonction des modes d'exercice. La réalisation d'entretiens avec des orthophonistes et des neuropsychologues a permis d'étudier la mise en place de la collaboration, l'impact des chevauchements sur les patients et l'existence ou non d'un conflit. Les analyses montrent que les domaines d'activité des orthophonistes et des neuropsychologues changent en fonction de la composition de l'équipe, et qu'il existe bien un risque de chevauchement des tâches. Dans l'ensemble, le travail d'équipe semble recherché et souhaité par les orthophonistes et les neuropsychologues, peu de situations conflictuelles ont été rapportées. La collaboration peut se mettre en place de façon plus ou moins formelle, allant jusqu'à la rédaction de protocoles détaillant les rôles de chacun. Selon les professionnels, cette proximité des champs de compétences ne semble pas être néfaste pour le patient. Enfin, une analyse du cas particulier de l'exercice libéral a permis d'observer la situation de domination des orthophonistes : tous les professionnels ont validé l'hypothèse selon laquelle le non-remboursement des neuropsychologues aurait un impact sur le champ de compétences des orthophonistes en libéral.

Mots-clés : collaboration, orthophoniste, neuropsychologue, aphasie, identité professionnelle, sociologie des professions, légitimité, domaines cognitifs et langagiers

Abstract

This essay discusses the collaboration between speech therapist and neuropsychologist in aphasic patient care. Early intervention by a multi-disciplinary team is essential and required by the HAS. Health care professionals provide practical knowledge and skills about their profession and are required to work together within healthcare teams. Speech therapists who work simultaneously on language and cognition have an important risk of overlapping jurisdiction, notably with neuropsychologists. The question arises as to how the collaboration could be organised in healthcare team, and the way everyone defines their role and responsibility. To answer this question, a mixed method consisting of a questionnaire and semi-directed interviews was used to define speech therapists and neuropsychologists field of competence according to the different practices. Semi-directed interviews allowed for the discussion of collaborated organisations, the impact of overlapping jurisdiction and whether a conflict exist or does not exist. The result of the study shows that speech therapist and neuropsychologist field of activity changes according to the need and organisation of the healthcare team and that there is a risk of overlapping jurisdiction. Usually, the collaboration and teamwork are still desired, there is less conflicting situation as expected. Collaboration can be set up in a formal and informal way to some extent: a written protocol for each professional. According to professionals, this proximity does not seem to be detrimental to the patient. The example of speech therapist who work as liberal professionals is used to observe the speech therapist situation of dominance: every professional confirmed the hypothesis that neuropsychologist non-reimbursement had an impact on the speech therapist field of competence.

Keywords: collaboration, speech therapist, neuropsychologist, aphasia, professional identity, sociology of the professions, legitimacy, field of competence

Remerciements

Je remercie particulièrement Nicolas Guilhot, mon directeur de mémoire, pour ses conseils avisés, ses remarques et le temps qu'il a pu me consacrer afin que l'on puisse échanger « en vrai » au sujet de ce mémoire. Son accompagnement m'a permis de mener à bien ce travail en toute confiance et sérénité.

Je remercie également l'ensemble des professionnels qui ont contribué à la réalisation de cette étude, tout particulièrement ceux qui ont accepté de participer à mes entretiens et ceux qui ont répondu à mes questionnaires. Toute ma reconnaissance également aux nombreuses personnes qui ont pu m'aider à le diffuser, ainsi qu'à l'ensemble des interlocuteurs qui m'ont aidé à faire le recensement.

Je remercie ma famille qui malgré la distance a toujours été très présente.

Et enfin je remercie toutes les personnes qui m'ont accompagnée de près ou de loin pendant ces 5 années d'études riches en émotion.

Sommaire

I. Partie théorique	1
1. Les aphasies : connaissances scientifiques actuelles.....	1
1.1 Définir les troubles aphasiques	1
1.2 Langage et cognition : un réseau neuronal complexe	2
1.3 De l'importance de l'intervention pluridisciplinaire	3
2. Intervention pluridisciplinaire et frontière ambiguë.....	4
2.1 Organisation des équipes de soin : les recommandations	4
2.2 Définir le travail d'équipe : entre séparation et complémentarité	5
2.3 Modèle de l'équipe soignante autour du patient aphasique	6
3. Orthophoniste et neuropsychologue : analyse des professions	7
3.1 De la nécessité d'une identité professionnelle.....	7
3.2 De la nécessité de travailler ensemble	8
3.3 Étudier la collaboration orthophoniste/neuropsychologue	10
II. Méthode	11
1. Population.....	11
1.1 Recensement, analyse des répartitions et population cible.....	11
1.2 Questionnaires et entretiens.....	11
2. Matériel	12
2.1 Questionnaires	12
2.2 Entretiens	13
3. Procédure.....	14
3.1 Questionnaires	14
3.2 Entretiens	14
III. Résultats et discussion.....	15
1. Introduction : présentation du plan & population.....	15
1.1 Présentation du plan	15
1.2 Présentation de la population des questionnaires et entretiens	15
2. De la difficulté d'établir des frontières entre les professions.....	16
2.1 Définir son identité professionnelle	16
2.2 Définir le rôle des professions auprès du patient aphasique	17
2.3 Impact du mode d'exercice en structure sur l'IdF lors du bilan	18

3.	Formation initiale et continue : entre conquête et approfondissement.....	20
3.1	Analyse du contenu des formations initiales.....	20
3.2	La formation continue dans l'enquête	21
3.3	Entre approfondissement, spécialisation informelle et conquête	22
4.	Situations de Co-Présence : faire équipe, entre conflit et complémentarité	23
4.1	Organisation de la collaboration en SCP.....	23
4.2	Influence du lieu et du moment de rencontre.....	24
4.3	Collaboration et recherche d'expertise	25
4.4	De l'intérêt de profiter des « compétences vivantes »	26
5.	De l'impact du cadre législatif : exemple de l'exercice libéral.....	28
5.1	Le champ de compétences des orthophonistes en libéral	28
5.2	Un avantage en orthophonie : le remboursement des soins	29
5.3	Frontières mouvantes et légitimation	30
6.	Limites et perspectives	31
IV.	Conclusion	32
V.	Bibliographie.....	33

I. Partie théorique

Nombreuses sont les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) à promouvoir des interventions pluri-professionnelles dans la prise en charge de pathologies neurologiques. La prise en charge des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) par exemple, nécessite l'intervention d'une équipe composée de nombreux professionnels afin de proposer une remédiation à l'ensemble des difficultés du patient (motrices, cognitives, langagières...) (HAS, 2007). La diversité, la complexité et l'intrication des atteintes cognitives et langagières chez les patients aphasiques posent question sur l'organisation de la collaboration entre orthophonistes et neuropsychologues. En libéral comme sur des postes salariés, ces deux professions peuvent être amenées à travailler ensemble, mais comment s'organise cette collaboration ? Existe-t-il un chevauchement des tâches ? Quelle est l'influence du lieu d'exercice ? Comment les formations initiales et continues influencent-elles l'exercice d'une profession ? Comment la répartition des tâches, si elle est nécessaire, se met-elle en place ? Sous quelle forme ? Quelle est l'influence du non-remboursement des soins réalisés par les neuropsychologues sur les domaines de compétences ? Et enfin, quel est l'impact pour le patient ?

Une première partie présentera les connaissances actuelles au sujet des troubles aphasiques. Une deuxième partie étudiera l'organisation des équipes de soin autour du patient aphasique. Enfin, dans une troisième partie, un cadre théorique sera donné à l'étude grâce à l'apport de la sociologie des professions. Une enquête construite avec des questionnaires et des entretiens auprès des deux professions permettra de mieux cerner la réalité du terrain en France, en fonction des lieux et modes d'exercice, ainsi que du cadre légal.

Le terme *neuropsychologue* a été choisi pour désigner les psychologues spécialisés en neuropsychologie tout au long de ce travail.

1. Les aphasies : connaissances scientifiques actuelles

1.1 Définir les troubles aphasiques

Les AVC sont la principale étiologie des troubles langagiers de type aphasie (De Freitas, 2012). On désigne par le terme *aphasie* un ensemble hétérogène d'atteintes du langage. Les manifestations sont extrêmement variables d'un patient à l'autre, allant de la difficulté à trouver ses mots jusqu'à une impossibilité totale de comprendre et de produire du langage (Gonçalves et al., 2018). Il est d'usage d'utiliser une

classification internationale selon les versants langagiers impactés (aphasie de Broca, de Wernicke, aphasies transcorticales, de conduction...). Ces classifications ont le mérite d'utiliser des termes communs aux différents pays et services hospitaliers. Elles présentent cependant des limites. Rares sont les patients qui correspondent intégralement au tableau clinique (Hoffmann & Chen, 2013) et les atteintes langagières sont instables puisqu'elles tendent à évoluer au fur et à mesure de la récupération des patients (Gerstenecker & Lazar, 2019).

Les aphasies faisant partie d'un grand continuum de troubles, il est donc nécessaire d'évaluer tous les versants du langage du patient afin de chercher la nature précise des atteintes et mettre en place la prise en charge la plus adaptée.

1.2 Langage et cognition : un réseau neuronal complexe

Si les travaux de Broca ont longtemps fait référence en matière de localisation cérébrale en donnant à l'hémisphère gauche le rôle exclusif du langage, les recherches récentes montrent que les réseaux neuronaux semblent plus complexes (Hickok & Poeppel, 2007; Jung-Beeman, 2005; Tzourio-Mazoyer, 2016). Le rôle spécifique de l'hémisphère gauche dans le langage est toujours démontré actuellement (Tzourio-Mazoyer, 2016), mais des études en neuro-imagerie attribuent désormais un rôle important à l'hémisphère droit, notamment dans le traitement du langage élaboré (compréhension des métaphores, blagues, détection d'inconsistance...) et de la prosodie (Jung-Beeman, 2005). Il est donc plus pertinent de parler d'un ensemble neuronal vaste, incluant le langage et d'autres fonctions cognitives dites supérieures. Le langage ne peut donc plus être considéré comme une fonction de surface indépendante du fonctionnement cognitif global (Turgeon & Macoir, 2008).

L'équipe de Schumacher en 2019 a étudié la corrélation entre les atteintes langagières et cognitives en comparant les scores obtenus par des patients à des tests non-verbaux et langagiers. Les 38 patients inclus dans cette étude présentent tous une aphasie à la suite d'un AVC ischémique ou hémorragique gauche. Les résultats montrent que tous les participants présentent au moins un test non-verbal échoué, et que 15 d'entre eux ont échoué à plus de la moitié des épreuves non-verbales. Les auteurs concluent que, si les atteintes langagières sont les plus saillantes, ils retrouvent une co-occurrence significative avec d'autres atteintes cognitives. Il existerait donc une corrélation entre l'importance des déficits cognitifs et des déficits langagiers : les patients les plus déficitaires sur le plan cognitif seraient également les plus en difficulté

sur le plan langagier (Marinelli et al., 2017; Turgeon & Macoir, 2008). En effet, les performances langagières étant entravées par les lésions, les tâches langagières paraissent plus complexes et demandent des capacités attentionnelles, de planification, de réflexion supplémentaires au patient (Brownsett et al., 2014; Gonçalves et al., 2018). Les auteurs recommandent donc de prendre en compte toutes les atteintes lors de la thérapie langagière (Helm-Estabrooks, 2011; Simic et al., 2019) et préconisent une prise en charge pluridisciplinaire dès le début du parcours de soin avec une intervention des orthophonistes et des neuropsychologues notamment.

1.3 De l'importance de l'intervention pluridisciplinaire

La récupération des patients aphasiques est influencée par l'environnement dans lequel ils se trouvent (Gerstenecker & Lazar, 2019), ainsi que par l'ensemble des stimulations qu'ils vont recevoir (Seron, 1980). Il semble donc pertinent de parler d'environnement rééducatif au sens large, incluant ainsi l'ensemble des stimulations reçues par le patient à travers les différentes prises en charge et son environnement quotidien. L'objectif premier doit être de rétablir la communication dans la vie quotidienne, ce qui nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire (Wallace et al., 2019). La revue Cochrane (Brady et al., 2016) sur l'impact de la prise en charge orthophonique des patients aphasiques valide ces concepts théoriques en montrant un apport significatif de la prise en charge orthophonique.

Plusieurs études soulignent que de nombreuses thérapies langagières conçues pour les patients aphasiques requièrent de bonnes compétences d'apprentissage, de mémorisation et d'analyse d'image (Gerstenecker & Lazar, 2019; Simic et al., 2019; Van de Sandt-Koenderman et al., 2008). Ces compétences peuvent être analysées grâce notamment à la réalisation d'un bilan neuropsychologique. Pourtant, les évaluations neuropsychologiques qui permettent de cerner ce type de difficultés cognitives sont encore trop souvent décrites comme impossibles à réaliser en raison des troubles langagiers, ce qui ne semble pas nécessairement se justifier (Basso et al., 2013; El Hachioui et al., 2014; Gonçalves et al., 2018). Il existe en effet des épreuves ne reposant pas sur le langage qui peuvent être proposées (Constantinidou et al., 2012 ; El Hachioui et al., 2014). Une autre limite est souvent décrite dans la réalisation d'un bilan neuropsychologique avec ces patients : la compréhension des consignes. Le patient doit avant toute chose comprendre ce qu'on attend de lui, ce qui n'est pas toujours évident lorsqu'il présente des troubles aphasiques massifs. Il semble donc cohérent de proposer en premier lieu une évaluation précise du langage afin de

pouvoir déterminer à l'avance le type d'épreuves neuropsychologiques qu'il va être possible de proposer en limitant les biais langagiers (Gerstenecker & Lazar, 2019) et de permettre à l'équipe de prévoir les meilleures adaptations pour le patient.

Sur un plus long terme, les deux bilans neuropsychologique et orthophonique sont nécessaires afin de mettre en corrélation les résultats et dresser un profil cognitif plus pertinent. Une intervention pluridisciplinaire semble également nécessaire dans la prise en charge afin de prendre en compte tous les aspects des troubles du patient et proposer la meilleure remédiation possible.

2. Intervention pluridisciplinaire et frontière ambiguë

2.1 Organisation des équipes de soin : les recommandations

Dans ces recommandations de référence, la Société Française Neurovasculaire (SFNV) donne des indications très précises quant au quota de professionnels nécessaire dans les unités neurovasculaires (UNV). La mise en place d'une « équipe multidisciplinaire spécialisée, stable et motivée » composée de médecins, infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, orthophoniste, neuropsychologue et assistante sociale est recommandée. Dans la prise en charge des patients aphasiques, la HAS (2007) définit l'orthophoniste comme « le professionnel prenant en charge les troubles du langage et de la communication, de la déglutition (en association avec les kinésithérapeutes) et la prise en charge des déficiences cognitives (en association avec les neuropsychologues et les ergothérapeutes) ». L'évaluation du langage est décrite comme la première étape nécessaire à toute prise en charge d'un patient aphasique (Gerstenecker & Lazar, 2019; Schumacher et al., 2019). Cette évaluation se réalise de manière plus ou moins formelle en fonction des professionnels en contact avec le patient, l'important étant de savoir ce que ce dernier peut comprendre des informations qui lui sont transmises, mais également la manière dont il peut communiquer ses besoins (O'Sullivan et al., 2019). Il est également demandé qu'un bilan de la déglutition puisse être fait par un orthophoniste dans les 24h suivant l'AVC dès que l'état de vigilance le permet, et avant la première alimentation (HAS/SFNV, 2005). Le bilan neuropsychologique quant à lui, est recommandé dès que l'état neurologique du patient le permet (ANAES, 2002). La présence d'une équipe de soin composée de plusieurs professions est ainsi requise afin que chacun puisse travailler un aspect des troubles du patient de manière complémentaire.

2.2 Définir le travail d'équipe : entre séparation et complémentarité

Une équipe de soin est définie par la HAS comme un « groupe de professionnels qui s'engagent à travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient » (HAS, 2019). Les équipes de soin peuvent se retrouver dans des milieux fermés comme dans les structures hospitalières, médico-sociales mais aussi dans des milieux ouverts, comme les cabinets des professionnels libéraux. L'idée de projet commun autour du patient reste la même, mais le lieu de l'action est alors morcelé dans plusieurs espaces, ce qui nécessite d'autant plus de communication et une volonté, une disponibilité encore plus forte des acteurs libéraux. Le travail en équipe de soin permet d'apporter aux patients les compétences et savoir-faire des différents intervenants et ainsi augmenter l'efficacité des soins (Bergeron & Castel, 2010; Haberey-Knuessi et al., 2013; Xyrichis & Ream, 2008). Il peut également être vecteur d'échanges riches et constructifs entre professionnels, dans une démarche de travail en équipe, de coordination, de communication et grâce à la volonté de chacun de s'inscrire dans ce projet commun (Dumas et al., 2016; Sanson, 2006).

Plusieurs termes sont retrouvés dans la littérature pour définir les modes d'action au sein des équipes, sans consensus entre les auteurs et les disciplines (Claverie, 2010; Guérin & Fernandez, 2017; Kleinpeter, 2013; Turcotte & Caron, 2017). Une classification simplifiée peut être proposée selon les différentes définitions rencontrées dans la littérature. Les adjectifs *multidisciplinaire* et *pluridisciplinaire* ont un sens très proche : les différentes disciplines ont un objectif commun, mais travaillent indépendamment, sans modifier leur mode d'action. Ces disciplines cohabitent mais ne se croisent pas. L'adjectif *interdisciplinaire* est principalement utilisé pour désigner des équipes où les différentes disciplines communiquent et se rencontrent régulièrement, c'est la principale différence avec la notion de *multidisciplinarité*. Enfin, le terme *transdisciplinarité* est utilisé pour définir le niveau maximal d'interaction entre les professionnels, lorsque l'équipe présente un langage et une logique commune, que les barrières des différentes disciplines sont franchies (Kleinpeter, 2013). Ce mode de fonctionnement est décrit comme moins intuitif pour les acteurs puisqu'il dépasse les frontières entre les professions (Claverie, 2010).

Deux dynamiques semblent se retrouver dans une équipe de soin. D'abord, une volonté de séparation des professions, puisque la mise en place de frontières interprofessionnelles est décrite comme nécessaire pour la légitimation du travail de chaque acteur (D'Amour et al., 1999; Perdrix, 2016). Et dans le même temps, une

volonté de travailler ensemble, de communiquer, de graviter ensemble autour d'un projet commun. Le risque d'un cloisonnement trop strict entre les professions est alors d'aboutir à un isolement des disciplines par rapport aux autres (hyperspécialisation, langage spécifique), avec pour effet de nuire à la dynamique même des équipes de soin (Claverie, 2010). Une des difficultés dans les équipes de soin réside donc dans la nécessité de faire travailler ensemble des professions qui se sont développées individuellement (Guérin & Fernandez, 2017), de faire coexister différence et complémentarité (Bergeron & Castel, 2010; Xyrichis & Ream, 2008) .

2.3 Modèle de l'équipe soignante autour du patient aphasique

Après un AVC, les patients peuvent présenter différents types de troubles qui nécessitent l'intervention de plusieurs professionnels au sein d'une équipe soignante. Chaque professionnel s'occupe alors d'un certain type de troubles présentés par le patient. Ces différentes perspectives, ces angles d'approche variés à travers les prismes de plusieurs disciplines permettent de prendre en compte le patient dans sa globalité. Cette approche multidimensionnelle requiert cependant que chaque acteur accepte de ne pas être omnipotent et omniscient : il est nécessaire d'accepter que d'autres professionnels puissent avoir une approche qui semble plus juste en fonction du contexte, du patient, des sensibilités de chacun (D'Amour et al., 1999; Dumas et al., 2016; Sanson, 2006).

Les orthophonistes de par la nature de leur domaine d'action se trouvent au croisement de plusieurs professions (notamment les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes et les neuropsychologues) dans la prise en charge d'un patient aphasique. Ces nombreux croisements majorent les risques de chevauchement des champs de compétence (Abbott, 1988; Rostaing, 2016). Le problème risque de se poser d'autant plus pour les domaines interdépendants entre eux, notamment entre les atteintes langagières et les atteintes cognitives où il peut sembler délicat dans ce cas, voire contre-productif, de trop se restreindre. Une épreuve de rappel de mots ne peut être analysée qu'en tenant compte des capacités du patient à accéder à la forme phonologique des mots par exemple. Il semble alors impossible dans ces situations, de définir pour chaque profession des domaines d'activités avec une frontière précise, ce qui peut entraîner un phénomènes de négociations, de concurrence, voire de conflits (Abbott, 1988; Bergeron & Castel, 2010; Strauss, 1992).

La sociologie des professions propose un cadre de lecture intéressant pour analyser le rôle de chacun des acteurs de l'équipe soignante et ce concept de collaboration.

Dans la prise en charge des patients aphasiques, l'exemple de l'orthophoniste et du neuropsychologue semble pertinent pour analyser l'impact de la collaboration sur la dynamique de chaque profession, notamment à travers les domaines d'activités.

3. Orthophoniste et neuropsychologue : analyse des professions

Orthophoniste et neuropsychologue sont deux professions réglementées mais à des niveaux différents. Le cadre de lecture de la sociologie des professions permet de revenir sur l'importance de l'identité professionnelle dans la collaboration (se définir en tant que profession, connaître les rôles et compétences de soi-même et des autres) et d'aborder ensuite la dynamique nécessaire au travail en équipe, avec tout ce que cela implique en termes de chevauchements, luttes juridictionnelles et concessions.

3.1 De la nécessité d'une identité professionnelle

Une profession peut être définie comme un groupe d'individus partageant des caractéristiques et des activités occupationnelles communes, régi par plusieurs aspects dont un sentiment d'identité et d'appartenance à ce même groupe professionnel et une reconnaissance par les pairs et les non-initiés en tant que membre de cette profession (Abbott, 1988; Caplow, 1954; Dubar et al., 2015; Goode, 1957). La profession d'orthophoniste est une profession qui depuis ses débuts a lutté pour la réglementation et l'encadrement législatif, contrepartie du remboursement par la Sécurité Sociale et les mutuelles (Kremer & Lederlé, 2012). Les premières attestations d'études en orthophonie sont éditées à partir 1955, à Lyon et à Paris. Le diplôme actuel encadrant la profession obtient un statut légal en 1964, prenant le titre de « Certificat de Capacité en Orthophonie » (CCO) en 1966. Le contenu de la formation est aujourd'hui encadré par le décret officiel n°2013-798 du 30 Août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat d'orthophoniste, qui décrit de manière précise le contenu de la formation. L'Acte Médical Orthophonique (AMO) réglemente et encadre les tarifs appliqués par les orthophonistes, ainsi que les temps minimums de prise en charge.

La neuropsychologie a pour la première fois été enseignée en tant que discipline académique en France à l'université en 1992 à Chambéry, avec la création d'un Master en neuropsychologie au sein des filières de psychologie (Chartrand et al., 2019). L'appellation *neuropsychologue* en elle-même n'est pour le moment pas reconnue officiellement, il faudrait parler de psychologues spécialisés en neuropsychologie. En effet, seul le titre de *psychologue*, auquel ils sont rattachés, est

encadré par la Loi 85-772 du 25 Juillet 1985, modifiée par Ordonnance n°2016-1809 du 22 décembre 2016. Le choix du terme *neuropsychologue* pour s'identifier peut être analysé comme une volonté de s'affranchir du passé et de se démarquer en tant que nouvelle profession à part entière. Cette démarche se retrouve lorsque des professions émergentes sont dans la volonté de se construire une véritable identité professionnelle (Caplow, 1954). Si le terme neuropsychologue ne figure pour le moment dans aucun texte de la loi française, l'Organisation Française des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie (OFPN) a pris l'initiative de proposer une liste de 21 Masters permettant d'accéder directement au statut de membre de l'organisation, dans le but d'harmoniser les connaissances des psychologues utilisant des concepts et des référentiels en lien avec la neuropsychologie clinique. L'OFPN souhaite ainsi voir apparaître une « définition claire et reconnue d'une spécialisation en neuropsychologie » afin de permettre « une meilleure protection des usagers et plus de transparence pour les usagers, les employeurs et les professionnels, en garantissant la pratique de la neuropsychologie par des psychologues disposant d'une formation solide et certifiée dans ce domaine » (OFPN, 2020). Il y a donc une volonté d'associer les savoirs et les pratiques des neuropsychologues non plus seulement à des acquis de l'expérience, mais bien à des savoirs académiques transmis par un certain cursus universitaire institutionnalisé, reconnu par les pairs. Cette volonté peut être analysée comme une démarche de légitimation en tant que *profession* (Abbott, 1988; Carr-Saunders & Wilson, 1933; Merton et al., 1957; Wilensky, 1964). Le fait que l'OFPN existe en tant qu'organisation nationale propre à cette profession est également signe d'une démarche de légitimation et de constitution d'une identité professionnelle (Caplow, 1954; Goode, 1957; Parsons, 1991).

Les deux professions d'orthophoniste et de neuropsychologue présentent une forte volonté de construction d'une identité professionnelle et d'encadrement des pratiques. Pour le moment, l'encadrement par la réglementation légale n'est pas le même concernant ces deux professions. Il semble intéressant de le prendre en compte dans l'analyse du travail de collaboration, de la possibilité et de la volonté de travailler ensemble.

3.2 De la nécessité de travailler ensemble

Une étude américaine conduite par l'équipe de Déborah Insalaco en 2007 s'est intéressée à la perception qu'ont les étudiants en orthophonie du rôle de leur future profession dans les centres de rééducation. Si les étudiants sont unanimes sur le rôle

des orthophonistes dans la prise en charge de l'aphasie, des troubles arthriques et de la dysphagie, les avis sont plus divergents quant à la prise en charge de la mémoire notamment (Insalaco et al., 2007). Une autre étude conduite par Angelle M. Sander en 2009 propose de comparer la perception que les orthophonistes et neuropsychologues ont de leur rôle aux États-Unis. Les résultats montrent de nombreux domaines de chevauchement entre les deux professions, notamment dans l'évaluation de l'orientation, de l'attention, de la mémoire et de la résolution de problèmes. Les auteurs soulignent le risque que les mêmes tests soient utilisés pour un même patient dans un laps de temps trop court, entraînant un effet re-test qui fausserait les résultats (Sander et al., 2009). En raison des différences de réglementations entre les pays, ces résultats sont difficilement généralisables à une population de professionnels français exerçant auprès de patients aphasiques.

La sociologie des professions peut servir de cadre pour analyser la dynamique de ces deux professions aux champs de compétences proches. Ainsi, dans son travail sur l'interaction entre les professions, Abbott constate et écrit que les frontières entre professions ne sont pas stables au long terme et sont donc potentiellement une source de débat (Abbott, 1988). Il décrit un modèle de conquête, où les professions revendiquent des domaines d'activité qu'elles réussissent parfois à intégrer dans leur juridiction. Il semble intéressant de voir si ce constat s'applique au niveau d'une équipe de soin, et plus particulièrement entre orthophoniste et neuropsychologue.

Dans une perspective théorique différente, Danielle d'Amour et al. (1999) proposent de reprendre les principes de l'approche organisationnelle (Friedberg, 1997) pour l'appliquer aux équipes de soin afin d'établir un modèle de structuration de cette collaboration interprofessionnelle. Ce modèle en 4 principes peut être utilisé comme prisme pour observer la collaboration entre les orthophonistes et les neuropsychologues. La *formalisation* d'abord correspond à l'ensemble des règles plus ou moins explicites qui régissent cette collaboration : plus la volonté des acteurs est forte de formaliser cette collaboration, plus les protocoles seront cadrés. Il est facile d'imaginer une structure de soin avec un protocole explicite sur le rôle de chaque professionnel. Si cette formalisation peut, en apparence limiter les conflits, elle empêche également une certaine souplesse et adaptabilité qui semble nécessaire dans la prise en charge d'un patient, ainsi que la prise en compte des affinités de chacun des intervenants. La *finalisation* correspond à l'ensemble des buts communs aux deux professions, et la manière dont ils sont intégrés aux activités de chacun. Si

les buts communs sont fortement intégrés dans les activités, alors les professionnels seront prêts à faire plus de compromis. Par exemple, si orthophoniste et neuropsychologue ont une forte volonté de construire ensemble un groupe de patients autour des stratégies de récupération lexicale (buts communs concrets), ils seront plus enclins à travailler ensemble sur ce projet, et la coopération sera moins conflictuelle. Ce principe nécessite cependant que les professionnels veuillent, et puissent avoir des objectifs communs. L'*intérieurisation* correspond au degré de conscience que les professionnels ont de leur interdépendance et des risques de chevauchement. Pour cela, il faut que les professionnels connaissent les rôles et compétences de chacun, et acceptent que certains domaines ne soient pas exclusifs à leur profession. Enfin, la *délégation* est le principe selon lequel, le professionnel doit accepter de déléguer la gestion de l'action collective, comme déléguer la gestion d'un conflit à un cadre par exemple. L'intégration et le respect de ces 4 principes permettent de créer une dynamique de travail en équipe.

3.3 Étudier la collaboration orthophoniste/neuropsychologue

De par l'intrication des atteintes cognitives et langagières, et les ressemblances des outils utilisés pour les bilans et les prises en charge, les orthophonistes et les neuropsychologues ont un risque important de chevauchement des domaines d'activités (Sander et al., 2009; Wertheimer et al., 2008). Ces domaines de chevauchement au sein des équipes pluridisciplinaires peuvent avoir un impact négatif et entraîner un sentiment d'insécurité dans les rôles des professionnels concernés, ainsi qu'une confusion dans les prérogatives de chacun vis-à-vis des collègues, des patients et des familles (Paicheler, 1995; Strauss, 1992; Wertheimer et al., 2008).

Cette étude va s'intéresser à l'impact des différents modes d'exercices sur le champ de compétences des orthophonistes et neuropsychologues dans la prise en charge des patients aphasiques, ainsi qu'à la manière dont la collaboration se met en place. Une attention particulière sera également portée à l'influence de la composition des équipes de soin sur les rôles de chacun.

Comment les rôles de chaque professionnel sont-ils définis ? Est-ce une situation de chevauchement ou de complémentarité entre ces deux professions ? Et pour les professionnels libéraux, la différence de cadre législatif entre les deux professions a-t-elle une influence sur la répartition des tâches ? Est-ce une justification suffisante ? Et enfin, quel est l'impact sur le patient aphasique ?

II. Méthode

1. Population

1.1 Recensement, analyse des répartitions et population cible

Un travail d'étude de la population cible avec un recensement des orthophonistes et des neuropsychologues travaillant dans les services de neurologie disposant d'une UNV a été effectué. Les services disposant d'une UNV ont été répertoriés, puis joints par téléphone et/ou par mail. Les réponses du recensement émanent de différents interlocuteurs (chef de service, secrétaires, cadre de santé, soignants) et sont représentatives de la situation au moment du recensement du service, avec une influence indéniable de la crise sanitaire de la COVID-19. Des questions courtes et ciblées ont été posées aux interlocuteurs : nombre d'orthophonistes et de neuropsychologues, temps de travail et coordonnées (Annexe A). Pour les services et structures de rééducation neurologique adultes (toute dénomination confondue), la base de données de la SAE (<https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>) a été utilisée afin de voir le pourcentage d'établissement avec un poste dédié d'orthophoniste et de neuropsychologue. Ces deux méthodes de recensement ont permis d'établir que la présence d'un poste d'orthophoniste et de neuropsychologue est une situation fréquente. La question de la collaboration est donc pertinente avec la réalité du terrain. Les listes d'adresses électroniques récoltées lors du recensement ont permis la diffusion du questionnaire et la sélection des participants pour les entretiens. Ceci explique la forte proportion de professionnels salariés dans l'échantillon.

1.2 Questionnaires et entretiens

La population cible des questionnaires et entretiens est composée d'orthophonistes et de neuropsychologues exerçant ou ayant exercé avec des patients aphasiques quel que soit le mode et le lieu d'exercice. Il n'a pas été établi de critères d'inclusion autres que cette prise en charge. Pour les entretiens, les professionnels ont été retenus grâce au recensement, et sur la base du volontariat suite aux questionnaires. Il a été choisi de créer une distinction entre deux types de situation : lorsqu'un orthophoniste et un neuropsychologue sont présents dans la structure, le terme « Situation de Co-Présence » (SCP) a été choisi ; lorsque ce n'est pas le cas, le terme « Situation de Présence Unique » (ou SPU) sera utilisé. Dans les SCP, il est probable qu'orthophoniste et neuropsychologue soient amenés à échanger et à travailler ensemble. L'analyse des SPU permettra de s'intéresser aux éventuelles carences et difficultés ressenties par les professionnels dans cette absence de collaboration.

2. Matériel

2.1 Questionnaires

Les deux questionnaires ont été construits en miroir : les questions et les thèmes abordés sont les mêmes pour les deux professions, seuls quelques termes spécifiques sont changés (nom de profession, appellation des diplômes...). Certaines questions ont été librement inspirées et traduites du questionnaire de Sander et son équipe sur le thème de la collaboration orthophoniste et neuropsychologue (2009). Des adaptations ont été faites puisque le questionnaire était à destination d'une population de professionnels exerçant aux États-Unis où le système de santé diffère du système français. La listes des questions est disponible en annexe (Annexe B).

Les professionnels ont répondu à des questions abordant leur profession, ainsi que des questions sur la deuxième population étudiée afin de comparer les représentations des deux professions en fonction de la formation d'origine. Il a d'abord été proposé un recueil de données sur le parcours professionnel, puis des questions permettant l'élaboration d'une définition générale du champ de compétences théoriques des deux professions. Dans un deuxième temps, des questions sur les rôles très concrets des professionnels ont été proposées. Une liste de 19 domaines d'activité a été établie : compétence visuo-spatiale (CVS), orientation spatio-temporelle (OST), attention (Att), fonctions exécutives (FE), rappel immédiat/différé (RID), mémoire à long terme (MLT), mémoire de travail (MdT), raisonnement/résolution de problème (RP), exploration lexicale (EL), pragmatique (Prag), informativité (Inf), compréhension orale (CO), compréhension écrite (CE), expression orale (EO), expression écrite (EE), graphisme (G), voix (V), articulation (Art) et déglutition (D). Les domaines sont toujours présentés dans cet ordre, comme un continuum allant des aspects cognitifs purs jusqu'aux aspects avec une dimension motrice.

Un indice de force (IdF) a été établi pour chacun des domaines d'activité en fonction des scores obtenus aux questionnaires. Cet IdF, sur une base de 100 points permet d'indiquer les domaines les plus consensuels dans les champs de compétence. Plus l'IdF d'un domaine est proche de 100, plus un nombre important de professionnels l'inclut dans le champ de compétences de sa profession. Chaque domaine obtient un score pour l'évaluation et la prise en charge du patient aphasique, en SCP et en SPU en fonction des modalités d'exercice des répondants. Les professionnels avaient trois possibilités de réponse pour chaque domaine : pris en charge exclusivement par leur

profession, commun aux deux professions, pris en charge exclusivement par l'autre profession. Un champ de compétences théoriques est ainsi établi pour chaque profession, pour le bilan et la prise en charge, avec la construction d'un indice de force (IdF) pour chaque domaine selon la méthode des scores (Singly, 2020). Pour les professionnels en situation de présence unique (SPU), des questions sur le ressenti de manque (ou non) et l'apport éventuel de la présence de l'autre profession ont été proposées spécifiquement. Pour les professionnels en situation de co-présence (SCP), des questions sur la collaboration et la répartition des tâches ont été proposées spécifiquement.

2.2 Entretiens

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés sans contrainte temporelle autre que celle du professionnel interrogé. Ils ont pour objectif d'illustrer avec des exemples précis les particularités des situations de co-présence (mise en place de la collaboration, la répartition des rôles et gestion des conflits) et de présence unique (apports de l'autre profession, limite d'expertise, compensation éventuelle des manques) en fonction du mode d'exercice. Les professionnels ont pu parler librement de leur pratique et exprimer leur opinion sur des situations fictives proposées (type d'organisation, rôle de chacun...). Cette méthode d'entretien permet au professionnel interrogé de transmettre des connaissances, ainsi que la logique selon laquelle il perçoit ses propres actions (Sebillotte, 1991). L'analyse des discours permet de rassembler notamment deux types de données : les tâches que le professionnel attribue à son champ de compétences et l'évolution du type de tâches en fonction du mode d'exercice. On cherche ainsi à faire apparaître le sens et les valeurs que les professionnels donnent à leur pratique (Blanchet & Gotman, 2017). Le guide d'entretien a été construit de manière à parler exclusivement de l'expérience avec des patients aphasiques : généralités sur le parcours universitaire et professionnel, intérêt pour la neurologie, attentes dans le mode d'exercice actuel, rôle auprès du patient aphasique avec distinction entre le rôle théorique, le rôle pratique en fonction du mode d'exercice et les relations avec l'autre profession étudiée (Annexe C). Dans le cas où le professionnel évoquerait, de manière spontanée, des expériences abordant d'autres pathologies, celles-ci ont été questionnées afin de prendre en compte des particularités éventuellement perçues en fonction des pathologies abordées.

3. Procédure

3.1 Questionnaires

Les questionnaires ont été diffusés en premier lieu grâce aux listes d'adresses électroniques recueillies lors du recensement, ce qui explique la forte proportion de professionnels travaillant dans les services de neurologie dans l'échantillon. En parallèle, afin de recueillir un échantillon de réponses plus proche de la répartition à l'échelle nationale, les questionnaires ont été publiés sur les réseaux sociaux à travers des groupes de professionnels ciblés (travaillant en salariat, ayant un intérêt pour la neurologie). Des syndicats ont également participé à la diffusion des questionnaires. Le passage par les réseaux sociaux n'étant pas possible pour s'adresser aux neuropsychologues, l'OFPN ainsi que le site neuropsychologie.fr ont contribué à la diffusion du questionnaire. Le questionnaire est resté accessible pendant trois mois. Des statistiques descriptives ainsi que des tableaux de contingence ont été réalisés pour l'analyse des résultats.

3.2 Entretiens

Le recrutement des personnes interrogées s'est déroulé selon deux modalités : volontariat ou démarchage. Trois entretiens se sont déroulés auprès de professionnels s'étant portés volontaires suite à la transmission des questionnaires. Pour les autres entretiens, un démarchage a été effectué par mail selon les situations d'exercice qui semblaient les plus pertinentes pour cette étude. Les professionnels avaient le choix de la date, de l'heure et des modalités de déroulement de l'entretien afin de limiter au maximum l'inconfort lié aux contraintes matérielles, temporelles et environnementales (Blanchet & Gotman, 2017). La situation sanitaire au moment de la réalisation des entretiens empêchant les entretiens en présentiel, les personnes interrogées avaient le choix entre un entretien par visioconférence sur la plateforme de leur choix et des entretiens par téléphone. Chaque professionnel a signé un consentement pour l'enregistrement et l'analyse anonyme des données. Les entretiens ont été anonymisés selon les recommandations du guide pour la recherche du CNRS (CNRS, 2020). Une retranscription a été faite pour chaque entretien, suivie d'une analyse de contenu afin d'extraire les variations au sein de chaque thème et d'en chercher les facteurs explicatifs.

III. Résultats et discussion

1. Introduction : présentation du plan & population

1.1 Présentation du plan

Les thèmes seront détaillés dans cet ordre : identité professionnelle, impact des formations professionnelles/continues, organisation des équipes en situation de co-présence (SCP), impact du cadre législatif.

1.2 Présentation de la population des questionnaires et entretiens

Le questionnaire à destination des neuropsychologues a permis de récolter 24 réponses parmi lesquelles une personne exerce en libéral, 15 en UNV/service de neurologie et 8 en service de rééducation. L'analyse des formations d'origine indique que 13 des 21 masters en neuropsychologie (parmi les diplômes reconnus par l'OFPN) sont représentés. Les neuropsychologues sont diplômées depuis en moyenne 15 ans, avec des extrêmes à 2018 et 1989. La moyenne d'âge est de 38 ans. Le questionnaire à destination des orthophonistes a permis de récolter 96 réponses. Parmi les 96 répondants, 10 sont en exercice mixte et ont donc répondu deux fois au questionnaire, ce qui porte à 106 le nombre total de réponses : 50 personnes exercent en libéral, 25 en UNV/service de neurologie et 31 en service de rééducation. La moyenne d'âge est de 35 ans. Toutes les écoles d'orthophonie de France avec des étudiants diplômés sont représentées, à l'exception de Rouen. Les orthophonistes sont diplômés depuis en moyenne 11 ans, avec des extrêmes à 2020 et 1979.

En raison des différentes méthodes de diffusion du questionnaire, les SCP et SPU se retrouvent chez les deux professions dans des proportions différentes (Figure 1). Les neuropsychologues les plus accessibles à l'enquête exercent en SCP à l'hôpital (58%) alors que la situation la plus accessible pour les orthophonistes est l'exercice libéral (47%), ce qui explique cet échantillon hétérogène. Ces chiffres sont cependant cohérents par rapport à la répartition des professionnels sur le territoire français selon les organisations professionnelles (FNO, 2019; OFPN, 2020).

Dans le cadre de cette enquête, 10 entretiens ont été réalisés (4 neuropsychologues et 6 orthophonistes) parmi lesquels 4 ont plusieurs modes d'exercice, ce qui porte à 15 le nombre total de situations : 5 en UNV/service de neurologie, 5 en structure de rééducation, 5 en libéral. Parmi les 10 professionnels exerçant en structure, 3 professionnels sont en SPU et 7 en SCP. Une présentation plus complète des répondants se trouve en Annexe D.

Figure 1

Répartition des SCP et SPU en fonction du mode d'exercice dans les questionnaires

	Co-présence (SCP)		Présence unique (SPU)			Total
	Hôpital	Rééducation	Hôpital	Rééducation	Libéral	
Neuropsychologue	14 (58%)	4 (17%)	1 (4%)	4 (17%)	1 (4%)	24 (100%)
Orthophoniste	23 (22%)	27 (25%)	2 (2%)	4 (4%)	50 (47%)	106 (100%)

2. De la difficulté d'établir des frontières entre les professions

2.1 Définir son identité professionnelle

Il a été demandé aux orthophonistes et neuropsychologues de proposer une définition des deux professions. Les professionnels en exercice mixte ont répondu seulement une fois à ces questions, soit 96 orthophonistes et 24 neuropsychologues.

Pour se définir, les neuropsychologues emploient principalement les termes : cognitif / cognition (21), évaluation (15), prise en charge (14), émotion / psyché (11), lésion / cérébrale / acquise (9), comportement (8) et soutien psychologique (5). Les domaines de compétences cités explicitement sont : fonction mnésique, exécutive, attention, praxie, capacités visuo-spatiales, capacités visuo-perceptives, ce qui rappelle les domaines à l'extrême gauche du continuum (aspect cognitif pur versus moteur à droite). Pour définir la profession de neuropsychologue, les orthophonistes utilisent des termes semblables : cognition / cognitif (72), évaluation / bilan (48), prise en charge/rééducation (41), psychologie/soutien (13). Une dimension d'expertise est donnée aux neuropsychologues dans 11 définitions, avec des termes tel que : « plus en profondeur », « expertise », « plus fin ». La définition du rôle des neuropsychologues semble donc faire consensus au sein des deux professions.

Pour définir leur profession, les orthophonistes utilisent les termes : langage / communication (71), prise en charge / rééducation (49), évaluation / bilan (41), fonctions cognitives / cognition (41), déglutition / parole / fonction oro-myo-faciale (17). Les qualificatifs « large, vaste, global » sont utilisés à 17 reprises pour définir le domaine de compétences. Les décrets officiels et la NGAP sont cités à 4 reprises pour justifier de prendre en charge les domaines cognitifs en référence à l'intitulé *troubles cognitivo-linguistiques*. Cependant, 20 orthophonistes précisent qu'elles ne prennent en charge les domaines cognitifs que lorsqu'il y a un lien avec une atteinte langagière. Dans l'ensemble, trois points de vue différents se détachent, dans des proportions différentes difficilement quantifiables au vue de la variété des formulations employées :

(1) les interventions sur les fonctions cognitives font partie du domaine de compétence des orthophonistes, (2) les interventions sur les fonctions cognitives dépendent de la présence ou non d'un lien avec le langage, (3) les interventions sur les fonctions cognitives ne font pas partie des domaines de compétences des orthophonistes. Pour définir la profession d'orthophoniste, les 24 neuropsychologues utilisent principalement les termes : langage / trouble langagier (17), prise en charge / rééducation (17), évaluation / bilan (16), déglutition / articulation / voix (9), communication (3). Une particularité est relevée pour le terme *cognitif*, il apparaît 9 fois, mais à 7 reprises, un terme de précision est employé pour spécifier le lien nécessaire avec le langage (« tout particulièrement », « centrée », « plus spécifiquement... »). Une neuropsychologue parle explicitement d'une « ambiguïté sur la rééducation cognitive plus globale [...], elle peut être proposée par l'orthophoniste seulement si elle est formée » (Neuropsychologue, questionnaire). A l'inverse, une autre précise que, hormis les entretiens psychologiques, « le reste du champ de compétences [des orthophonistes] apparaît superposable à celui des neuropsychologues » (Neuropsychologue, questionnaire). On retrouve donc dans les définitions proposées par les neuropsychologues les mêmes questionnements concernant l'inclusion ou non des fonctions cognitives dans le champ de compétences des orthophonistes.

2.2 Définir le rôle des professions auprès du patient aphasique

Dans les questionnaires, il a ensuite été demandé aux orthophonistes et neuropsychologues de sélectionner parmi 5 propositions celles qui correspondent le mieux au rôle des deux professions (Annexe B – Chapitre 3). Pour le champ de compétences des neuropsychologues, il est observé une différence moyenne faible (13 points) entre la perception qu'en ont les orthophonistes et celle des neuropsychologues. Les deux professions s'accordent sur le fait que les neuropsychologues ont un rôle plus important dans l'évaluation et la prise en charge des troubles cognitifs acquis que dans l'évaluation et la prise en charge des troubles langagiers acquis.

On observe des divergences plus importantes sur le champ de compétences des orthophonistes, avec une différence moyenne de 31 points. Les deux professions sont d'accord sur le rôle des orthophonistes dans l'évaluation et la prise en charge des troubles langagiers acquis. Pour l'évaluation des troubles cognitifs acquis, la différence

est de 60 points : les orthophonistes sont 73% à estimer que c'est un de leurs rôles, alors que seulement 13% des neuropsychologues le leur attribue. Cette divergence se retrouve pour la *prise en charge* avec une différence de 53 points. La différence de 41 points pour l'*accompagnement des patients et des familles* peut s'expliquer par la formulation de la question : le terme *accompagnement* peut faire penser à un accompagnement psychologique, ce qui peut expliquer que seulement 58% des neuropsychologues estiment que c'est le rôle des orthophonistes. Il était plutôt fait référence ici à un accompagnement des aidants et des patients dans la maîtrise des nouveaux moyens de communication, des adaptations nécessaires, ce qui semble correspondre au fait que 99% des orthophonistes estiment que c'est de leur ressort. La double interprétation possible de cet item peut porter à confusion et limite son analyse aussi bien pour les orthophonistes que pour les neuropsychologues.

Globalement les professions s'accordent à dire que les neuropsychologues s'occupent de l'*évaluation* et de la *prise en charge des troubles cognitifs acquis*. Eux-mêmes se donnent un rôle moins important concernant le langage. Les orthophonistes se donnent un champ de compétences plus large par rapport à celui que les neuropsychologues leur attribuent. Ces deux premières questions montrent cependant que la définition du rôle des orthophonistes semble nécessiter une analyse plus en profondeur des termes employés, et ne semble pas consensuel au sein même de la profession. Le terme *cognitif* est l'objet principal de débats, notamment par son lien nécessaire ou non avec le langage. Le fait que les professionnels apportent ces précisions spontanément semble indiquer une forte *intériorisation* des risques de chevauchement (D'Amour et al., 1999). Il est intéressant également de noter que la profession la mieux encadrée légalement, est celle dont la définition fait le moins consensus.

2.3 Impact du mode d'exercice en structure sur l'IdF lors du bilan

La Figure 2 représente l'IdF lors du bilan du patient aphasique pour chaque domaine en SCP, en fonction de la profession. La Figure 3 représente l'IdF lors du bilan du patient aphasique pour chaque domaine en SPU, en fonction de la profession. Le domaine le plus consensuel est la *déglutition*, pris en charge entièrement par les orthophonistes quel que soit le mode d'exercice, et jamais par les neuropsychologues. Plus les domaines sont à gauche du graphique, plus l'IdF lors du bilan est fort chez les neuropsychologues (en lien avec le terme *cognitif*), à l'inverse des orthophonistes. Les

tendances s'inversent au centre du continuum. La frontière entre les deux professions en SCP semble donc facile à situer (Figure 2). Pour autant, il faut noter que lorsque les professionnels se retrouvent en SPU, les domaines explorés par les orthophonistes sont beaucoup plus vastes. La différence entre les deux professions semble moins prégnante (Figure 3), notamment dans les domaines de gauche. En fonction des modalités d'exercice, le champ de compétences des professionnels, et notamment des orthophonistes, semble évoluer et s'étendre.

Figure 2

Variation de l'IdF lors du bilan en Situation de Co-Présence (SCP)

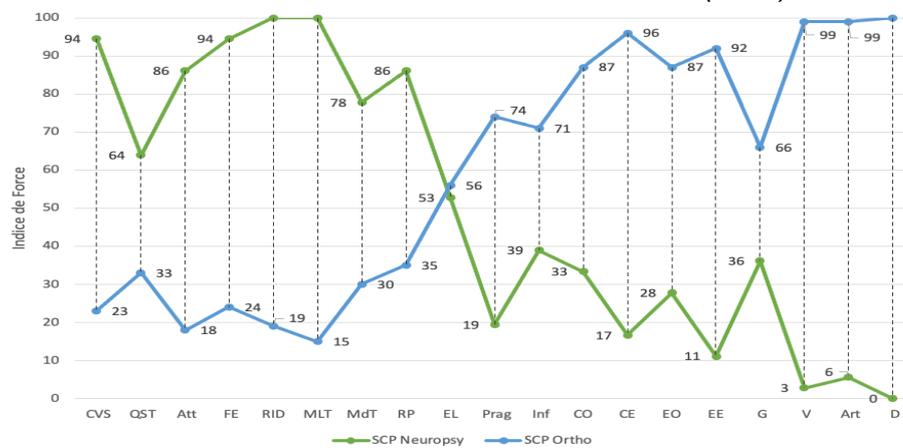
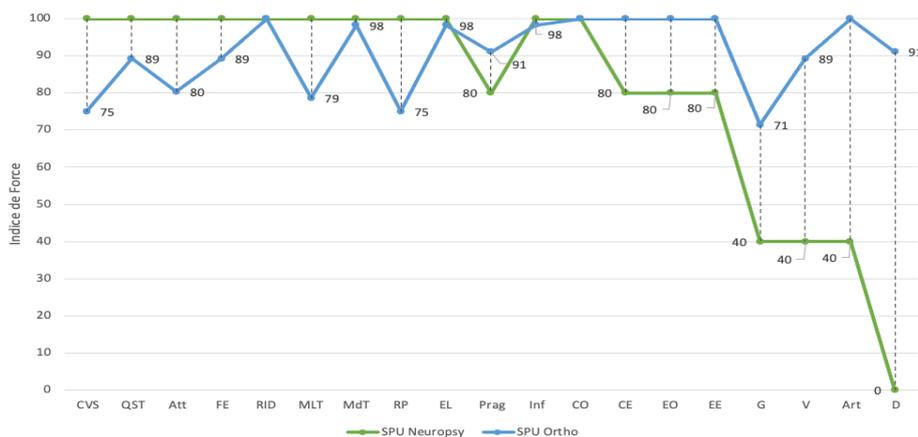


Figure 3

Variation de l'IdF lors du bilan en Situation de Présence Unique (SPU)



En raison du peu de neuropsychologues prenant en charge des patients parmi les répondants, le graphique concernant la prise en charge est moins pertinent à analyser, il est présenté en annexe (Annexe E). A noter que cette implication moins importante des neuropsychologues dans la prise en charge des patients sera abordée plus tard.

3. Formation initiale et continue : entre conquête et approfondissement

3.1 Analyse du contenu des formations initiales

En comparant les formations initiales des orthophonistes et neuropsychologues, on retrouve des points de convergence. Dans la formation d'orthophoniste, l'unité d'enseignement (UE) 123 est consacrée à la neuropsychologie, soit une formation d'environ 40h avec pour objectif d'*acquérir les bases théoriques et méthodologiques générales nécessaires à l'interprétation des troubles de la cognition*. La description du contenu de cette UE est semblable dans les termes employés à la définition du contenu du 1er semestre du Master « Neuropsychologie de l'adulte et de l'enfant » de Caen (environ 80h). Quatre UE sont analysées en orthophonie : UE 571 sur le bilan en aphasiologie, l'UE 572 sur l'intervention en aphasiologie, l'UE 575 sur le bilan des troubles cognitivo-linguistiques et l'UE 576 sur l'intervention dans les troubles cognitivo-linguistiques. Dans l'UE 571 il est question d'*identifier les manifestations pathologiques du langage* mais aussi de *réaliser l'examen des autres fonctions cognitives*. Dans l'UE 575, l'étudiant est décrit comme capable d'*analyser et évaluer les troubles cognitifs liés à des déficits centraux de la perception et des praxies, et à des troubles des processus mnésiques, des fonctions exécutives et des processus attentionnels*. Ces intitulés semblent indiquer que l'orthophoniste doit pouvoir explorer des domaines cognitifs autres que le langage. On retrouve ces mêmes intitulés dans la plaquette du Master de l'Université Aix-Marseille, dans laquelle l'étudiant est décrit comme *capable d'évaluer les principales fonctions cognitives (attention, perception, mémoire, fonctions exécutives)*. Une comparaison du volume horaire montre cependant que ces thèmes sont abordés probablement moins en profondeur en orthophonie. Le langage est également bien abordé dans certaines UE des masters de neuropsychologie. Le Master de Strasbourg propose 24h d'enseignement sur la *neuropsychologie du langage*. Le Master d'Angers propose 48h de cours sur les fonctions instrumentales dont le langage fait partie explicitement.

Lors des entretiens, il a été demandé si la formation des neuropsychologues suffisait à prendre en charge le langage et inversement si la formation des orthophonistes suffisait à prendre en charge d'autres domaines cognitifs. Les réponses sont nuancées, les professionnels précisent que cela dépend du nombre d'années d'études, de l'année du diplôme et du lieu de formation. S'il existe un certain nombre de thèmes communs aux deux formations, les volumes horaires permettent cependant

d'imaginer que les approfondissements ne sont pas les mêmes. Pour autant, ces domaines sont abordés explicitement, et aborder un domaine dans la formation initiale permet de le légitimer comme faisant partie intégrante de la profession (Abbott, 1988), ce qui peut expliquer ici la difficile frontière entre les thèmes relevant de l'orthophonie et ceux relevant de la neuropsychologie. La formation initiale seule ne permet pas de définir un champ de compétences stable et uniforme pour deux raisons : les formations complémentaires et le parti pris des intervenants ont une influence. En effet, lors des entretiens, plusieurs professionnels rapportent que les intervenants ont parfois tendance à tenir un discours de défiance vis-à-vis de l'autre profession (particulièrement dans les formations des neuropsychologues) : « C'est marrant mais à la fac, on nous dit explicitement que les orthophonistes nous piquent notre travail ! Qu'il faut faire attention, vraiment ! Et mon maître de stage dans mes stages m'avait dit la même chose ! » (Neuropsychologue, entretien n°3). « On nous en parlait de manière assez draconienne, les orthophonistes sont les grands méchants loups, on nous disait qu'on devait se méfier, qu'on devait s'imposer parce que les orthophonistes il y en avait depuis plus longtemps que nous » (Neuropsychologue, entretien n°9).

3.2 La formation continue dans l'enquête

Dans le questionnaire, 11 neuropsychologues (46%) et 59 orthophonistes (46%) ont fait une formation complémentaire. Pour les deux professions (neuropsychologue et orthophoniste), la motivation principale est d'approfondir des sujets particuliers (environ 90% pour chaque profession) et réactualiser les connaissances (environ 80% pour chaque profession). Les orthophonistes sont plus nombreuses (41%) à ressentir le besoin de combler des lacunes de la formation initiale (contre 27% des neuropsychologues). Une attention particulière est portée sur le DU de neuropsychologie pour les orthophonistes, qui est la formation la plus citée (15 orthophonistes). En comparant avec les orthophonistes en SCP sans DU de neuropsychologie on remarque une augmentation de l'IdF dans les domaines les plus à gauche de la liste : compétences visuo-spatiales (+36), orientation spatio-temporelle (+22), fonctions exécutives (+18), attention (+15), résolution de problème (+14), mémoire à long terme (+13), pragmatique (+12) mémoire de travail (+10) et évocation lexicale (+9). Pour autant, le questionnaire ne permet pas d'analyser le réel impact de ces DU, puisque les domaines explorés par les orthophonistes concernés avant cette formation ne sont pas connus. Ceci permet une interprétation dans les deux sens : soit les orthophonistes concernées explorent plus en profondeur ces domaines parce

qu'elles se sont formées, soit elles ont fait cette formation pour approfondir leurs connaissances sur des domaines qu'elles exploraient déjà.

Il se pose alors la question de la différence dans ce cas de figure entre le travail d'un orthophoniste et celui d'un neuropsychologue. A la question « Pensez-vous que la présence d'un neuropsychologue changerait vos domaines d'activité auprès des patients aphasiques ? », une orthophoniste en SPU avec un DU de neuropsychologie a répondu « oui », par « crainte du chevauchement de tâches ». Pour autant, il faut rappeler qu'un DU ne donne pas le titre de neuropsychologue. « Il y a plein d'orthophonistes qui font un DU et qui pensent qu'elles sont neuropsychys, mais non, elles ne sont pas neuropsychys ! Un DU ne donne pas le titre, un DU ce n'est trois fois rien, c'est une année universitaire [...], c'est quelques week-end par an » (Neuropsychologue, entretien n°10).

3.3 Entre approfondissement, spécialisation informelle et conquête

Il semble qu'un certain nombre d'orthophonistes travaillant auprès de patient aphasique cherche à effectuer des formations. On parlera de spécialisation informelle (Sanchez, 2016) puisque les formations réalisées par les orthophonistes n'amènent jamais de changement de titre, ou de reconnaissance légale des nouvelles compétences acquises. En cumulant les connaissances apprises à la faculté et l'expérience acquise sur le terrain, les professionnels se construisent une expertise qui sera nuancée par les rencontres et la sensibilité de chacun. Cette formation continue peut permettre dans une certaine mesure d'apporter de nouveaux savoirs théoriques et d'entretenir ou remettre à jour les plus anciens. Une orthophoniste précise qu'une forme de spécialisation est de son point de vue indispensable pour exercer en neurologie. Mais jusqu'où cela peut-il impacter le champ de compétences ? Dans quelle mesure une formation de quelques heures, voire jours peut-elle durablement changer les pratiques ? En effet, s'il est « relativement facile de transmettre les savoirs théoriques [...], il est plus difficile de transmettre le savoir en action » (Bernadou, 2011). Ainsi, si l'apport théorique des formations est quantifiable, il est plus délicat de définir ce que les participants vont mettre en œuvre pour changer les pratiques. On parle de « transfert », défini comme « le degré auquel les participants appliquent les connaissances, compétences et attitudes acquises en formation dans leur activité professionnelle » (Wexley & Latham, 1981). Il faut également distinguer les formations qui permettraient d'approfondir un savoir déjà acquis, des formations permettant

d'acquérir un savoir nouveau avec alors un élargissement du champ de compétences. Les orthophonistes ayant déjà un champ de compétences large et diversifié, certains se posent la question de l'intérêt de l'étendre davantage : à trop en faire, est-ce qu'on ne se prive pas de la collaboration ? « On a tendance à apprendre à faire beaucoup de choses aux orthophonistes mais je trouve ça bien aussi d'apprendre à travailler avec d'autres professions » (Orthophoniste, entretien n°4).

Les premières analyses montrent qu'orthophonistes et neuropsychologues ne semblent pas avoir de champs de compétences clairement définis. En effet, ils semblent s'étendre lorsque les professionnels se retrouvent en SPU, selon ce qui ressemble à une démarche de conquête, décrit par Abbott dans son analyse des luttes juridictionnelles (Abbott, 1988). Si cette répartition est mouvante, il faut s'intéresser à la manière dont les professionnels peuvent réussir néanmoins à faire équipe.

4. Situations de Co-Présence : faire équipe, entre conflit et complémentarité

4.1 Organisation de la collaboration en SCP

Si la collaboration entre orthophoniste et neuropsychologue est souhaitée, elle ne semble pas toujours se mettre en place aussi facilement que ce qui peut être imaginé. Un *travail d'articulation* semble nécessaire entre les professionnels afin de se répartir les tâches et éviter les chevauchements (Grosjean & Lacoste, 1999; Strauss, 1992). Les modalités de répartition des tâches entre professionnels dépendant entre autres des acteurs impliqués, de l'histoire du service et des personnalités de chacun, il est possible de décrire un continuum allant d'une répartition informelle des tâches jusqu'à une répartition sous forme de protocole. Expliciter les rôles à l'écrit permet de délimiter les tâches de chacun, « c'est un outil pour pouvoir gérer la frustration de certains de ne pas rééduquer tel ou tel domaine, de ne pas être dans le plein exercice de leurs champs de compétences » (orthophoniste, entretien n°2), ce qui valide le principe de *formalisation* (D'Amour et al., 1999). Un système de protocole écrit permet également de faire perdurer la cohérence d'un fonctionnement : les nouveaux acteurs entrant dans le système trouvent alors rapidement une posture, une place et continueront de poursuivre les intérêts de l'équipe soignante, avec plus de certitude sur le rôle de chacun (Schepens, 2019; Strauss, 1992). Ce fonctionnement nécessite de prendre un temps de concertation préalable, ce qui n'est pas le souhait de tous les professionnels (Grosjean & Lacoste, 1999). L'attitude de chacun est également importante pour

maintenir une bonne dynamique de collaboration. Cette remise en question permanente permet d'orienter sa pratique dans une logique de collaboration pertinente, en évitant d'empiéter sur les domaines des autres professionnels, comme le décrit cette neuropsychologue : « Attention divisée, mémoire de travail, planification, mémoire épisodique, sémantique et rétrograde ? Ok, c'est mon champ ! Langage seulement ? Ah, beh non, ce n'est pas mon champ. Par contre je peux passer par le langage ! » (Neuropsychologue, entretien n°10). Que la répartition soit explicite ou non, il arrive par moment que les frontières s'effacent et que des remises à niveau deviennent nécessaires, comme le décrit cette neuropsychologue : « On se marche dessus sans faire exprès, mais après on en discute très souvent, on fait beaucoup de réunions et ça permet de le voir et de régulariser la situation » (Neuropsychologue, entretien n°3). La collaboration doit donc être analysée sous la forme d'une dynamique, influencée par de nombreux facteurs, qui s'organise selon une dimension temporelle et spatiale (Sanson, 2006), ce qui amène à penser à l'influence du lieu (espace) et du moment (temps) où le professionnel rencontre le patient.

4.2 Influence du lieu et du moment de rencontre avec le patient

Lors des entretiens, l'ensemble des professionnels a validé l'hypothèse selon laquelle le lieu et le moment de rencontre avec le patient aurait un impact sur la collaboration des orthophonistes et des neuropsychologues, et sur les champs de compétences. Les recommandations de la HAS précisent que le bilan neuropsychologique doit être réalisé dès que l'état du patient le permet (HAS, 2017), donc plutôt dans un second temps dans la prise en charge, comme le témoigne cette orthophoniste : « Il me semble important de noter qu'en phase aiguë post AVC, peu de patients sont en état de réaliser un vrai bilan neuropsychologique [...]. Le travail en collaboration est sûrement plus important dans les centres de rééducation fonctionnelle » (Orthophoniste, questionnaire).

Lorsque les patients viennent en consultation externe à distance de l'AVC, ils peuvent être amenés à rencontrer, en plus du médecin, une neuropsychologue et/ou une orthophoniste. Le temps de consultation est alors plus court et non extensible : le professionnel doit avoir fini son bilan dans le temps prévu. Il est possible de retrouver des lieux où le patient rencontre soit l'orthophoniste, soit le neuropsychologue, jamais les deux, « avec une seule personne qui centralise tout, qui sait exactement où elle va et comment elle y va avec tout son arsenal... » (Orthophoniste, entretien n°7). Ce

fonctionnement a plusieurs avantages : limitation du nombre de professionnels rencontrés par le patient, prise en compte de la fatigabilité et pas d'effet retest.

La spécialisation extrême des professionnels de santé entraîne une multiplicité des interlocuteurs pour le patient, et donc un éclatement des informations (Grosjean & Lacoste, 1999) ce qui peut être un frein à la prise en compte globale, et présente un risque de perte ou de mauvaise transmission des informations. Cette organisation avec une personne qui centralise toutes les informations peut prévenir ces risques. Ce fonctionnement, s'il semble intéressant, nécessite à la fois que les orthophonistes soient compétents pour réaliser des bilans neuropsychologiques au sens large, et que les neuropsychologues le soient avec le langage. De plus, il exclut également les discussions entre professionnels au sujet des patients et limite les confrontations de points de vue. Si ce fonctionnement ne se retrouve pas partout, une question se pose : qu'est-ce que ces deux professions peuvent donc s'apporter mutuellement dans cette proximité ?

4.3 Collaboration et recherche d'expertise

Un résultat surprenant vient s'opposer directement au fonctionnement présenté précédemment dans lequel un seul professionnel rencontre le patient : c'est dans la *discussion des résultats du bilan* que les professionnels sont le plus à la recherche de collaboration (100% des neuropsychologues et 92% des orthophonistes) ! Chacun semble donc pouvoir apporter une expertise fine dans son domaine, qui va permettre une meilleure interprétation des résultats. Nombreux sont les professionnels à estimer qu'ils ne sont pas assez experts pour évaluer seul le patient : « Pour le bien du patient, il convient de respecter ses propres limites, de les accepter et de travailler en collaboration étroite avec les collègues « experts » dans le domaine non maîtrisé » (Neuropsychologue, questionnaire). La notion de domaine *non maîtrisé* varie en fonction des individus, des sensibilités de chacun. L'IdF et les réponses aux questionnaires semblent montrer que, sur le continuum des domaines explorés avec les patients aphasiques, les risques de chevauchement ne sont pas les mêmes sur les extrêmes de gauche et de droite (hypothèses approuvées pendant les 10 entretiens). En effet, les neuropsychologues ne revendiquent pas la prise en charge et l'évaluation des troubles de la déglutition (IdF = 0) et les orthophonistes sont très peu à revendiquer être en capacité de faire du soutien psychologique (un domaine qui n'est d'ailleurs pas

abordé dans la formation initiale). Ces deux professions peuvent donc se compléter, au moins sur les extrêmes.

Une question sur la pertinence de la répartition des tâches a été posée. Sur les 18 neuropsychologues en SCP, 33% trouve cette répartition *tout à fait adaptée*, 61% *plutôt adaptée* et 6% *plutôt pas adaptée*. Une neuropsychologue déplore une « répartition inégale de la charge de travail » sans plus de précision. Sur les 50 orthophonistes en SCP, 34% trouvent cette répartition *tout à fait adaptée*, 48% *plutôt adaptée* et 18% *plutôt pas adaptée*. Parmi les orthophonistes qui trouvent la répartition *plutôt pas adaptée*, 77% déplorent le manque de prise en charge par les neuropsychologues, les autres souhaiteraient une plus grande liberté dans le choix des domaines à évaluer en bilan. Pour les neuropsychologues en SPU, 80% pensent qu'un passage en SCP changerait les choses de façon plutôt positive : « J'aurais plus de temps pour évaluer les autres fonctions », « prise en charge de meilleure qualité pour le patient », « complémentarité de nos pratiques ». 83% des orthophonistes en SPU pensent que l'arrivée d'une neuropsychologue permettrait plus de précision dans l'évaluation des troubles cognitifs et donc plus de précision au niveau de leur rééducation. Les autres pensent faire déjà suffisamment de neuropsychologie à leur niveau. Parmi les orthophonistes et neuropsychologues travaillant en SCP, les termes « pluridisciplinarité/travail d'équipe » reviennent 63 fois (93%) dans les motivations à travailler en structure. Cette idée revient aussi pendant les entretiens : « Si je fais de l'hospitalier c'est pour avoir le travail de toute l'équipe, avec tous les paramédicaux, les soignants, les médecins... » (Neuropsychologue, entretien n°5). Il semble donc y avoir une volonté commune aux deux professions de pouvoir travailler et échanger ensemble, ce qui est à mettre à lien avec le principe de *finalisation* (D'Amour et al., 1999). Ce n'est donc pas seulement la co-présence qui est recherchée, mais bien le travail interdisciplinaire.

4.4 De l'intérêt de profiter des « compétences vivantes »

Cette dimension d'interdisciplinarité est intéressante puisqu'elle implique de travailler en collaboration avec d'autres professionnels, et donc par définition, de leur laisser des domaines à explorer, notamment lors des bilans. Si une orthophoniste explore l'ensemble des domaines, elle risque de le faire de manière assez superficielle, notamment par contraintes temporelles. Si à l'inverse, elle réduit un peu son domaine d'évaluation pour laisser de la place au neuropsychologue, elle dégage ainsi du temps

pour explorer en profondeur des domaines plus prégnants de son champ de compétences, comme le montre ce témoignage : « Il me semble essentiel qu'un travail pluridisciplinaire soit mis en place avec les neuropsychologues. Notre travail serait plus efficace si nous pouvions nous concentrer sur l'aspect langagier et eux sur l'aspect cognitif » (Orthophoniste, questionnaire). Encore faut-il pouvoir les distinguer, la conquête d'un champ de compétences très élargi n'étant pas toujours compatible avec un exercice pluridisciplinaire. Cette répartition des domaines dans les bilans semble permettre des temps d'évaluation plus courts et experts, ce qui est bénéfique pour le patient puisque cela permet d'entamer la rééducation plus rapidement. Le constat n'est pas le même pour les prises en charge, si plusieurs professionnels abordent le même domaine au cours de leurs séances, cela semble bénéfique pour le patient en permettant une stimulation plus forte et variée.

Les domaines de compétences entre orthophonistes et neuropsychologues sont variables en fonction des structures et des situations. Il semble difficile de pouvoir affirmer qu'un domaine fasse partie ou non du champ de compétences de l'une ou de l'autre des professions (à l'exception de la déglutition). Une synthèse des données de l'étude semble indiquer qu'évaluer un ensemble très vaste de domaines, allant jusqu'à l'intégralité du continuum pour certains professionnels, ne semble pas être un problème, du moment que le professionnel respecte certaines conditions : (1) il a les compétences nécessaires pour le faire, (2) il ne le fait pas au détriment des domaines qui lui sont spécifiques, (3) il n'ampute pas exagérément le champ de compétences de ses collègues. Ainsi, dans le cas où l'orthophoniste explore les domaines de gauche : (1) elle doit avoir suffisamment de fondements théoriques pour le faire, (2) elle ne devrait pas explorer un domaine de gauche au détriment d'un domaine de droite, (3) elle ne devrait pas empiéter sur le domaine du neuropsychologue (en SCP). Encore faut-il pouvoir établir une frontière entre domaine de gauche et de droite.

Ainsi, en SPU les domaines d'action des professionnels semblent plus vastes et moins approfondis, alors qu'en SCP, la présence de tous les professionnels permet à chacun d'explorer plus en profondeur un plus petit nombre de domaines en profitant des compétences vivantes présente. « S'il y a toutes les *compétences vivantes* sur un même lieu, autant exploiter les compétences de tout le monde et que chacun puisse prendre sa partie de manière exponentielle ! Quand on a tous les viviers, autant que chacun reste sur son terrain ! » (Neuropsychologue, entretien n°2). Ce principe devrait

pouvoir s'appliquer à l'exercice libéral, si l'accès aux soins était le même pour les deux professions...

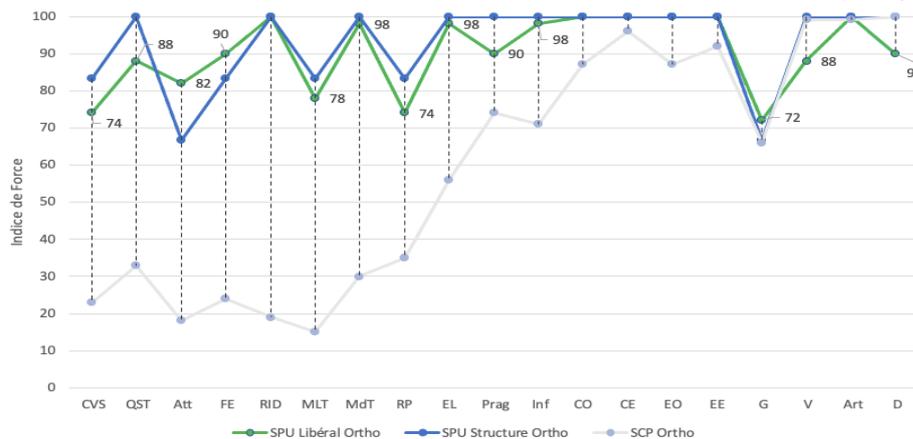
5. De l'impact du cadre législatif : exemple de l'exercice libéral

5.1 Le champ de compétences des orthophonistes en libéral

Les orthophonistes en libéral ont un champ de compétences très proche de celui des orthophonistes travaillant en structure en SPU pour l'évaluation et la prise en charge (moins de 10 points de différence en moyenne lors du calcul de l'IdF). Tous les domaines sont explorés par les orthophonistes en libéral, avec un IdF très fort (Figure 4). En comparant les réponses des orthophonistes en libéral à celles exerçant en structure, des différences légères apparaissent : 90% estiment avoir un rôle dans la prise en charge des troubles cognitifs (+4 points), et 84% (+11 points) un rôle dans l'évaluation des troubles cognitifs acquis.

Figure 4

Variation de l'IdF lors du bilan en Situation de Présence Unique (SPU)



Il a été demandé aux 50 orthophonistes en libéral d'établir une liste des bilans utilisés avec les patients aphasiques. L'objectif était de voir si elles utilisent principalement des batteries classiques d'évaluation des troubles du langage, ou si elles explorent plus en profondeur les fonctions cognitives des patients en utilisant d'autres tests dits *neuropsychologiques*. Seulement 3 orthophonistes ont répondu utiliser exclusivement des batteries d'évaluation du langage. Dans l'ordre de la plus fréquente à la moins utilisée se trouvent : MT86 (22), BETL (17), BDAE (8), BECLA (4), Lexis (4) et BIA (2). Pour les tests *neuropsychologiques*, se trouvent entre autres : RL/RI 16 (17), BEC96 (7), BREF (7), test de l'horloge (5). Les tests PREDIMEM et PREDIFEX

sont cités à 11 reprises. Il semble donc que les orthophonistes en libéral utilisent un large arsenal de test à la fois langagier et cognitif avec les patients aphasiques. Il faut noter que, lors de la comparaison avec les réponses des neuropsychologues à cette même question, il y a moins de doublons que ce à quoi il était possible de s'attendre. Pourtant, lors des entretiens, 8 professionnels ont validé l'hypothèse selon laquelle les orthophonistes et les neuropsychologues utilisent du matériel en commun. Le manque de données concernant les neuropsychologues empêche une analyse approfondie.

5.2 Un avantage en orthophonie : le remboursement des soins

Les orthophonistes libéraux ont un avantage indéniable sur les neuropsychologues : les prises en charge sont remboursées en France. Il est donc impossible d'analyser, dans cette configuration, une réelle concurrence tant les situations sont inégales et incomparables. Ainsi lorsqu'un orthophoniste reçoit un patient et souhaite approfondir les compétences cognitives autres que le langage, il dispose de trois solutions : (1) réorienter vers un neuropsychologue en libéral, (2) réorienter vers la structure qui a pris en charge le patient ou (3) explorer lui-même les domaines pour lesquels il lui manque des informations. Lors des entretiens, l'ensemble des 10 professionnels interrogés ont validé l'hypothèse selon laquelle cette différence de cadre législatif aurait un impact sur la répartition des tâches, les orthophonistes prenant plus de liberté dans les domaines à explorer. On parlera de glissement de champs de compétences entre les orthophonistes exerçant en SCP et celles exerçant en libéral (voir en SPU de manière plus générale). Comme cette orthophoniste en SCP qui raconte « ne pas prendre en charge la mémoire et l'attention par exemple puisque les neuropsychys le font dans le service », mais précise qu'elle en parle aux orthophonistes en libéral qui vont poursuivre la prise en charge, « parce qu'elles vont reprendre tous ces axes » (Orthophoniste, entretien n°2). Les orthophonistes utilisent alors l'AMO 40 *Bilan des troubles d'origine neurologique* et côtent les séances avec l'AMO 15.7 *Rééducation [...] des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques [...] chez les patients atteints de pathologies neurologiques d'origine vasculaire [...]*.

Le cadre législatif semble donc autoriser ce glissement entre les modes d'exercice dans le champs de compétence des orthophonistes : les professionnels peuvent donc intégrer les domaines revendiqués dans la juridiction de la profession (Abbott, 1988). « Ce glissement est normal, ce serait amputer le champ de compétence de l'orthophoniste que de le réduire au langage » (Orthophoniste, entretien n°2).

5.3 Légitimer les frontières mouvantes

Comment ce glissement est-il perçu par les neuropsychologues, et comment les orthophonistes peuvent-ils le justifier ? Globalement deux arguments sont utilisés par les orthophonistes : (1) c'est le champ de compétences de la profession et/ou (2) les neuropsychologues ne sont pas remboursés. Si l'argument du champ de compétences semble légitime selon la NGAP, celui sur le non-remboursement est plus discutable. « L'aspect financier ne donne pas les compétences [...] ! Quand on entend des orthophonistes qui disent ça, ça discrédite leur sérieux » (Orthophoniste, entretien n°10). « Elles (les orthophonistes) se sentent plus autorisées à le faire sous prétexte qu'il n'y a pas de neuropsychys remboursées [...] ! » (Orthophoniste, entretien n°8). « Surtout qu'au début on ne le faisait pas trop ça, je l'ai vu venir, on faisait appel aux orthophonistes pour les fonctions cognitives et plus forcément que pour le langage, mais clairement parce qu'on est remboursé, il faut être lucide là-dessus » (Orthophoniste, entretien n°4). Pourtant, un remboursement des neuropsychologues pourrait permettre un travail de collaboration en libéral : « Le partenariat orthophoniste/neuropsychologue a toute sa place et mériterait d'être renforcé, du moins leur métier devrait être remboursé pour que plus de personnes osent y avoir recours ! » (Orthophoniste, questionnaire).

Et qu'en pensent les neuropsychologues en structure, vers qui adressent-ils les patients pour la poursuite des soins en libéral ? « Je préférerais beaucoup que les neuropsychologues soient également remboursés et que chacun reste dans son champ d'intervention, même si je conviens bien qu'il y a des recouvrements. Si je savais que mes collègues neuropsychys étaient remboursés, il y a des patients qui n'ont que des troubles des fonctions exécutives, ce n'est pas vers une ortho que je les adresserais ! Et c'est légitime je pense ! » (Neuropsychologue, entretien n°9). « Moi j'oriente vers les orthophonistes et ça m'agace ! Parce que je suis neuropsychologue en libéral en parallèle, et j'aimerais bien pouvoir faire du suivi ! Mais on n'est pas remboursé, donc on ne peut que l'entendre » (Neuropsychologue, entretien n°3) ; « Quand je vois le prix des bilans effectivement, je me demande qui peut se le permettre... Mais c'est une grosse problématique ! A mon avis si un jour on est remboursé, il y aura de la concurrence entre les deux professions ! » (Neuropsychologue, entretien n°5).

Les orthophonistes sont donc actuellement dans une position de domination, du moins en libéral, profitant du non-remboursement des neuropsychologues. Pour autant, cette situation peut être amenée à changer devant l'importance des listes d'attente en orthophonie, qui va à l'encontre de la nécessité de prise en charge précoce des patients aphasiques. En effet, les situations de demande pléthorique peuvent entraîner un recours à d'autres professions (Abbott, 1988) et c'est le cas en orthophonie, profession fortement sollicitée. Un élargissement trop important des domaines d'action risque d'entraîner une impossibilité des professionnels à répondre à la demande et un glissement vers d'autres professions capables de prendre en charge plus rapidement les patients.

6. Limites et perspectives

Malgré les différentes méthodes de recueil de données mises en place, il existe une différence entre le nombre de réponses des orthophonistes et des neuropsychologues aux questionnaires. Ce déficit de réponses empêche un certain nombre d'analyses.

En raison de la COVID-19, de nombreux services ont changé leurs pratiques, ce qui induit un biais supplémentaire dans la collaboration, notamment avec l'annulation des groupes thérapeutiques.

Lors de cette étude, le domaine du graphisme (G) pose question et se démarque par un IdF assez faible par rapport à la dynamique générale (Annexe E – Figure 3 & 4). Plusieurs professionnels, dans les questionnaires, ont indiqué spontanément que ce sont plutôt les ergothérapeutes qui le prennent en charge, et 13 orthophonistes ont déclaré que ni elle, ni la neuropsychologue (pour les SCP) ne le prennent en charge. Pourtant, ce domaine fait également parti du champ de compétence des orthophonistes. Il a été choisi de cibler cette étude sur les orthophonistes et les neuropsychologues, mais il semble que d'autres professions (orthophoniste et ergothérapeute par exemple) pourraient faire l'objet d'un travail similaire.

Il semble aussi pertinent de s'intéresser à la répartition des tâches et à la dynamique d'organisation et de collaboration au sein des équipes de santé dans leur intégralité en réalisant des entretiens avec l'ensemble des paramédicaux et du personnel soignant, notamment les médecins et les cadres de santé. Une telle recherche permettrait de détecter l'existence ou non de tensions à plus grande échelle, et observer les éventuelles méthodes employées pour les atténuer.

IV. Conclusion

Orthophonistes et neuropsychologues sont concernés par la prise en charge des troubles cognitifs et langagiers. Il est difficile d'établir précisément les limites du champ de compétences de chacun, tant il semble dépendant de nombreux facteurs tel que le mode d'exercice, la composition des équipes, les formations initiales et continues. En effet, lorsque les orthophonistes ou les neuropsychologues sont en situation de présence unique, les domaines d'activités s'élargissent. Il est possible d'imaginer que, devant cet accroissement des tâches, les différents domaines sont probablement explorés plus superficiellement. Pour autant cela montre une volonté de la part des professionnels de continuer de prendre en charge le patient dans sa globalité.

Le travail en équipe de soin et les échanges semblent être souhaités par une grande majorité des professionnels interrogés. Cette motivation à travailler ensemble pourrait expliquer en partie le peu de situations conflictuelles rencontrées, d'autant plus que les professionnels semblent conscients de leur proximité et des risques de chevauchements entre leurs professions. Dans l'ensemble, une organisation pragmatique semble se mettre en place dans les situations de co-présence, du moment que certaines conditions sont respectées par le professionnel : (1) il a les compétences nécessaires pour explorer tel domaine, (2) il ne le fait pas au détriment des domaines qui lui sont spécifiques, (3) il n'ampute pas exagérément le champ de compétences de ses collègues.

La situation en libéral pour les orthophonistes se rapproche des Situations de Présence Unique en structure en termes d'élargissement des domaines de compétences, d'autant plus qu'il n'existe pas de concurrence ni en Situations de Présence Unique (poste de neuropsychologue vacant ou non-existant), ni en libéral (absence de remboursement des neuropsychologues). Si les neuropsychologues viennent à être remboursés, au moins en partie, en France, il serait intéressant d'observer la dynamique qui se mettra en place, et s'il existe alors une situation de concurrence, difficilement observable dans l'état actuel des choses...

« Je pars du principe qu'il y a de la place pour tout le monde, il faut juste être en bonne intelligence, et penser à une chose, ce n'est pas notre intérêt propre [...], c'est le patient ! » (Neuropsychologue, entretien n°9).

V. Bibliographie

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions : An Essay on the Division of Expert Labor* (1st Edition). University of Chicago Press.
- ANAES. (2002). *Prise en charge initiale des patients adultes atteinte d'accident vasculaire cérébral—Aspects paramédicaux* (Recommandation pour la pratique clinique). ANAES.
- Basso, A., Forbes, M., & Boller, F. (2013). Chapter 27—Rehabilitation of aphasia. In M. P. Barnes & D. C. Good (Éds.), *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 110, p. 325-334). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52901-5.00027-7>
- Bergeron, H., & Castel, P. (2010). Captation, appariement, réseau : Une logique professionnelle d'organisation des soins. *Sociologie du Travail*, 52(4), 441-460. <https://doi.org/10.1016/j.socotra.2010.09.001>
- Bernadou, A. (2011). Savoir théorique et savoirs pratiques. L'exemple médical. In J.-M. Barbier, *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (p. 29). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.barbi.2011.01.0029>
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2017). *L'entretien* (2nd éd.).
- Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000425.pub4>
- Brownsett, S. L. E., Warren, J. E., Geranmayeh, F., Woodhead, Z., Leech, R., & Wise, R. J. S. (2014). Cognitive control and its impact on recovery from aphasic stroke. *Brain*, 137(1), 242-254. <https://doi.org/10.1093/brain/awt289>
- Caplow, T. (1954). *The sociology of work*. (p. viii, 330). University of Minnesota Press.
- Carr-Saunders, A. M., & Wilson, P. A. (1933). *The Professions* (Réimprimée). Clarendon Press.

- Chartrand, J.-P., Lapeirre, D., Péron, J., Saj, A., & Wauquier, G. (2019). Regards croisés sur la neuropsychologie francophone. *Neuropsychologie clinique et appliquée*, 3(Fall 2019), 10-16. <https://doi.org/10.46278/j.ncacn.20190901>
- Claverie, B. (2010). Pluri-, inter-, transdisciplinarité : Ou le réel décomposé en réseaux de savoir. *Projectics / Proyética / Projectique*, 4(1), 5. <https://doi.org/10.3917/proj.004.0005>
- CNRS. (2020). *InSHS - Les sciences humaines et sociales et la protection des données à caractère personnel dans le contexte de la science ouverte—Guide pour la recherche*. Institut des sciences humaines et sociales. www.inshs.cnrs.fr
- Constantinidou, F., Wertheimer, J. C., Tsanadis, J., Evans, C., & Paul, D. R. (2012). Assessment of executive functioning in brain injury : Collaboration between speech-language pathology and neuropsychology for an integrative neuropsychological perspective. *Brain Injury*, 26(13-14), 1549-1563. <https://doi.org/10.3109/02699052.2012.698786>
- D'Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17(3), 67-94. <https://doi.org/10.3406/sosan.1999.1468>
- De Freitas, G. R. (2012). Aphasia and Other Language Disorders. In M. Paciaroni, G. Agnelli, V. Caso, & J. Bogousslavsky (Éds.), *Frontiers of Neurology and Neuroscience* (Vol. 30, p. 41-45). Karger. <https://doi.org/10.1159/000333402>
- Dubar, C., Tripier, P., & Boussard, V. (2015). *Sociologie des professions* (4e éd.). Armand Colin.
- Dumas, M., Douguet, F., & Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : Ce qui fait équipe ? *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 20(1), 45. <https://doi.org/10.3917/rimhe.020.0045>

- El Hachoui, H., Visch-Brink, E. G., Lingsma, H. F., van de Sandt-Koenderman, M. W. M. E., Dippel, D. W. J., Koudstaal, P. J., & Middelkoop, H. A. M. (2014). Nonlinguistic Cognitive Impairment in Poststroke Aphasia : A Prospective Study. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 28(3), 273-281. <https://doi.org/10.1177/1545968313508467>
- FNO. (2019). *Les orthophonistes : Données statistiques*. <https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2019/01/Drees-2019.pdf>
- Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle : Dynamiques de l'action organisée* (2. éd. rev. et complétée). Éd. du Seuil.
- Gerstenecker, A., & Lazar, R. M. (2019). Language recovery following stroke. *The Clinical Neuropsychologist*, 33(5), 928-947. <https://doi.org/10.1080/13854046.2018.1562093>
- Gonçalves, A. P. B., Mello, C., Pereira, A. H., Ferré, P., Fonseca, R. P., & Joannette, Y. (2018). Executive functions assessment in patients with language impairment A systematic review. *Dementia & Neuropsychologia*, 12(3), 272-283. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-030008>
- Goode, W. J. (1957). Community Within a Community : The Professions. *American Sociological Review*, 22(2), 194. <https://doi.org/10.2307/2088857>
- Grosjean, M., & Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective : Le travail à l'hôpital*. Presses universitaires de France.
- Guérin, F., & Fernandez, N. (2017). Chapitre 4—Une vision transdisciplinaire du partenariat patient en santé : Une bioéthique en évolution. In *La transdisciplinarité et l'opérationnalisation des connaissances scientifiques*. Editions JFD.
- Haberey-Knuessi, V., Heeb, J.-L., & Morgan De Paula, E. (2013). L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, N° 115(4), 8. <https://doi.org/10.3917/rsi.115.0008>

- HAS. (2007). *Guide recommandation de la Haute Autorité de Santé—Accident vasculaire cérébral* (Guide - Affection de longue durée). HAS.
- HAS. (2017). *Résultats des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins—Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral* [Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)].
- HAS. (2019, mai 6). Qu'est ce que le travail en équipe ? *www.has-santé.fr*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2966826/fr/qu-est-ce-que-le-travail-en-equipe
- HAS/SFNV. (2005). *Audit organisationnel—Prise en charge des AVC en UNV (ACCI AVCorg)* [Audit clinique].
- Helm-Estabrooks, N. (2011). Treating Attention To Improve Auditory Comprehension Deficits Associated With Aphasia. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders*, 21(2), 64-71. <https://doi.org/10.1044/nnsld21.2.64>
- Hickok, G., & Poeppel, D. (2007). The cortical organization of speech processing. *Nature Reviews Neuroscience*, 8(5), 393-402. <https://doi.org/10.1038/nrn2113>
- Hoffmann, M., & Chen, R. (2013). The Spectrum of Aphasia Subtypes and Etiology in Subacute Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 22(8), 1385-1392. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.04.017>
- Insalaco, D., Ozkurt, E., & Santiago, D. (2007). The perceptions of students in the allied health professions towards stroke rehabilitation teams and the SLP's role. *Journal of Communication Disorders*, 40(3), 196-214. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2006.06.007>
- Jung-Beeman, M. (2005). Bilateral brain processes for comprehending natural language. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(11), 512-518. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.09.009>

- Kleinpeter, É. (2013). Taxinomie critique de l'interdisciplinarité. *Hermès*, n° 67(3), 123.
<https://doi.org/10.4267/2042/51898>
- Kremer, J.-M., & Lederlé, E. (2012). *L'orthophonie en France: Vol. 7e éd.* (p. 7-35). Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/l-orthophonie-en-france--9782130607717-p-7.htm>
- Marinelli, C. V., Spaccavento, S., Craca, A., Marangolo, P., & Angelelli, P. (2017). Different Cognitive Profiles of Patients with Severe Aphasia. *Behavioural Neurology*, 2017, 1-15. <https://doi.org/10.1155/2017/3875954>
- Merton, R. K., Reader, G. G., & Kendall, P. L. (1957). *The Student-Physician : Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*. Harvard Univ. Press.
<https://doi.org/10.4159/harvard.9780674366831>
- OFPN. (2020). *Vers de nouveaux critères d'adhésion*. <http://ofpn.fr/wp-content/uploads/2020/03/OFPN-Vers-de-nouveaux-crit%C3%A8res-dadh%C3%A9sion.pdf>
- O'Sullivan, M., Brownsett, S., & Copland, D. (2019). Language and language disorders : Neuroscience to clinical practice. *Practical Neurology*, 19(5), 380-388.
<https://doi.org/10.1136/practneurol-2018-001961>
- Paicheler, G. (1995). Présentation. Les professions de soins : Territoires et empiètements. *Sciences Sociales et santé*, 13(3), 7.
- Parsons, T. (1991). *The social system* (New ed). Routledge.
- Perdrix, R. (2016). Elaborer des frontières interprofessionnelles : Un enjeu de légitimité. In *Le métier d'orthophoniste : Langage, genre et profession* (p. 149-160). Presses de l'École des hautes études en santé publique.

- Rostaing, C. (2016). Des orthophonistes dans deux services hospitalier : De la difficulté de faire équipe. In *Le métier d'orthophoniste* (2e éd., p. 163-174). Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Sanchez, M. (2016). Spatialisation/spécialisation. In *Le métier d'orthophoniste : Langage, genre et profession* (p. 53-63). Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Sander, A. M., Raymer, A., Wertheimer, J., & Paul, D. (2009). Perceived Roles and Collaboration Between Neuropsychologists and Speech-Language Pathologists in Rehabilitation. *The Clinical Neuropsychologist*, 23(7), 1196-1212.
<https://doi.org/10.1080/13854040902845706>
- Sanson, K. (2006). Pluridisciplinarite : Interet et conditions d'un travail de partenariat. *Le Journal des psychologues*, 2006/9(242), 24-27.
- Schepens, F. (2019). Monde professionnel, places et ordre négocié. *Revue des sciences sociales*, 62, 22-31. <https://doi.org/10.4000/revss.4113>
- Schumacher, R., Halai, A. D., & Lambon Ralph, M. A. (2019). Assessing and mapping language, attention and executive multidimensional deficits in stroke aphasia. *Brain*, 142(10), 3202-3216. <https://doi.org/10.1093/brain/awz258>
- Sebillotte, S. (1991). Decrire des taches selon les objectifs des operateurs. De l'interview a la formalisation. *Le travail humain*, 3/1991, 193-223.
- Seron, X. (1980). *Aphasie et neuropsychologie*. Pierre Mardaga Edition.
- Simic, T., Rochon, E., Greco, E., & Martino, R. (2019). Baseline executive control ability and its relationship to language therapy improvements in post-stroke aphasia : A systematic review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(3), 395-439.
<https://doi.org/10.1080/09602011.2017.1307768>
- Singly, F. de. (2020). *Le questionnaire* (5e éd.). Armand Colin.

- Strauss, A. L. (1992). *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*. L'Harmattan.
- Turcotte, M.-F., & Caron, M.-A. (2017). *La transdisciplinarité et l'opérationnalisation des connaissances scientifiques*. Les Editions JFD inc.
- Turgeon, Y., & Macoir, J. (2008). Classical and Contemporary Assessment of Aphasia and Acquired Disorders of Language. In *Handbook of the Neuroscience of Language* (p. 3-11). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-045352-1.00001-X>
- Tzourio-Mazoyer, N. (2016). Intra- and Inter-hemispheric Connectivity Supporting Hemispheric Specialization. In H. Kennedy, D. C. Van Essen, & Y. Christen (Éds.), *Micro-, Meso- and Macro-Connectomics of the Brain* (p. 129-146). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27777-6_9
- Van de Sandt-Koenderman, W. M. E., Van Harskamp, F., Duivenvoorden, H. J., Remerie, S. C., Van der Voort-Klees, Y. A., Wielaert, S. M., Ribbers, G. M., & Visch-Brink, E. G. (2008). MAAS (Multi-axial Aphasia System) : Realistic goal setting in aphasia rehabilitation: *International Journal of Rehabilitation Research*, 31(4), 314-320. <https://doi.org/10.1097/MRR.0b013e3282fc0f23>
- Wallace, S. J., Worrall, L., Rose, T., & Le Dorze, G. (2019). Using the International Classification of Functioning, Disability, and Health to identify outcome domains for a core outcome set for aphasia : A comparison of stakeholder perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 41(5), 564-573. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1400593>
- Wertheimer, J. C., Roebuck-Spencer, T. M., Constantinidou, F., Turkstra, L., Pavol, M., & Paul, D. (2008). Collaboration Between Neuropsychologists and Speech-Language Pathologists in Rehabilitation Settings. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 23(5), 273-285. <https://doi.org/10.1097/01.HTR.0000336840.76209.a1>

Wexley, K. N., & Latham, G. P. (1981). *Developing and training human resources in organizations*. Scott, Foresman.

Wilensky, H. L. (1964). The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology*, *70*(2), 137-158. JSTOR.

Xyrichis, A., & Ream, E. (2008). Teamwork : A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *61*(2), 232-241. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x>

Annexes

Annexe A - Recensement des effectifs dans les UNV en France	I
Annexe B - Questionnaire <i>version neuropsychologue en SCP</i>	III
Annexe C - Guide d'entretien <i>version orthophoniste</i>	IX
Annexe D - Tableau récapitulatif des entretiens	XII
Annexe E - Données complémentaires sur l'IdF	XIII

Annexe A

Recensement des effectifs dans les UNV en France

Cases grises = impossibilité de joindre le service ou absence de réponse

	Numéro FI	NOM	Nb de lit	Ortho ?	Combien	Temps de présence	Neuropsy ?	Combien	Temps de présence
Grand Est	550000434	GH BARLE DUC	NR						
Grand Est	680000684	GH DE COLMAR	NR	OUI	2	100% + 80%	OUI	3	100% + 50% + 30%
Grand Est	880000021	GHIC EMILE DURKHEIM EPINAL	NR	OUI	1	50%	OUI	3	100%
Grand Est	570000059	GHIC UNISANTÉ	8	OUI	1	50%	OUI	1	50%
Grand Est	570026682	CHR METZ THIONVILLE	NR	OUI	3	100% - 60% - 80%	OUI	1	100%
Grand Est	540001138	GRPE HOSP REGION MULHOUSE ET SUD ALSACE	NR	OUI	1	50%	OUI	1	50%
Grand Est	540001138	CHU DE NANCY	NR						
Grand Est	880000062	GH REMIREMONT	NR	NON	Libéral	NR	NON	X	X
Grand Est	510004302	CHR DE REIMS	4	OUI	2	100%	OUI	3	100%
Grand Est	670783273	CHU DE STRASBOURG (HAUTE PIERRE)	48	OUI	3	100% - 100% - 50%	OUI	3	100% - 100% - 80%
Grand Est	100000090	CH DE TROYES UNV AIGU CODE 97129	NR						
Grand Est	100000090	CH DE TROYES UNV CODE 58345	NR						
Grand Est	550000012	CH VERDUN/SAINT MIHIEL	NR						
Auv.Rhône.Alp	740000237	GH ANNECY GENEVOIS	NR	OUI	1	100% FB	OUI	1	100% FB
Auv.Rhône.Alp	010000024	CH BOURG EN BRESSE (HOPITAL FLEYRIAT)	NR	OUI	1	100% FB	NON	X	X
Auv.Rhône.Alp	740781141	CH ALPES LEMAN	6	OUI	1	60%	OUI	1	10%
Auv.Rhône.Alp	730000031	GH METROPOLE SAVOIE	24	OUI	2	50% - 50%	NON	X	X
Auv.Rhône.Alp	630006948	CHU CLERMONT FERRAND	22	OUI	2	100% FB	OUI	4	100% FB
Auv.Rhône.Alp	690029194	HOSPICES CIVILS DE LYON	12	NON	X	X	OUI	1	100% FB
Auv.Rhône.Alp	030780092	CHU GRENOBLE	NR						
Auv.Rhône.Alp	030000079	GH MONTLUCON	NR	OUI	1	100% FB	OUI	1	100% FB
Auv.Rhône.Alp	260000138	GH MONTELMAR	NR	OUI	2	60%	OUI	1	Consultation externe
Auv.Rhône.Alp	430000117	CH DU PUY (EMILE ROUX)	11	OUI	3	100% - 60% - 50%	OUI	1	50%
Auv.Rhône.Alp	420000010	GH DE ROANNE	12	OUI	1	100% FB	OUI	3	100% FB
Auv.Rhône.Alp	420782559	CHU SAINT ETIENNE	NR	OUI	2	2 X 0,25%	NON	X	X
Auv.Rhône.Alp	260000013	GH DE VALENCE	NR	OUI	2	50% + 10%	OUI	1	50%
Auv.Rhône.Alp	030000087	GH VICHY (JACQUES LACARIN)	10						
Auv.Rhône.Alp	380000174	CH DE VIENNE	11	OUI	2	80% + 20%	OUI	1	20%
Auv.Rhône.Alp	690000575	HOPITAL NORD OUEST VILLEFRANCHE	6	OUI	2	4 demi-journées	NON	X	X
Normandie	140000209	GHU CAEN (COTE DE NACRE)	26	OUI			OUI		
Normandie	500017132	GHPC CHERBOURG (LOUIS PASTEUR)	30	NON	X	X	OUI	1	100% FB
Normandie	760805770	CH DU HAVRE (GHJ Jacques Monod)	20	OUI	1	Consultation	OUI	1	
Normandie	140000027	GH DE LISIEUX (ROBERT BISSON)	NR	OUI	1	X	OUI	2	X
Normandie	760000158	CHU ROUEN	30	OUI	2	100% FB	OUI	1	100% FB
Normandie	500000450	CH ST LO (MEMORIAL France USA)	16	OUI					
Bretagne	290004324	CHU BREST	NR						
Bretagne	560000135	GH BRETAGNE SUD LORIENT	NR						
Bretagne	560022188	GH DU CENTRE BRETAGNE	NR						
Bretagne	290023829	GHIC DE CORNOUAILLE QUIMPER	NR						
Bretagne	220016778	GH ST BRIEUC	NR						
Bretagne	350000741	CHU DE RENNES	NR	OUI	2	100% FB	OUI	1	100
Bretagne	350000147	GH ST MALO	NR						
Bretagne	560004418	GH BRETAGNE ATLANTIQUE VANNES	20	OUI	2	X	OUI	2	X
C. Val. d Loire	180000010	GH JACQUES COEUR BOURGES	30	NON	X	X	OUI	1	100%
C. Val. d Loire	280504267	GH CHARTRES	16	NON	X	X	NON	X	X
C. Val. d Loire	280000084	GH VICTOR JOUSSELIN	NR						
C. Val. d Loire	450002613	CHR ORLEANS	NR	OUI	3	X	OUI	X	X
C. Val. d Loire	370000861	CHU DE TOURS (Bretonneau)	NR						
B. F. Conté	250006954	GH BESANCON	NR	OUI	3	X	NON	X	PONCTUELLEMENT
B. F. Conté	710978263	GH WILLIAM MOREY	12	OUI	1	FB	OUI	1	FB
B. F. Conté	210987558	CHU DE DIJON	10	OUI	1	X	OUI	1	X
B. F. Conté	390000040	CH LONS LE SAUNIER	NR						
B. F. Conté	900000167	HOPITAL NORD FRANCE COMTE	4	OUI		X	NON	X	X
B. F. Conté	890975550	GH SENS	NR						
Guadeloupe	970100228	CHU DE POINTE A PITRE/ABYMES	NR	OUI		X	NON	X	X
I. D. France	570000646	GH BICHAT/CLAUDE BERNARD	NR						
I. D. France	400007332	GH SAINTE ANNE	36	OUI	1	100% FB	OUI	NR	NR
I. D. France	910020254	GH SUD FRANCIEN	NR	OUI	1	100% FB	OUI	1	100% FB
I. D. France	940100027	HOPITAL HENRI MONDOR	NR	OUI	3	100% FB	OUI	3	100% FB
I. D. France	750000549	FONDATION OPHTALMOLOGIQUE ROTHSCHILD	NR	OUI	NR	NR	OUI	NR	NR
I. D. France	430000109	CENTRE MEDICO CHIRURGICAL FOCH	NR						
I. D. France	950000331	GH DE GONNESSE	NR	OUI	2	100% FB = 1ETP	OUI	1	100% FB
I. D. France	940002546	HOPITAL DE BICETRE	12						
I. D. France	750100042	CHU SAINT LOUIS SITE LARBOISIERE APHP	NR						
I. D. France	780000287	GH DE MANTES LA JOUE	24	OUI	1	100%	NON	X	X
I. D. France	770000446	GH DE MEAUX	NR						
I. D. France	910000306	GH D ORSAY	NR						
I. D. France	750100125	GROUPEMENT HOSPITALIER PITIE SALPETRIERE	NR						
I. D. France	950000364	GH DE PONTOISE	NR	OUI	1,5	NR	OUI	2	NR
I. D. France	930000336	GH DAUINAY	34	OUI	2	100% + 80%	OUI	2	100% FB
I. D. France	750100091	HOPITAL SAINT ANTOINE	24	OUI	2	100%	OUI	2	100%
I. D. France	930706239	GH DE ST DENIS	NR						
I. D. France	780000311	GHIC DE POISSY ST GERMAIN	NR						
I. D. France	750000523	GROUPEMENT HOSPITALIER PARIS SAINT JOSEPH	NR	OUI	4	50% + 50% + 80% + 100%	OUI	2	100% + 80%
I. D. France	750100273	HOPITAL TENON	NR						
I. D. France	780800256	GH DE VERSAILLES	22	OUI	2	100%	OUI	2	100%
Occitanie	810000505	GH ALBI	NR						
Occitanie	320000086	GH AUCH	NR						
Occitanie	340000033	GH BEZIERS	NR	OUI	1	1 ETP	NON	X	X
Occitanie	460000110	GH CAHORS	12						
Occitanie	110000023	GH CARCASSONNE	NR						
Occitanie	810000521	GHIC CASTRES MAZAMET	NR	NON	X	X	OUI	1 à 100%	20% en UNV
Occitanie	310781000	CLINIQUE DES CEDRES	NR						
Occitanie	340797208	CLINIQUE LE MILLENAIRE	NR						
Occitanie	810000224	CENTRE MEDICO CHIRURGICAL ET OBSTETRICAL CLAUDE BERNARD	NR						
Occitanie	820000032	GH MONTAUBAN	6	OUI	1	0,05 ETP	OUI	1	0,5 ETP
Occitanie	340782085	CHU MONTPELLIER GUI DE CHAULIAC	NR						
Occitanie	110000056	GH NARBONNE	NR						
Occitanie	300782117	CHU NIMES	NR	OUI	2	100% FB	OUI	2	100% FB
Occitanie	660000509	GH PERPIGNAN	8						
Occitanie	310783048	CHR TOULOUSE (Purpan)	NR	OUI	4	NR	OUI	7	NR
Occitanie	120000039	GH RODEZ	8						
Occitanie	650000417	GH DE BIGORRE	16						
Haut de F.	800005124	GH D AMIENS	NR	OUI	2	100% + 60%	OUI	7	100% FB officiellement
Haut de F.	620000034	GH D ARRAS	NR						
Haut de F.	600000194	GH DE BEAUVAIS	4	NON	X	X	OUI	1	100%
Haut de F.	620000224	GH BETHUNE BELVRY	NR						
Haut de F.	620000653	GH DE BOULOGNE SUR MER	NR						

Haut de F.	62000323	CH DE CALAIS	NR	OUI	1	100% FB	OUI	2	100% FB
Haut de F.	600113476	CHI COMPIEGNE NOYON	NR						
Haut de F.	600000467	GROUPEMENT HOSPITALIER PUBLIC DU SUD DE LOISE	NR						
Haut de F.	590000337	CH DE DUNKERQUE	NR	OUI	1	100% FB	OUI	1	100% FB
Haut de F.	590780284	GPT HOPITAUX INSTITUT CATHOLIQUE LILLE	6						
Haut de F.	620000257	CH DE LENS	23	NON	2	3 + 2 matinée (libéral)	NON	X	X
Haut de F.	590796975	CHRU DE LILLE	NR						
Haut de F.	590000535	CH SAMBRE AVESSOIS	16						
Haut de F.	590801106	CH DE ROUBAIX	23						
Haut de F.	020000162	CH DE SAINT QUENTIN	NR						
Haut de F.	020000519	CH DE SOISSONS	6						
Haut de F.	590804696	CH DE TOURCOING	12						
Haut de F.	590000618	CH VALENCIENNES	NR	OUI	1	100%	NR	NR	NR
Haut de F.	590001004	CH DOUAI lié CH d LENS	NR						
Haut de F.	620003202	CH DE RANG DU FLIER lié CH d BOULOGNE SUR MER	NR						
Haut de F.	X	CH DE ST OMER relié au CH DUNKERQUE ou CH DE CALAIS	NR						
Haut de F.	X	CH DE CAMBRAI lié à VALENCIENNES	NR						
P. D. Loire	720005792	CH LE MANS	NR	OUI	NR	NR	OUI	NR	NR
P. D. Loire	440000271	CHU DE NANTES	23	OUI	1	50%	NON	X	X
P. D. Loire	850000019	CH LA ROCHE SUR YON MONTAIGU LUÇON	17	OUI	3	90% ETP	OUI	2	100% + 50% FB
P. D. Loire	440000016	CH ST NAZAIRE	NR	OUI	1	100% FB	OUI	1	100% FB
N. Aquitaine	470000423	CH AGEN	6	OUI	1	20h par semaine	OUI	2	40% + 50%
N. Aquitaine	160000253	CH ANGOULEME	10	NON	POSTE VACANT	mi-temps en recrutement	NON	X	X
N. Aquitaine	640000162	CH COTE BASQUE	NR	OUI	1	80%	OUI	1	100%
N. Aquitaine	330781360	CHU DE BORDEAUX	48	OUI	2	0,5 + 0,25 ETP	OUI	1	100%
N. Aquitaine	400000105	CH DAX	16	OUI	1	100% FB	OUI	1	100% FB
N. Aquitaine	170000087	GROUPEMENT HOSPITALIER DE LA ROCHELLE RE AUNIS	8	OUI	2	100% + 50%	OUI	2	100% mais rare UNV
N. Aquitaine	330000605	CH DE LIBOURNE	17	OUI	1	50%	NON	X	X
N. Aquitaine	870000064	CHU LIMOGES	6	OUI	2	30% + 50 %	OUI	1	70%
N. Aquitaine	400000139	CH DE MONT DE MARSAN	NR	NON	POSTE VACANT	X	OUI	1	100%
N. Aquitaine	790000087	CH DE NIORT	NR	NON	POSTE VACANT	X	OUI	1	50%
N. Aquitaine	640000600	CH PAU	16	OUI	1	100% FB	OUI	1	100% FB
N. Aquitaine	240000489	CH PERIGUEUX	15	OUI	2	1,9 ETP	OUI	0,5	ETP
N. Aquitaine	860000223	CHR DE POITIERS	20	OUI	2	100% FB	OUI	3	100% FB
N. Aquitaine	170000103	CH DE SAINTES	NR	OUI	1	50%	OUI	2	100% + 70%
PACA	130000409	CH DU PAYS D AIX CHI AIX PERTUIS	28	OUI	5	80% + 80% + 30 % + 30% + 30 % soit 2,3 ETP	OUI	1	10%
PACA	130783293	APHM TIMONE ADULTES	NR						
PACA	840001861	CH HENRI DUFFAUT AVIGNON	17	OUI	1	0,2 ETP	OUI	2	1 ETP + 0,4 ETP
PACA	830100574	HOPITAL D INSTRUCTION DES ARMEES SAINTE ANNE	NR						
PACA	060785003	CHU DE NICE	NR						
PACA	830000345	CHI TOULON	12						

FB = en fonction des besoins

Annexe B

Exemple du questionnaire envoyé à une neuropsychologue travaillant en SCP

Chapitre 1 – Présentation générale

1. Age :
2. Sexe : Femme Homme Je ne souhaite pas répondre

Chapitre 2 – Parcours de formation :

3. Année d'obtention du diplôme :
4. École de formation :
5. Avez-vous suivi d'autre(s) formation(s) après l'obtention de votre diplôme ?
 OUI NON

Si OUI - Précisez :

SI OUI - Qu'est-ce qui vous a motivé dans le choix de ces formations complémentaires ?

- Des lacunes dans la formation initiale
- Un besoin de réactualiser vos connaissances
- Une envie d'approfondir ce sujet
- Une demande de la part de votre employeur / vos collègues

Autre :

Chapitre 3 – Connaissances sur les professions d'orthophoniste et de neuropsychologue

6. Selon vous, quels sont les domaines d'intervention des neuropsychologues ?

- Évaluation des troubles cognitifs acquis
- Évaluation des troubles du langage
- Prise en charge des troubles cognitifs acquis
- Prise en charge des troubles du langage
- Accompagnement auprès des aidants et des familles

Autre :

7. Selon vous, quels sont les domaines d'intervention des orthophonistes ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Évaluation des troubles cognitifs acquis
- Évaluation des troubles du langage
- Prise en charge des troubles cognitifs acquis
- Prise en charge des troubles du langage
- Accompagnement auprès des aidants et des familles

Autre :

8. Comment pourriez-vous définir le champ de compétence des **neuropsychologues** ?
9. Comment pourriez-vous définir le champ de compétence des **orthophonistes** ?

Chapitre 4 – Mode d'exercice actuel

- Libéral
- Service de neurologie – UNV
- Structure/service de rééducation/réadaptation

10. Est-ce qu'il y a un/une orthophoniste dans votre service ?

- Oui
- Non

Chapitre 5 – Questions pour les neuropsychologues exerçant en structure (*en collaboration*)

11. Quelles sont vos motivations pour travailler en structure ?

12. Vous arrive-t-il de consulter l'orthophoniste sur votre lieu de travail, de mener des actions communes ?

- OUI NON

Si OUI, précisez et justifiez :

- Choix des épreuves de bilan
- Passation des épreuves de bilan
- Retour du bilan au patient
- Prise en charge à plusieurs professionnels (ex : groupe, ETP...)
- Élaboration d'un projet thérapeutique commun
- Temps d'échange commun avec les familles, les proches

Autre :

Si NON, pour quelles raisons ? :

13. Qui évalue ces domaines sur votre lieu d'exercice ?

(Une seule réponse par ligne)

Répondez de manière générale en fonction de vos connaissances sur les compétences sur les deux professions.

	Orthophoniste	Neuropsychologue	Les deux professions	Aucune des deux sur mon lieu de travail	Je n'ai pas cette information
Orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire à long terme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rappel immédiat / différé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compréhension orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expression Orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pragmatique / habileté de communication / informativité / ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluence verbale / catégorielle / ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compétence visuo-spatiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Graphisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compréhension écrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expression écrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Articulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonctions exécutives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Raisonnement / résolution de problème	<input type="checkbox"/>				
Déglutition	<input type="checkbox"/>				

14. Quelles batteries de bilan utilisez-vous pour vos évaluations ?

15. Les orthophonistes évaluent-ils d'autres domaines ?

OUI NON Je n'ai pas cette information

Si **OUI**, précisez :

16. Les neuropsychologues évaluent-ils d'autres domaines ?

OUI NON

Si **OUI**, précisez :

17. En dehors des bilans, avez-vous des temps de séance de rééducation avec vos patients aphasiques ?

OUI *Continuez à la question suivante (18)* NON *Continuez à la question 22*

18. Quels domaines sont pris en charge sur votre lieu d'exercice ?

(Une seule réponse par ligne)

Répondez de manière générale en fonction de vos connaissances sur les compétences sur les deux professions.

	Orthophoniste	Neuropsychologue	Les deux professions	Aucune des deux sur mon lieu de travail	Je n'ai pas cette information
Orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire à long terme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rappel immédiat / différé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compréhension orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Expression Orale	<input type="checkbox"/>				
Pragmatique / habileté de communication / informativité / ...	<input type="checkbox"/>				
Fluence verbale / catégorielle / ...	<input type="checkbox"/>				
Compétence visuo-spatiale	<input type="checkbox"/>				
Graphisme	<input type="checkbox"/>				
Compréhension écrite	<input type="checkbox"/>				
Expression écrite	<input type="checkbox"/>				
Articulation	<input type="checkbox"/>				
Voix	<input type="checkbox"/>				
Fonctions exécutives	<input type="checkbox"/>				
Raisonnement / résolution de problème	<input type="checkbox"/>				
Déglutition	<input type="checkbox"/>				

19. Pouvez-vous citer des exemples de matériel utilisé pendant vos séances ?

20. Les orthophonistes prennent-ils en charge d'autres domaines ?

OUI NON Je n'ai pas cette information

Si OUI, précisez :

21. Les neuropsychologues prennent-ils en charge d'autres domaines ?

OUI NON

Si OUI, précisez :

22. Que pensez-vous de cette répartition des tâches dans l'évaluation et la prise en charge des patients aphasiques ?

- Tout à fait adapté
- Plutôt adapté
- Plutôt pas adapté
- Pas du tout adapté

Pourquoi ?

23. Comment cette répartition s'est-elle mise en place ?

24. Avez-vous une activité en libéral également dans laquelle vous prenez en charge des patients aphasiques ?

- OUI **Continuez au Chapitre 7** NON **Continuez au chapitre 8**

Chapitre 8 – Zone d'expression libre

25. Avez-vous des remarques, des questionnements, des suggestions... ?

La même trame de questionnaire a été proposé aux orthophonistes avec quelque changement de terme. Lorsque le professionnel est en SPU ou en libéral les questions sur la collaboration ont été retiré, remplacées par des questions sur les manquements et les difficultés ressentis par les professionnels en SPU.

Annexe C

Guide d'entretien version orthophoniste

Présentation du projet

Dans le cadre de ma 5^e année d'étude en orthophonie à l'école de Lyon, je réalise un mémoire sur la collaboration orthophoniste/neuropsychologue. Le but de cette étude est de recueillir des données auprès des orthophonistes et des neuropsychologues sur leur perception du métier, leur rôle à jouer auprès des patients aphasiques ainsi que le manière de collaborer entre eux.

Cette étude se déroule sur deux axes. Nous proposons le remplissage d'un questionnaire sur la collaboration orthophoniste et neuropsychologue, puis des entretiens individuels. Ces entretiens se déroulent auprès de professionnels qui souhaitent partager leur expérience, et auprès de professionnels dans des modes d'exercice particulier que nous avons contactés. Si vous le souhaitez, vous pourrez également remplir le questionnaire de l'étude. Lors de la présentation des résultats finaux, les données seront anonymisées et votre identité ne sera jamais divulguée. Le mémoire sera disponible, et à votre demande, je pourrai vous le transmettre.

Vous être libre de me stipuler à tout moment lors de l'entretien si vous souhaitez que vos propos soient utilisés ou non. A la suite de ces entretiens, si vous souhaitez rajouter des informations, vous pourrez me les envoyer par mail (***) ou me recontacter par téléphone (06***). Il est possible de prévoir un deuxième temps d'échange si vous en ressentez l'envie.

Si certains de vos collègues ou membres de votre entourage professionnel veulent également participer à cette enquête (questionnaire et/ou entretien), vous pouvez me contacter ou laisser mes coordonnées.

1. Généralité et présentation

1.1 Biographie

Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

Pouvez me décrire votre parcours de formation ? Vos diplômes obtenus ? Avez-vous réalisé des stages lors cette formation ? Comment les avez-vous choisis ?

- Lieu de formation & diplôme obtenu
- Lieu de stage, maître de stage

Que pensez-vous de votre formation initiale ? Avez-vous ressenti le besoin d'effectuer des formations complémentaires ?

Quel est votre parcours professionnel ? Où avez-vous exercé précédemment ?

1.2 Le travail en structure

Qu'est-ce qui vous a amené à travailler dans ce type de structure ? Pourquoi la neurologie ?

Que recherchez-vous dans ce mode d'exercice ?

2. Le rôle de l'orthophoniste auprès du patients aphasiques

2.1 Champs de compétence théorique

Comment pourriez-vous définir le rôle de l'orthophoniste ? Quelles sont vos missions sur votre lieu de travail ?

Avez-vous ressenti le besoin d'effectuer une formation complémentaire pour mener à bien ses missions ?

Comment décririez-vous votre métier au patient ?

2.2 Champs de compétence en pratique

Pouvez me décrire votre démarche de bilan avec un patient aphasique ? Quel matériel utilisez-vous ? Pourquoi cette démarche/ce matériel ?

Vous arrive-t-il de poser un diagnostic ? Sur quel domaine ? Avec quels outils/bilans complémentaires ?

(Facultatif) Pourriez-vous me décrire une journée type sur votre lieu de travail ?

3. Relations avec les neuropsychologues

3.1 Connaissances sur le métier

Comment pourriez-vous décrire le métier de neuropsychologue ?

Que vous apporte le neuropsychologue à propos des patients aphasiques ?

Que pensez-vous du lien ortho/neuropsychy ? Comment les deux métiers se complètent, que s'apportent-ils ? Quelles sont les différences fondamentales ?

3.2 Relation en pratique

Quel type d'organisation dans votre structure avec le neuropsychologue ? Relation hiérarchique ? Qui adresse à qui ?

Quels sont vos moyens d'échange privilégiés ?

Comment les tâches sont-elles réparties dans votre structure ?

D'une manière générale, qu'attendez-vous de son travail, que recherchez-vous dans ces bilans ?

Question « polémique » : Évaluation des fonctions exécutives dans les masters d'orthophonie, qu'en pensez-vous ? Que pensez-vous des orthophonistes qui font des masters en neuropsychologie ?

Relation langage / FE ? Indissociable dans les dernières recherches.

Que pensez-vous de cette idée de « frontière » entre les champs de compétence.

Souvent présenté de cette manière : neuropsychologie = fonctions exécutives et orthophonistes = langage, qu'en pensez-vous ?

Peu de prise en charge neuropsychologique en libéral (notamment à cause du non-remboursement), donc beaucoup d'orthophoniste font des prises en charge des fonctions exécutives, de la mémoire, de l'attention... Qu'en pensez-vous ?

La même trame de guide d'entretien a été proposé aux neuropsychologues, avec quelque changement de termes.

Annexe D

Présentation des professionnels ayant participé aux entretiens

	Profession	Lieu d'exercice	Type de présence	Code entretien
<i>Entretien n°1</i>	Neuropsychologue	Hôpital Libéral	SPU X	HNN11020
<i>Entretien n°2</i>	Orthophoniste	Service de rééducation	SCP	ROO11120
<i>Entretien n°3</i>	Neuropsychologue	Service de rééducation Libéral	SCP X	RNO11120
<i>Entretien n°4</i>	Orthophoniste	Hôpital	SPU	HON11120
<i>Entretien n°5</i>	Neuropsychologue	Hôpital	SPU	HNN21120
<i>Entretien n°6</i>	Orthophoniste	Service de rééducation Libéral	SCP X	ROO21120
<i>Entretien n°7</i>	Orthophoniste	Service de rééducation	SCP	ROO31120
<i>Entretien n°8</i>	Orthophoniste	Hôpital	SCP	HOO11220
<i>Entretien n°9</i>	Neuropsychologue	Hôpital Service de rééducation Libéral	SCP SCP X	HNO10121
<i>Entretien n°10</i>	Neuropsychologue Orthophoniste	Libéral	X	LON11120

SCP : Situation de Co-Présence
SPU : Situation de Présence Unique |

Annexe E

Données complémentaires de l'IdF

En raison du manque de réponse de neuropsychologue, l'IdF n'a pas pu être complètement exploité notamment concernant les domaines pris en charge par les professionnels (hors bilan). Les graphiques sont présentés ici.

Figure 1

Variation de l'IdF lors de la prise en charge en Situation de Co-Présence

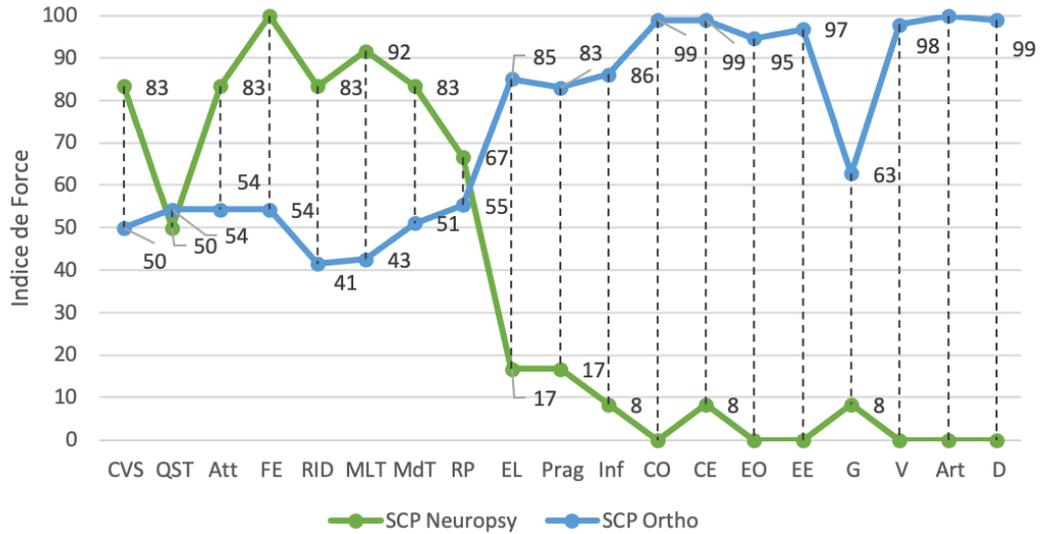


Figure 2

Variation de l'IdF lors de la prise en charge en Situation de Présence Unique

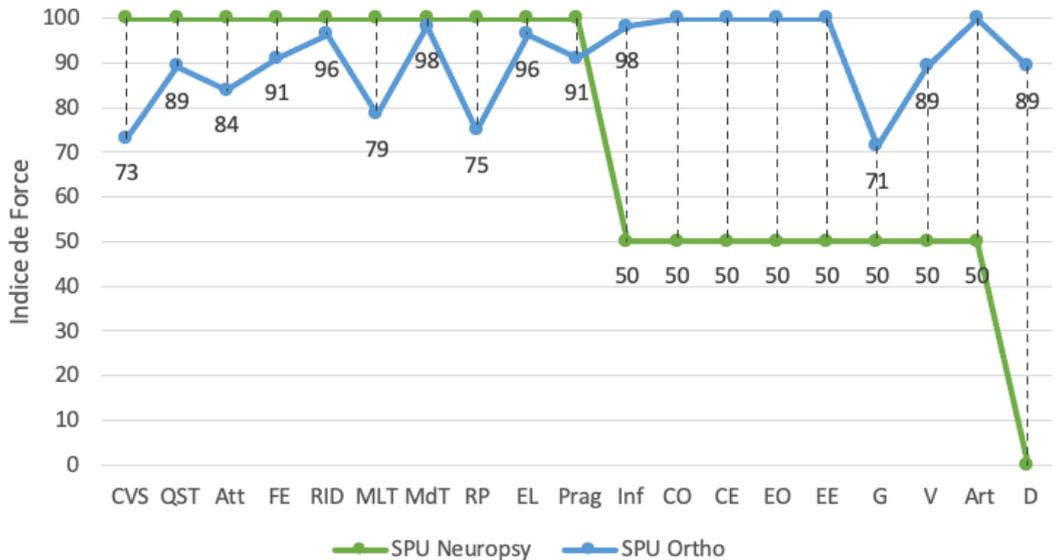


Figure 3*Tableau récapitulatif de l'Indice de Force lors du bilan*

	CVS	QST	Att	FE	RID	MLT	MdT	RP	EL	Prag	Inf	CO	CE	EO	EE	G	V	Art	D
SCP Neuropsych	94	64	86	94	100	100	78	86	53	19	39	33	17	28	11	36	3	6	0
SCP Ortho	23	33	18	24	19	15	30	35	56	74	71	87	96	87	92	66	99	99	100
SPU Neuropsych	100	100	100	100	100	100	100	100	100	80	100	100	80	80	80	40	40	40	0
SPU Ortho	75	89	80	89	100	79	98	75	98	91	98	100	100	100	100	71	89	100	91
SPU Libéral Ortho	74	88	82	90	100	78	98	74	98	90	98	100	100	100	100	72	88	100	90

Figure 4*Tableau récapitulatif de l'Indice de Force lors de la prise en charge*

	CVS	QST	Att	FE	RID	MLT	MdT	RP	EL	Prag	Inf	CO	CE	EO	EE	G	V	Art	D
SCP Neuropsych	83	50	83	100	83	92	83	67	17	17	8	0	8	0	0	8	0	0	0
SCP Ortho	50	54	54	54	41	43	51	55	85	83	86	99	99	95	97	63	98	100	99
SPU Neuropsych	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	50	50	50	50	0
SPU Ortho	73	89	84	91	96	79	98	75	96	91	98	100	100	100	100	71	89	100	89
SPU Libéral Ortho	74	88	82	90	100	76	98	74	98	90	98	100	100	100	100	72	88	100	90