



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

Par

DEMAISON Cécile
DEMEAUX Sophie

INTERPROFESSIONALITE ET ORTHOPHONIE AU
SEIN D'UN SERVICE DE REEDUCATION POST-
REANIMATION

Maîtres de Mémoire

FERRERO Valérie

Dr TELL Laurence

Membres du Jury

GUILHOT Nicolas

LECLERC Caroline

TAIN Laurence

Date de Soutenance

03 juillet 2008

ORGANIGRAMMES

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. COLLET Lionel

Vice-président CEVU
Pr. SIMON Daniel

Vice-président CA
Pr. LIETO Joseph

Vice-président CS
Pr. MORNEX Jean-François

Secrétaire Général
M. GAY Gilles

a. Secteur Santé :

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

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

U.F.R de Médecine Lyon R.T.H.
Laennec
Directeur
Pr. COCHAT Pierre

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur
Pr. LOCHER François

U.F.R de Médecine Lyon-Nord
Directeur
Pr. ETIENNE Jérôme

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

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

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

b. Secteur Sciences :

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

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

U.F.R. Des Sciences et
Techniques des Activités
Physiques et Sportives
Directeur
Pr. COLLIGNON Claude

U.F.R. de Génie Electrique et des
Procédés
Directeur
Pr. CLERC Guy

U.F.R. de Physique
Directeur
Mme FLECK Sonia

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

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

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

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

I.U.F.M.
Directeur
M. BERNARD Régis

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

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

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

U.F.R. De Mathématiques
Directeur
M. GOLDMAN André

U.F.R. D'informatique
Directeur
Pr. AKKOUCHE Samir

2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Pr. MATILLON Yves

Directeur de la formation
Pr. TRUY Eric

Directeur des études
BO Agnès

Directeur de la recherche
Dr. WITKO Agnès

Responsables de la formation clinique
PERDRIX Renaud
MORIN Elodie

Chargée du concours d'entrée
PEILLON Anne

Secrétariat de direction et de scolarité
BADIOU Stéphanie
CLERC Denise

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier :

Nos maîtres de mémoire, Valérie FERRERO et Laurence TELL, pour leur soutien, leur disponibilité, leur motivation et leur entrain ;

L'ensemble du service : les professionnels, les patients et leur famille, pour leur accueil et leur gentillesse ;

Les membres du jury : Nicolas GUILHOT, Caroline LECLERC et Laurence TAIN ;

Nos référents en sciences sociales : Laurence TAIN, Corinne ROSTAING, Cécile PRESSIAT, Caroline LECLERC et Renaud PERDRIX, pour leur aide et leur soutien ;

Les étudiants du groupe sciences sociales pour les échanges et leurs encouragements ;

Agnès WITKO pour sa bienveillance, sa gentillesse et pour nous avoir suivies et soutenues pendant deux ans ;

Nos familles respectives : nos parents, nos frères et sœurs, ainsi que les pièces rapportées, pour leur soutien psychologique et affectif, leurs précieuses relectures et leurs bons petits plats ;

Nos amis pour leur présence dans les périodes de doute, leur bonne humeur et les moments de détente, en particulier Claire et Perrine.

Merci à toi Cécile pour ton optimisme, ta jugeote et ta joie de vivre.

Merci à toi Sophie pour ton humour, ta perspicacité et ton grand cœur.

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| ORGANIGRAMMES | 2 |
| REMERCIEMENTS | 5 |
| SOMMAIRE | 6 |
| INTRODUCTION | 8 |
| PARTIE THEORIQUE | 10 |
| I. UN SERVICE HOSPITALIER COMME SYSTEME D’ACTION | 11 |
| II. TRAVAIL D’EQUIPE ET COLLABORATION | 16 |
| III. LE TRAVAIL EN SERVICE DE POST-REANIMATION | 20 |
| PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES | 26 |
| I. PROBLEMATIQUE..... | 27 |
| II. HYPOTHESES | 27 |
| PARTIE EXPERIMENTALE | 29 |
| I. INTRODUCTION | 30 |
| II. PROTOCOLE DE RECHERCHE | 30 |
| PRESENTATION DES RESULTATS | 40 |
| I. LE SERVICE ETUDIE | 41 |
| II. LE TRAVAIL EN EQUIPE..... | 44 |
| III. DES MOYENS POUR TRAVAILLER EN EQUIPE | 52 |
| IV. L’ORTHOPHONISTE AU SEIN DE L’EQUIPE | 60 |
| DISCUSSION DES RESULTATS | 66 |
| I. DISCUSSION DES HYPOTHESES | 67 |
| II. APPORTS ET LIMITES DE NOTRE RECHERCHE | 75 |
| CONCLUSION | 79 |
| BIBLIOGRAPHIE | 81 |
| ANNEXES | 85 |
| ANNEXE I : PRESENTATION DES INTERVIEWES | 86 |
| ANNEXE II : GUIDE D’ENTRETIEN POUR LES ORTHOPHONISTES | 87 |

| | |
|---|------------|
| ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES AUTRES PROFESSIONNELS | 90 |
| ANNEXE IV : OBSERVATION DES INTERACTIONS D'UNE ORTHOPHONISTE PENDANT UNE DEMI-JOURNEE..... | 93 |
| ANNEXE V : JOURNEE TYPE DE L'ORTHOPHONISTE | 96 |
| ANNEXE VI : LES REUNIONS | 99 |
| ANNEXE VII : DECRET DE COMPETENCES DES ORTHOPHONISTES | 104 |
| ANNEXE VIII : DECRET DE COMPETENCES DES ERGOTHERAPEUTES | 107 |
| TABLE DES ILLUSTRATIONS..... | 110 |
| TABLE DES MATIERES | 111 |

INTRODUCTION

Intéressées initialement par la période critique qu'est l'éveil de coma, nos différentes recherches, lectures et rencontres nous ont amenées à réfléchir à l'importance du travail en équipe dans la prise en charge des patients en Service de Rééducation Post-Réanimation (SRPR), mais également à la pratique orthophonique dans ce type de service.

En effet, le coma, l'éveil de coma et la rééducation post-réanimation (notamment la rééducation orthophonique) ont été très étudiés que ce soit d'un point de vue clinique, fonctionnel, psychopathologique, sociologique...

La majorité des études sociologiques existantes concernent les professions médicales (médecins, infirmiers) ; mis à part le projet Kalliopé, ouvrage collectif dirigé par Tain (2007), rares sont les études en sciences sociales qui portent sur l'orthophonie. Dans le cadre de ce projet, Chabosy et Pressiat, dirigées et publiées par Rostaing (2007), ont réalisé en 2004 un mémoire d'orthophonie traitant des *Territoires de l'orthophonie à l'hôpital : collaborations et tensions interprofessionnelles dans l'exercice de l'orthophonie dans deux unités de soins* ; il s'agissait d'une étude portant sur un service de court séjour (urgences vasculaires) et de moyen séjour (service de soin de suite). A la lecture de ce mémoire, nous nous sommes interrogées sur l'interprofessionnalité dans un service spécifique qu'est un SRPR.

Nous chercherons, dans ce mémoire s'inscrivant dans le domaine des sciences sociales, à étudier la collaboration interprofessionnelle au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Nous nous intéresserons à l'articulation du travail de l'orthophoniste à l'ensemble du travail des autres professionnels ; nous chercherons à montrer comment la place de l'orthophoniste, en termes de compétences et d'articulation avec le travail des autres professionnels, est perçue par les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Nous développerons, dans un premier temps, les aspects théoriques fondant notre recherche : nous tâcherons ainsi de définir en quoi un service peut être considéré comme un système, mais également de définir la collaboration interprofessionnelle et le travail en SRPR.

En regard de la théorie exposée, nous présenterons ensuite notre problématique et nos hypothèses.

Le chapitre suivant abordera la méthodologie sur laquelle nous nous sommes appuyées pour réaliser notre étude. Nous avons opté pour une approche qualitative, qui nous semble correspondre le mieux à la recherche que nous souhaitons mener, composée de deux parties : l'observation participante et l'entretien semi-directif.

Nous présenterons enfin les résultats que nous avons obtenus. Ils seront ensuite discutés à l'aune de la théorie, en particulier sociologique, précédemment exposée.

Chapitre I
PARTIE THEORIQUE

I. UN SERVICE HOSPITALIER COMME SYSTEME D'ACTION

3. Le service est un système...

a. Système, organisation et service hospitalier

Un système d'action concret, au sens de Crozier et Friedberg (1977) et de Friedberg (1997) qui s'inscrivent dans le courant de la sociologie des organisations et de l'action organisée, est un « *système humain structuré qui coordonne les actions de ses participants* » (1977, p.286). Au sein du système, les différents participants sont interdépendants et doivent ainsi coordonner leurs actions. Ils agissent donc au sein d'une « *structure d'action collective* » (1997, p.119). Le fonctionnement d'un système d'action concret nécessite une part d'interconnaissance, des savoirs communs et une certaine communication ; ceci afin de permettre aux participants d'ajuster leurs comportements les uns par rapport aux autres.

L'organisation est un cas particulier de système « *dont les mécanismes d'intégration auront tendance à perdurer et à se reproduire à travers un certain nombre de processus d'auto-entretien* » (1977, p.220). Il s'agit d'un construit culturel permettant aux hommes, au travers de leurs rapports humains, de construire une coopération, tout en conservant une marge de liberté.

Carricaburu et Ménoret (2004, p.30) considèrent l'hôpital comme « *un lieu hautement professionnalisé* », dans lequel différents professionnels ainsi que familles et patients (appelés profanes) sont amenés à se rencontrer. Dans un service hospitalier, les professionnels sont interdépendants et travaillent dans un but commun : il peut donc être considéré comme un système d'action au sens de Crozier et Friedberg.

Toute organisation est pourvue de « *dispositifs* » et d'un « *caractère collectif* » (Grosjean & Lacoste, 1999, p.29). Ce sont, entre autres, ces caractéristiques qui vont nous intéresser dans notre étude. En effet, les dispositifs mis en place permettent de structurer le travail, pour le faciliter et l'aménager, tout en créant « *des obligations nouvelles* » (p.29). Le professionnel s'inscrit dans un collectif, qui dépasse de simples relations entre les individus, car l'activité de chaque professionnel est interdépendante de celle des autres. Dans un service, « *le rapport entre malades et personnel est d'emblée collectif, [...]*

l'infirmière qui s'occupe d'un malade dépend nécessairement de ses collègues et des médecins » (p.29-30).

b. Une articulation du travail à différents niveaux

Pour Strauss (1992), dans le courant de la sociologie des interactions, « *un travail d'articulation doit être fait pour que les efforts collectifs de l'équipe soient finalement plus que l'assemblage cahotique de fragments épars de travail accompli* » (p.191). Ce travail d'articulation vise à coordonner les activités de différents groupes professionnels et les diverses tâches. Grosjean et Lacoste (1999) déterminent trois niveaux d'articulation en milieu hospitalier :

- Une organisation institutionnelle à l'hôpital : « *définition des rôles professionnels et des fonctions, division du travail, allocation des tâches, organisation du temps et des roulements, règles générales du travail, [...] organisation d'outils de communications* » (p.167) ;
- Des règles spécifiques au service : « *modes d'organisation de la sectorisation, coopération entre catégories, organisation des communications orales et écrites, procédures d'organisation du travail, procédures techniques* » (p.167) ;
- Une articulation des professionnels « *centrée [...] sur le devenir de chacun des malades* » (p.168).

c. Le contrôle de la division du travail par les médecins

Pour Nettleton (1995, p.197), « *medicine secured not only the autonomy to regulate itself but also the authority to define the tasks and boundaries of other* ». Les médecins possèdent cette autorité sur tous ceux que Freidson (1984) appelle paramédicaux. Il précise que ce contrôle s'effectue car la formation des paramédicaux est souvent faite par les médecins. De plus, les paramédicaux agissent sur prescription médicale. Ainsi, « *la division des tâches paramédicales constitue un système de strates dans lequel les métiers sont de près ou de loin disposés autour du travail du médecin* » (p.62) et « *s'organise autour d'une profession dominante et [...] en subit le contrôle* » (p.59).

Ainsi, Carricaburu et Ménoret (2004), reprenant Kutty (1975), distinguent deux formes relationnelles : une forme égalitaire (relations directes, faible hiérarchisation, place de l'affectif) où les relations peuvent être considérées comme horizontales, et une forme hiérarchique (valorisation des techniques, hiérarchie) où les relations sont alors verticales.

4. Composé d'acteurs...

d. Des acteurs au sein d'un système

On s'intéresse ici à l'action des professionnels au sein d'un collectif, ainsi on « *ne peut pas se désintéresser de l'acteur qui est l'auteur de cette action* » (Friedberg, 1997, p.203). Le comportement des acteurs dépend de leur vécu personnel et de leur personnalité, mais également de la situation et de ses contraintes. L'acteur ne peut agir qu'au sein d'un système donné, qui définit sa marge de liberté et son rôle. Le système, quant à lui, n'existe qu'au travers de ses acteurs, qui le font vivre et évoluer.

Au sein d'un service hospitalier, les acteurs s'inscrivent dans le collectif qu'est l'équipe. Cette équipe est composée de nombreux professionnels : médicaux, paramédicaux et non-médicaux. Cette notion d'équipe varie en fonction du point de vue adopté et de la situation : « *elle va du petit groupe infirmier ou aide-soignant associé dans les mêmes roulements jusqu'à un ensemble vaste pouvant comporter médecins, surveillante, infirmières, aides-soignants, personnels non médicaux* » (Grosjean & Lacoste, 1999, p.53-54).

De plus, les patients peuvent également être considérés comme des acteurs du système : en effet, ils ne peuvent être isolés de leur propre prise en charge et leurs actions vont avoir des conséquences sur l'ensemble du système.

e. L'orthophoniste, acteur du système

L'orthophoniste, en tant que membre de l'équipe, est donc un acteur à part entière, avec ses compétences et son regard spécifique. Il travaille en interdépendance avec les autres professionnels au sein du service hospitalier. Il doit coordonner ses prises en charge et ses projets avec ceux des autres acteurs, et ce en fonction des contraintes du système. Il est « *plus ou moins un agent d'articulation [et ce qu'il] coordonne peut être étroit ou vaste, représenter une part implicite ou explicite de son travail* » (Strauss, 1992, p.239).

f. Le rôle clé joué par les personnes ressource

Nous reprendrons le terme de « *personne ressource* » de Grosjean et Lacoste (1999, p.188) que nous définirons comme « *une personne, un responsable qui est l'« anima » du groupe, une figure, qui elle-même tient au projet, l'aime, le représente à l'extérieur et à*

laquelle le projet ou le service va s'identifier » (p.193). On peut également la désigner sous les termes de pivot ou de pilier. Dans un service hospitalier, elle maintient la structure et la cohésion du service. Le pilier est « *au centre des principales logiques à l'œuvre dans l'unité et peut, par [sa] place centrale [...] et [son] lien privilégié [...] avec chacun, devenir le régulateur central, permettant rencontres, compromis, concessions, travaux en commun* » (Gonnet, 1992, p.176). Son rôle est fondamental dans l'articulation, en effet, il doit « *amener à [faire] coopérer des acteurs dont les objectifs, les logiques d'action, les intérêts et le langage ne sont pas identiques* » (Grosjean & Lacoste, p.192).

Ces personnes ressource, Friedberg (1997, p.169-170) les définit comme « *des acteurs qui se trouvent en position d'arbitres [...] et qui] assurent donc de fait sinon de droit une partie de la régulation en opérant les ajustements et les équilibrages entre acteurs, sans lesquels le système s'étiolerait* ».

Strauss (1992) explique que, dans un service, les personnes ressource réalisent un travail d'articulation à différents niveaux d'organisation :

- Le médecin qui dirige et supervise le travail des différents acteurs « *pour ressaisir l'ensemble, veiller à la mise en cohérence de projets parfois contradictoires, arbitrer éventuellement en cas de conflits, mais aussi appliquer les innovations* » (Grosjean & Lacoste, p.193).
- Les personnes « *qui organisent, mettent en route, supervisent et monitorent les tâches demandées ou ordonnées par le médecin* ». (Strauss, p.197). Il a été montré que ce rôle est souvent joué par le cadre infirmier qui connaît le travail infirmier pour l'avoir pratiqué, et est l'interlocuteur direct du médecin et de l'équipe soignante (Gonnet).
- Des acteurs dans certaines des tâches particulières qui leur incombent. L'orthophoniste, en tant qu'acteur, peut alors prendre une place de personne ressource, dans les tâches qui entrent dans ses compétences propres.

5. En interaction les uns avec les autres.

Nous nous intéressons ici aux interactions dans la perspective interactionniste de l'école de Chicago. Pour Strauss (1992), les interactions sont des « *processus de coordination des activités, [que l'on doit resituer] dans le contexte précis de leur déroulement* » (p.14). Gonnet (1992) explique que les interactions sont nécessaires aux acteurs pour leur interconnaissance : la connaissance des interventions de chacun auprès des patients

permet au professionnel concerné de mettre en place une prise en charge d'autant plus adaptée. Les acteurs peuvent alors gérer leurs interdépendances et ainsi aboutir à une collaboration, qui sera d'autant plus efficace si « *le système de communication et d'information [répond] à deux critères* » (Gonnet, p.170) : que chacun trouve sa place auprès du patient et dans le résultat de l'action de l'ensemble des professionnels, et que chacun comprenne la finalité des interventions des autres acteurs. Ainsi, chacun « *se sent à sa place, respecte, comprend ce que font les autres et s'en sert et, les malades ressentent immédiatement cette coopération [...], ce qui les rassure énormément. L'interdépendance obligée se transforme en une réelle interaction* » (Gonnet, p.170-171).

Les acteurs étant nombreux dans un service hospitalier, communications et interactions sont « *plurielles et s'insèrent dans un processus de travail continu et collectif* » (Grosjean & Lacoste, p.60). Les échanges entre les partenaires se déroulent lors d'interventions communes, durant les soins et pour transmettre des informations précises. Strauss (1992) précise qu'une absence de communication entre les partenaires peut entraîner des dysfonctionnements qui désarticulent le travail.

Les acteurs n'interagissent pas uniquement pour se transmettre des informations ou pour résoudre des problèmes, particulièrement dans des services lourds (fin de vie, pédiatrie, gériatrie, réanimation...), où il est important qu'ils communiquent également sur leurs ressentis. Les échanges « *sont [...] souvent purement gratuits, ils servent aussi à bavarder, à construire une image de soi et des autres, à se donner une représentation du monde, à échanger, sans autre but* » (Friedberg, 1997, p.79).

D'Amour, Sicotte et Lévy (1999) définissent différentes caractéristiques interactionnelles de la collaboration : la cohésion (entente entre les acteurs, motivation), la confiance, la communication, les conflits, le leadership et le climat général. Ces déterminants vont avoir une influence sur les comportements des acteurs en interaction et donc sur leur travail en commun.

1.2. Les modes d'interaction entre acteurs

« *C'est avant tout grâce [au langage] que les acteurs tissent et élaborent leurs relations sociales quotidiennes* » (Grosjean & Lacoste, 1999, p.12). En effet, il s'agit d'un moyen privilégié de réajustement de l'information. Le langage dans l'interaction permet, en peu de mots, d'avoir une information complète (grâce aux inférences, chaînes anaphoriques, connaissances communes, contexte...). Mais, cela présente un risque de mauvaise

compréhension si un ou plusieurs éléments (vocabulaire spécifique, termes employés...) divergent entre les interlocuteurs. La communication non verbale a également une grande importance dans les interactions, en effet elle vient compléter le langage. Les moyens de communication mis en place diffèrent selon l'organisation de chaque service hospitalier : certains services privilégient la communication formelle, d'autres l'informelle ; certains l'écrit, d'autres l'oral.

1.3. L'orthophoniste, spécialiste du face à face

La notion de face à face est issue des travaux de Goffman, un des principaux représentants de l'interactionnisme de Chicago. On parle de face à face lorsque les deux participants de l'interaction sont en présence l'un de l'autre. L'interaction de face à face « *est façonnée par l'espace, le mouvement, la disposition respective des personnes* » (Grosjean & Lacoste, 1999, p.22), la proxémique et les attitudes de communication non verbale. La relation de face à face est caractérisée par « *la mise en œuvre de compétences communicationnelles, de processus de cadrage situationnels, la confrontation d'une connaissance ordinaire et d'une connaissance savante* » (Grosjean & Lacoste, p.25).

De par sa formation, ses connaissances des modes de communication et son champ de compétences, on peut considérer l'orthophoniste comme un spécialiste du face à face, avec un regard spécifique sur les interactions et avec des stratégies d'écoute et de communication particulières.

1.4. TRAVAIL D'EQUIPE ET COLLABORATION

6. L'orthophonie en milieu hospitalier

Le dictionnaire d'orthophonie (Brin, Courrier, Lederlé & Masy, 2004) explique que l'orthophonie est une profession paramédicale récente comportant trois axes majeurs : dépister, évaluer et rééduquer. Perdrix (2007, p.152) précise que l'orthophoniste « *doit puiser dans des champs connexes et multiples des fondements théoriques propres à éclairer sa pratique. Cette pluridisciplinarité [le] place de facto face à des inférences plurielles (médecine, neurosciences, psychologie, linguistique...)* ».

L'orthophoniste peut exercer son activité en libéral ou en salariat, dans le secteur privé ou public (milieu hospitalier). L'activité hospitalière offre aux orthophonistes la possibilité d'exercer dans divers services : psychiatrie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, gériatrie,

neurologie, rééducation fonctionnelle... Ces services se distinguent suivant les pathologies et les populations rencontrées mais aussi suivant la durée d'hospitalisation. Le temps de présence des orthophonistes variera en fonction de chaque service.

a. Un champ de compétences déterminé

Un décret de compétences réglemente l'exercice de la profession d'orthophoniste. Le dernier en date est paru en mai 2002 : *Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste (J.O. du 4 mai 2002)*.

Celui-ci décrit les actes que l'orthophoniste est apte à réaliser dans différents domaines : l'expression orale ou écrite (rééducation du langage oral ou écrit, de l'articulation, de la parole, de la phonation...), l'oto-rhino-laryngologie (rééducation de la voix, des fonctions de déglutition et oro-faciales, de l'insuffisance vélaire...) et la neurologie (rééducation de la dysarthrie, de la dysphagie, du langage oral ou écrit et des fonctions de communication suite aux lésions cérébrales focales et aux lésions cérébrales dégénératives). Toutes ces compétences permettent à l'orthophoniste d'être « *détenteur d'un savoir spécifique* » et d'aider le patient « *par son savoir-faire et son savoir-être* » (Ponzio, Lafond, Degiovani & Joannette, 1991, p.117).

b. Construire son identité professionnelle

Le milieu hospitalier se caractérise par la présence de différentes catégories professionnelles amenées à se côtoyer et donc à entrer en interaction. L'orthophoniste va alors devoir se forger une identité professionnelle pour pouvoir asseoir ses spécificités par rapport aux autres. Ainsi Gonnet (1992), lors d'une étude d'une quarantaine de services hospitaliers à travers quelques six cent entretiens, a défini l'identité professionnelle comme l'ensemble des « *normes, valeurs, règles qui constituent les références de base d'une profession et auxquelles les membres de cette profession s'identifient en les faisant leurs* » (p.158).

L'identité professionnelle se construit sur la base de l'expérience de l'orthophoniste, de sa formation, mais également de la perception que les autres professionnels ont de l'orthophonie ainsi que des actions collectives qu'ils réalisent ensemble (Dubar, 1999). Il existe donc un va-et-vient permanent entre l'identité professionnelle et le travail en collaboration : lorsque les professionnels travaillent ensemble, ils se doivent de veiller à bien définir leur identité professionnelle et à ce qu'elle soit reconnue ; celle-ci va à son

tour permettre une meilleure collaboration, le travail de chacun étant bien délimité : « *l'identité professionnelle reconnue favorise la collaboration interprofessionnelle et cette collaboration renforce les identités professionnelles* » (Resweber, 2000, p.114).

7. La pluridisciplinarité et l'interprofessionnalité

c. Des notions imbriquées mais à distinguer

La pluridisciplinarité se distingue de l'inter- et de la transdisciplinarité par plusieurs aspects.

La pluridisciplinarité se définit au sens de De Béchillon (1997) comme l'association de plusieurs disciplines qui conservent chacune leur regard particulier. Tous les professionnels concourent à un même objectif, contrairement à l'interdisciplinarité où chacun poursuit son propre but (Morin, 1997).

La pluridisciplinarité se différencie de la transdisciplinarité dans le sens où les professionnels conservent leur spécificité et leurs méthodes. La transdisciplinarité, quant à elle, se caractérise par le dépassement des frontières entre les professions.

Rostaing (2007, p.161), ayant dirigé le mémoire d'orthophonie de Chabosy et Pressiat (2004), souligne, dans un article de synthèse, que « *le fait d'exercer cette profession [d'orthophoniste] à l'hôpital, [...] entraîne de facto des effets sur la pratique, en particulier la nécessité de travailler en équipe avec d'autres professionnels* ». En effet, toutes les professions poursuivent un but commun dans la prise en charge du patient, tout en respectant « *le pluralisme des opinions, des arguments et des jugements* » (Resweber, 2000, p.41). D'après ces définitions, ce terme de pluridisciplinarité nous paraît le plus adapté à la prise en charge des patients en post-réanimation et au travail de l'orthophoniste dans ce cadre.

Au sein d'une équipe pluridisciplinaire, la collaboration interprofessionnelle permet aux différents professionnels de mobiliser leurs compétences pour la réalisation d'un objectif commun. Pluridisciplinarité et collaboration interprofessionnelle sont souvent intrinsèques à l'activité en milieu hospitalier.

Au sens de D'Amour, Sicotte et Lévy (1999), la collaboration interprofessionnelle, ou interprofessionnalité, s'entend « *comme la structuration d'une action collective, ce qui implique [...] être en présence d'acteurs stratégiques qui développent un ordre local à*

l'intérieur des contraintes de l'organisation et qui utilisent leur pouvoir pour négocier et stabiliser leurs interactions » (p.77). Friedberg (1997) insiste, quant à lui, sur l'interdépendance des acteurs en situation d'interprofessionnalité.

d. Un modèle de la collaboration interprofessionnelle

D'Amour et al. (1999) ont modélisé la structuration de l'interprofessionnalité dans les services de santé au Canada, en empruntant les quatre aspects de l'approche organisationnelle proposés par Friedberg (1997). Ainsi, ils parlent de formalisation, de finalisation, de prise de conscience et intériorisation, et de délégation dans la collaboration interprofessionnelle.

La formalisation définit des règles permettant de réguler les interactions entre professionnels. Elle a une influence considérable sur l'interprofessionnalité : l'établissement de règles peut aller jusqu'à obliger les acteurs à collaborer.

« La finalisation concerne l'existence de buts formulés et l'intégration de ces buts à l'action » ainsi que la réutilisation des *« résultats de leur collaboration dans leurs interactions »* (*« prises de décisions communes », « action collective »...*) pour l'améliorer (D'Amour et al., p.80).

Les acteurs sont conscients de leurs interdépendances : c'est la dimension de l'intériorisation. Il est souvent malaisé pour les professionnels d'aller au-delà d'une action complémentaire, en vue de former une véritable action collective, dans un but commun. Toujours selon D'Amour et al., la collaboration interprofessionnelle, telle qu'elle est vécue par les professionnels a trois caractéristiques :

- le processus d'interconnaissance, c'est-à-dire l'importance de connaître le travail des autres professionnels afin de collaborer ;
- l'établissement d'une relation de confiance entre professionnels ;
- le partage des territoires professionnels. Il existe, dans toute tâche, des *« zones limitrophes »* (D'Amour et al., p.83) qui peuvent poser problèmes du fait de leur partage entre plusieurs professions.

Enfin, la dernière dimension de l'interprofessionnalité est la délégation des responsabilités à d'autres acteurs et les conséquences qu'elle va avoir sur la collaboration interprofessionnelle.

Ces quatre dimensions sont interdépendantes et « *bien qu'elles soient constamment présentes à toute action collective, leur intensité et leur mise en œuvre varient selon les situations et le contexte spécifique à chaque action* » (D'Amour et al., p.78).

e. Mettre en place la collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle vise à améliorer la qualité et l'efficacité du travail et de la prise en charge. En effet, les professionnels « *accèdent alors à une vision globale des situations, qui leur est indispensable pour poser un juste diagnostic* » (Resweber, 2000, p.111).

De plus, elle renforce l'identité professionnelle. Chaque professionnel doit définir son territoire et prendre conscience des limites de ses compétences. Pour travailler en collaboration, le professionnel doit accepter d'enrichir ses compétences tout en conservant ses fonctions et outils spécifiques. En effet, tous les professionnels doivent avoir des « *savoirs communs* » (Grosjean & Lacoste, 1999, p.187) afin de travailler en interprofessionnalité.

La collaboration interprofessionnelle implique pour chaque professionnel des « *savoir-comprendre* » (permettant et facilitant l'interconnaissance), des « *savoir-combiner* » (correspondant à l'articulation du travail) et des « *savoir-faire* » (Hatchuel & Weil, 1992, cité par Grosjean & Lacoste, p.187). Ces savoir-faire sont de trois ordres : techniques (compétences acquises grâce à la formation initiale et à l'expérience), organisationnels (tous les moyens mis en place par le service et l'hôpital pour permettre aux professionnels de travailler ensemble) et communicationnels (tous les moyens qu'ont les acteurs de communiquer ensemble et de mieux se connaître).

Tout ce que nous avons décrit ici sur la pluridisciplinarité et la collaboration peut être appliqué à un service particulier, comme un Service de Rééducation Post-Réanimation. L'orthophoniste va ainsi devoir s'intégrer à cette équipe pluridisciplinaire et y trouver sa place.

1.5. LE TRAVAIL EN SERVICE DE POST-REANIMATION

8. Les patients accueillis en SRPR

Les Services de Rééducation Post-Réanimation (SRPR) accueillent essentiellement des patients en éveil de coma et des blessés médullaires. Lorsque ces patients sont stables sur le plan médical et sur le plan des fonctions vitales, ils peuvent être transférés du service de réanimation vers le SRPR (Conférence de consensus du 5 octobre 2001 à Bordeaux).

a. L'éveil de coma

Nous retiendrons la définition de Plum et Posner (1983), qui décrit le coma comme « *un état de non réponse dans lequel le sujet repose les yeux fermés et ne peut être éveillé* » (p.6). Le coma se caractérise par l'absence de réactions aux stimuli intéroceptifs et extéroceptifs ; il correspond à l'abolition de la vigilance, de la conscience de soi et donc, des possibilités de communication et de relation.

Son intensité et sa profondeur varient, il peut être causé par des étiologies différentes dont les principales sont le traumatisme crânien et l'accident vasculaire cérébral (AVC). Ce dernier correspond à l'obturation ou au déchirement d'une artère ou d'une veine cérébrale « *entraînant un ramollissement ou une nécrose du territoire impliqué* » (Brin et al., 2004, p.2), à l'origine de troubles divers.

Richer et al. (1995) définissent différentes phases cliniques de l'éveil de coma :

- La phase végétative commence à l'ouverture des yeux « *sans manifestation de conscience* » (p.20).
- La phase de manifestation de conscience réactive (phase d'état pauci-relationnel), pendant laquelle le patient ne répond qu'aux stimulations. Ces réponses sont « *immédiates, simples et brèves* » (p.20). Le patient évolue vers une conscience progressive de son environnement et commence à communiquer avec son entourage.
- Le stade des premiers échanges relationnels correspond au « *début de la prise de conscience de soi et à la fin de la phase d'éveil* » (p.20).

Le coma ainsi que l'éveil peuvent être mesurés et évalués par deux outils principaux permettant d'adapter et d'améliorer la prise en charge. Leur choix « *dépend des objectifs d'évaluation mais aussi de l'état de conscience du patient* » (Schnakers, Majerus & Laureys, 2004, p.372). La Glasgow Coma Scale (GCS, 1972) définit la profondeur et l'intensité du coma. La Gavelston Orientation and Amnesia Test (GOAT, 1979) évalue, quant à elle, l'amnésie post-traumatique. La fin de celle-ci note la sortie de

la phase d'éveil (conférence de consensus du 5 octobre 2001 à Bordeaux, p.7). Cette conférence de consensus précise qu'il existe une autre technique d'évaluation de l'éveil : les potentiels évoqués, qui permettent d'évaluer l'activité du tronc cérébral et des aires corticales. « *L'apport de ces techniques au stade aigu concerne le pronostic, le diagnostic et le suivi* » (p.11). Ils permettent d' « *identifier le locked-in syndrome [...] et le mutisme akinétique* » et sont prédictifs « *du réveil [...] et des] capacités conscientes résiduelles* » (p.13), sans pour autant préjuger de l'aspect qualitatif de l'éveil.

La période d'éveil reste difficile à définir et problématique en raison des nombreuses incertitudes régnant sur les pronostics et l'évolution du patient, sur les traitements, sur la place et le rôle de la famille, ainsi que sur le vécu des soignants.

b. Les blessés médullaires

Il s'agit d'une lésion de la moelle épinière survenant dans la majorité des cas chez les sujets jeunes et en bonne santé. Ces lésions peuvent avoir une origine traumatique ou médicale et provoquent une « *perte de la motricité dans la région sous-lésionnelle [à laquelle s'ajoutent] la perte de la sensibilité et des perturbations du système nerveux autonome* » (Theisen, 2006, p.222). L'atteinte médullaire peut entraîner une paralysie plus ou moins importante des muscles respiratoires en fonction de la hauteur de la lésion. Les patients arrivant en SRPR sont encore dépendants d'oxygène, d'assistante respiratoire partielle et sont souvent trachéotomisés. Ils ont donc encore partiellement besoin de surveillance et de soins importants.

9. La prise en charge

Cohadon, Castel, Richer, Mazaux et Loiseau (1998) expliquent que la situation d'éveil de coma est relativement nouvelle. Les récents progrès de la médecine, et en particulier de la réanimation, ont fait s'accroître le nombre de patients en éveil de coma. Il a ainsi fallu créer des structures adaptées.

c. Les filières de soins

Le rapport d'activité 2003 de la coordination des soins de suite et de réadaptation « Rhône - Réadaptation » fait remarquer que les patients qui, à la sortie d'un coma traumatique ou vasculaire, conservent des incapacités (au sens de l'OMS) faisant obstacle à leur retour à domicile, sont pris en charge en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

Ces services de SSR regroupent trois types de structures : Service de Rééducation Post-Réanimation (SRPR), Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) et soins de suite médicaux. Cependant, comme le souligne Kiefer (2002), il existe des différences entre les régions « *liées à l'offre de soins, aux réseaux existants, aux habitudes des intervenants* » (p.18). Afin d'orienter au mieux chaque patient, il est nécessaire de bien connaître les particularités de chacune de ces structures.

Dans le cadre de notre recherche, nous nous intéressons plus particulièrement au SRPR. Dans ce service, comme l'explique le rapport d'activité 2003, « *commence la rééducation et la réadaptation immédiatement en phase de post réanimation en introduisant les techniques de la MPR* » (p.11). Le SRPR propose une prise en charge adaptée aux patients en éveil de coma, nécessitant une surveillance clinique accrue, permise par un nombre important de soignants pour un nombre limité de lits. Cela dans le but d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle.

d. Une prise en charge spécifique

1.5.2. La trajectoire de soins

Chaque malade s'inscrit au sein d'une trajectoire particulière. Ainsi, Strauss (1992) indique que la trajectoire de soins « *fait référence [...] au développement physiologique de la maladie de tel patient, [...] à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, [...] au retentissement que ce travail et son organisation [ont] sur ceux qui s'y trouvent impliqués* » (p.143). Cette trajectoire fait intervenir un grand nombre de personnes, qui doivent se coordonner pour réaliser un objectif commun les engageant tous (professionnels, famille, patient). En effet, durant la période d'éveil et de reprise de conscience décrite par Cohadon et al. (1998), l'évolution et la prise en charge de ces patients sont longues, complexes et nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire.

1.5.3. Une prise en charge pluridisciplinaire

Cohadon et al. (1998) insistent sur l'importance d'une approche globale centrée sur le patient en tant que personne avec son histoire, sa famille et son entourage, son mode de vie... La prise en charge se doit donc d'être globale, c'est-à-dire de donner autant d'importance à la dimension technique qu'à la dimension relationnelle et humaine, et ainsi d'éviter, comme cela est souvent le cas, « *[to] the body [...to be] viewed as a complex machine apart from a mind* » (Annandale, 1998, p.6). Le patient est alors

considéré comme une personne à part entière et non « *comme une addition de symptômes* » (Cohadon et al., p.202).

Plusieurs médecins et rééducateurs (Roger-Dalbert, Bret & Delestrade, 1995 ; Tasseau, Ducret, Laissus & Chougrani, 2005) concluent également à l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire de ces patients, et ce, le plus tôt possible. Arné, in Barat et Mazaux (1986), explique que la « *rééducation et la réadaptation [nécessitent un] investissement de la part d'une équipe polyvalente, [...] où l'engagement de chacun reste un facteur déterminant* » (préface, VII). Cette équipe est formée de nombreux professionnels médicaux et paramédicaux : médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, psychologues... (Barat & Mazaux ; Cohadon et al. ; Roger-Dalbert et al.).

Ainsi, chaque professionnel a une place et un rôle particuliers auprès du patient afin d'améliorer ses possibilités fonctionnelles et d'en assurer la sécurité médicale.

1.5.4. La prise en charge orthophonique

La prise en charge orthophonique consiste en grande partie en stimulations multisensorielles. Roger-Dalbert et al. (1995) décrivent la pratique de l'orthophoniste en SRPR. Elle consiste à améliorer les capacités de déglutition par un travail de sollicitations de la motricité bucco-linguo-faciale et à effectuer des essais déglutition dès que possible. Elle vise également à améliorer les capacités de phonation par le travail de cette même motricité, par la mise en place de la valve de phonation (chez les patients trachéotomisés)... De plus, elle cherche à améliorer les capacités de communication verbale et non verbale du patient par l'établissement et la fiabilisation d'un code de communication grâce à une « *observation attentive* » (p.39) du patient et par la rééducation des troubles du langage. Enfin, les orthophonistes évaluent et prennent en charge les fonctions cognitives : troubles mnésiques, troubles praxiques et gnosiques, difficultés d'orientation temporo-spatiale...

Sa prise en charge consiste à favoriser l'éveil en effectuant des sollicitations pour réafférenter, et des stimulations pour obtenir des réponses. Le rôle de cette rééducation est de « *créer autour du comateux qui s'éveille un environnement favorable, riche en stimulation [...] accueillant et sécurisant* » (Mazaux & Barat, 1986, p.40).

Toutes ces spécificités de l'orthophoniste s'associent au travail des autres professionnels pour une prise en charge pluridisciplinaire : les spécificités de chacun s'inscrivent dans un ensemble pour une prise en charge globale de chaque patient.

10. La famille : un appui indispensable à la prise en charge pluridisciplinaire

Pelissier, Barat et Mazaux (1991) étendent cette idée de prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient et de sa famille. La présence et l'intervention de la famille dans la prise en charge sont fondamentales car celle-ci permet à l'équipe soignante de mieux connaître le patient et d'en cerner la personnalité ; « *elle est pour nous le témoin et le conservateur de l'histoire du blessé* » (Cohadon et al., 1998, p.209). Elle apporte des informations complémentaires qui sont nécessaires à une prise en charge adaptée. La famille est également un témoin privilégié de certaines manifestations de conscience ou progrès du patient (Conférence de consensus du 5 octobre 2001 à Bordeaux ; Cohadon et al.). Gronwald, in Lezak (1989), insiste sur le rôle des familles dans les observations lors de la phase d'éveil à proprement parler. Elles sont attentives au moindre signe d'éveil : « *[they] are intent observers but cannot be expective to be objective [...] The specificity and frequency of the responses that they report can be very useful in assessing progress* » (p.21). Elle a donc une place essentielle pour humaniser l'éveil (Roger-Dalbert et al., 1995).

Pour Pélissier et al., la place de la famille est diversement appréciée par les équipes soignantes dans le milieu hospitalier. Son rôle est mal défini, ce qui peut entraîner des conflits. Les auteurs insistent donc sur l'importance d'une communication claire de la politique d'organisation des soins. Le discours de l'équipe se doit d'être informatif, progressif et empreint de vérité, notamment quant au pronostic et à l'état du patient.

Ces deux pôles autour du patient, constitués par l'équipe et la famille, devront nécessairement s'investir et coopérer pour permettre une prise en charge efficace et adaptée à chaque patient. Il s'agit d'une véritable collaboration active de chacun des deux pôles. L'objectif de cette équipe pluridisciplinaire est de « *développer en collaboration et avec cohérence cette communication au travers d'une prise en charge globale adaptée au patient où la famille apporte le versant affectif indispensable* » (Roger-Dalbert et al., p.36).

Chapitre II
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

I. PROBLEMATIQUE

En regard de ces données théoriques, nous pouvons nous interroger sur la place de l'orthophoniste avec ses compétences spécifiques, et sur l'articulation de son travail dans une équipe pluridisciplinaire, et ce dans un contexte très particulier qu'est un Service de Rééducation Post-Réanimation (SRPR). En effet, un service hospitalier peut être assimilé à un système d'action, composé d'acteurs (les différents professionnels) en interaction les uns avec les autres ; ces acteurs sont donc interdépendants et agissent dans un but commun. L'équipe pluridisciplinaire est amenée à travailler en collaboration interprofessionnelle, ce qui nécessite pour chacun d'affirmer son identité professionnelle et d'articuler ses tâches à celles des autres. Dans ce contexte, nous chercherons à étudier l'interprofessionnalité au sein d'une équipe pluridisciplinaire, et, plus particulièrement, à observer :

- Comment l'orthophoniste articule son action à l'ensemble du travail de l'équipe pluridisciplinaire en vue de former une véritable action collective, dans un but commun ;
- Comment les différents professionnels perçoivent sa place en terme de compétences spécifiques et d'articulation.

II. HYPOTHESES

En réponse à ces différentes questions, nous formulons une première hypothèse :

La communication et l'interprofessionnalité au sein du SRPR sont favorisées et facilitées par la présence de personnes ressource et par la mise en place d'outils de travail spécifiques. Ces dispositifs permettent à l'orthophoniste d'articuler son action à l'ensemble du travail de l'équipe pluridisciplinaire. Si cette hypothèse est validée, nous tâcherons alors de déterminer quels sont ces outils et qui sont les piliers dans ce service particulier.

Deux hypothèses essentielles découlent de la première :

La communication et l'interprofessionnalité, ainsi favorisées et facilitées, vont permettre aux différents professionnels de l'équipe pluridisciplinaire une meilleure interconnaissance des professions et de leurs champs de compétences respectifs.

Ainsi l'orthophonie et l'orthophoniste seront connus et reconnus par les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Chapitre III
PARTIE EXPERIMENTALE

I. INTRODUCTION

L'étude d'un service hospitalier sur le versant de la collaboration interprofessionnelle pose le problème de savoir comment rendre compte de son fonctionnement en restant au plus proche de la réalité. Il nous a fallu trouver le moyen d'avoir une vision d'ensemble, non tronquée. L'approche qualitative nous a immédiatement semblé la plus appropriée pour ce travail. Nous avons donc opté pour deux méthodes d'analyse : l'entretien semi-directif essentiellement et l'observation directe participante en complément. Il nous semblait en effet intéressant de pouvoir confronter ce que nous avons pu observer de la collaboration interprofessionnelle dans ce service ; et le point de vue des acteurs du service eux-mêmes, collecté lors d'entretiens semi-directifs. Nous nous plaçons ici dans un protocole de recherche axé sur le versant des sciences sociales. Nous utilisons, entre autre, le point de vue interactionniste qui met en lien les deux approches : l'observation des comportements des individus, ainsi que l'interprétation et l'analyse « *[du] sens que les acteurs donnent aux événements et à leurs actions* » (Grosjean & Lacoste, 1999, p.9). Ces deux méthodes sont complémentaires car elles permettent « *d'effectuer un travail d'investigation en profondeur qui [...] présente un degré de validité satisfaisant* » (Quivy & Van Campenhoudt, 1995, p.180).

II. PROTOCOLE DE RECHERCHE

11. L'observation directe participante

L'observation vise à considérer des faits dans le but de les connaître, de les comprendre et de recueillir des informations à leur sujet (Loubet del Bayle, 2000). On parle d'observation participante quand l'observateur devient progressivement acteur : il est en relation directe avec ces acteurs et est intégré parmi eux. Quivy et Van Campenhoudt (1995, p.200) précisent que cette modalité d'observation « *consiste à étudier une communauté durant une longue période, en participant à la vie collective. Le chercheur en étudie alors les modes de vie, de l'intérieur et dans le détail, en s'efforçant de les perturber aussi peu que possible.* » Cette méthode d'analyse permet d'avoir une vision plus complète et moins artificielle du phénomène étudié. Néanmoins, elle comporte également des inconvénients : en s'intégrant au milieu observé, le chercheur peut perdre son œil critique, et en aura une vision de plus en plus subjective.

L'analyse par observation nous est apparue nécessaire afin d'avoir une première idée du fonctionnement du Service de Rééducation Post-Réanimation (SRPR) et ainsi recentrer notre recherche sur les phénomènes les plus pertinents. Elle vient en complément nécessaire à l'enquête par entretiens car « *on ne peut se contenter de l'opinion des acteurs : le thème est trop exposé aux rationalisations, comme à l'oubli des détails ; il est également souvent frappé d'insignifiance aux yeux des acteurs, du fait de la routine qui entoure les événements quotidiens* » (Grosjean & Lacoste, 1999, p.47).

a. Mise en place de l'observation participante

Une des questions centrales qui se pose dans la mise en place d'observations est la place de l'observateur et son rapport à ce qui est observé : « *entre distance et familiarité, entre implication et objectivation, entre participation et retrait, entre valorisation de la ressemblance ou de l'altérité* » (Grosjean & Lacoste, 1999, p.48). Le chercheur doit ainsi se familiariser peu à peu au milieu observé, s'imprégner des « *réalités quotidiennes* » (Grosjean & Lacoste, p.48), des règles explicites et implicites établies entre les acteurs et prendre progressivement sa place parmi eux.

Nous avons donc effectué nos observations dans le service étudié en prenant la place de stagiaire orthophoniste. Notre place d'observateur était ainsi justifiée : d'une part auprès de l'administration (conventions de stage et d'expérimentation), et d'autre part auprès des professionnels du service (port de la blouse blanche, position de stagiaire accompagnant l'orthophoniste et permettant la prise de notes). Ainsi, personne n'était au courant de notre recherche lors des observations : les professionnels n'ont été informés de la réalisation de notre mémoire qu'à la fin des différentes sessions, lorsque nous avons commencé à faire appel à eux pour les entretiens. Nous sommes alors restées très évasives sur le thème de notre recherche : l'étude du travail dans un Service de Rééducation Post-Réanimation ; ceci afin de ne pas influencer les professionnels dans leurs réponses.

Cette place de stagiaire orthophoniste nous a permis d'être assez libres dans le service. Nous avons ainsi pu accéder à l'ensemble des zones géographiques de l'unité, aux dossiers des patients, rencontrer les professionnels, les patients et leur famille et également assister aux réunions.

Nos observations se sont déroulées en trois sessions : en premier lieu, l'une de nous a été stagiaire dans le service pendant cinq mois (de février à juin 2007), à raison d'une journée

par semaine, auprès d'une seule orthophoniste ; puis la seconde a été observatrice pendant une semaine complète (en août 2007) auprès des deux orthophonistes du service ; enfin, pour la dernière session, nous y sommes allées ensemble, pendant un mois (novembre 2007), à raison d'une demi-journée à une journée par semaine, auprès de la même orthophoniste que lors de la première session. Nous avons ainsi cherché à avoir une vision la plus large possible du SRPR.

Au début de notre expérimentation, deux orthophonistes travaillaient ensemble depuis un an et demi. L'une d'elles a quitté le service au cours de la première période d'observation. Entre les deux premières sessions, une orthophoniste de l'hôpital a pris sa suite dans l'unité. Notre étude s'étant déroulée pendant cette période charnière, nous avons donc suivi le plus souvent la même orthophoniste.

Nous avons choisi une modalité d'observation « *constante, informelle, d'ouverture à ce qui se passe, procédant par notation d'éléments significatifs, dont le support est le carnet de notes* » (Grosjean & Lacoste, 1999, p.49). Nous avions des objectifs d'observation en tête avant de débiter les différentes sessions que nous n'avons cependant pas formalisés dans une grille. Nous nous sommes ainsi attachées à observer les interactions entre l'orthophoniste et ses différents partenaires (professionnels, patients, familles), les modalités de travail en équipe, les différents moyens de communication. Tout en restant ouvertes à tout ce qui se déroulait autour de nous, pour rester dans une appréhension globale du travail dans le service étudié. Nous avons ainsi pris en notes sur un carnet tous les éléments nous paraissant significatifs.

b. Analyse des observations

Les différentes sessions d'observation nous ont tout d'abord permis d'avoir une représentation générale du travail en SRPR et de l'organisation du service.

À partir des notes prises lors des différentes sessions d'observation, nous avons réalisé une synthèse des éléments les plus significatifs : un tableau des interactions d'un orthophoniste pendant une demi-journée (cf. Annexe IV), la synthèse d'une journée-type de l'orthophoniste (cf. Annexe V) ainsi que des descriptions des différents types de réunions (cf. Annexe VI). À partir de là, nous avons pu retirer les éléments les plus prégnants concernant l'organisation du service, les relations entre les professionnels, le travail en équipe, la place de l'orthophoniste au sein de cette équipe, l'articulation du travail de l'orthophoniste à celui des autres professionnels...

De plus, les éléments nous paraissant les plus pertinents ont servi de base pour la préparation des entretiens et des guides d'entretien. Enfin, nous avons comparé ces observations avec ce qui nous a été livré par les différents professionnels au cours des entretiens.

12. Les entretiens semi-directifs

L'entretien est « *un procédé d'investigations scientifique, utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé* » (Grawitz, 2001, p.644). Il consiste donc en une collecte d'informations par le biais d'un échange oral entre un intervieweur et un interviewé en situation d'interaction. Il s'agit, par cette méthode, d'« *approcher des individus en contact entre eux et avec les autres, dans la diversité réelle de leurs liens effectifs, dans leur contexte social, et non pas comme individus isolés* » (Blanchet & Gotman, 2007, p.13). L'entretien n'est autre qu'une rencontre entre un interviewer et un interviewé dont « *la caractéristique principale (...) est qu'il constitue un fait de parole* » (p.17).

Il existe différentes techniques d'entretien dont l'entretien semi-directif pour lequel nous avons opté. Celui-ci se caractérise par le fait de n'être ni trop ouvert, ni trop cadré. Il s'agit de poser des questions ouvertes et de laisser parler l'interviewé « *dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient* » (Quivy & Van Campenhoudt, 2006, p.174), en intervenant le moins possible. Les éléments recueillis sont de l'ordre du témoignage et des représentations personnelles de l'interviewé, ils respectent donc son propre langage, ses propres références et idées et son style d'expression. Ces entretiens sont enregistrés avec l'accord de l'interlocuteur pour ensuite être retranscrits afin de respecter dans sa totalité le discours de l'interviewé et pour en faciliter l'analyse ultérieure.

Les entretiens viennent compléter l'observation directe participante réalisée auparavant ; et ceci afin de mieux comprendre et de mieux connaître le travail et le point de vue de chaque professionnel au sein du SRPR. Le but est de « *connaître leurs possibilités et capacités d'action dans le champ particulier* » (Crozier & Friedberg, 1977, p.459) du service étudié et de mieux en cerner la richesse et la complexité ainsi que celles des acteurs et de leurs interactions. Il s'agit ici de s'intéresser au système qu'est le service vu par un acteur en particulier en la personne du professionnel interviewé.

1.2. Mise en place des entretiens

La majeure partie des entretiens a suivi les phases d'observation. Tous les professionnels interviewés étaient présents dans le service lors de nos différentes sessions d'observation.

Nous avons choisi de rencontrer et d'interviewer toutes les catégories professionnelles du service. Le nombre de professionnels de chaque catégorie varie de un à quatre et cela en fonction de la fréquence de leurs interactions avec l'orthophoniste et de leur travail en commun, mais aussi du nombre de représentants de cette profession dans le service et de leur disponibilité.

La prise de contact a d'abord été faite sous la forme d'un courrier adressé à l'ensemble de l'équipe du SRPR, qui a été affiché dans un lieu de passage très fréquenté du service (en salle de soins). Dans cette lettre, nous expliquions notre projet de recherche et la méthodologie que nous pensions utiliser, à savoir rencontrer plusieurs membres du personnel pour effectuer un entretien anonyme de trois-quarts d'heures environ sur le thème du travail au sein de ce service. Nous n'avons pas donné plus d'explications sur le contenu de nos entretiens afin de ne pas influencer les réponses dans le sens de nos problématiques et hypothèses.

Suite à nos observations, nous avons constaté que certaines professions voient leur travail organisé de façon spécifique : les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes travaillent à mi-temps dans le SRPR, certains sont du matin, d'autres d'après-midi. Cela nous a semblé un paramètre important à prendre en compte lors de nos entretiens pour plusieurs raisons : les visites des familles ne sont autorisées que les après-midi, de plus, la majorité des réunions ont lieu de matin. Nous avons donc décidé d'inclure parmi les professionnels interviewés des personnes travaillant le matin et d'autres l'après-midi.

Un autre paramètre nous a paru important à prendre en compte, il s'agit de l'ancienneté des professionnels. En effet, il a semblé intéressant d'interviewer à la fois des membres appartenant à l'équipe depuis longtemps ainsi que des nouveaux venus afin d'avoir des points de vue plus variés sur le travail dans ce service.

De plus, notre expérimentation a eu lieu à une période charnière de ce service ; en effet, le cadre infirmier, présent depuis quatre ans dans le SRPR, venait de quitter le service. La personne faisant fonction de cadre l'ayant remplacé depuis quelques semaines seulement lors des entretiens, nous avons fait le choix d'interviewer l'ancien cadre, pour avoir un point de vue sur une longue période ayant entraîné nécessairement un investissement différent, mais aussi car il a été présent durant la majorité de nos observations.

La participation aux entretiens s'est d'abord faite sur la base du volontariat : une dizaine de professionnels est venue nous trouver car ils étaient intéressés par cette étude. Puis, nous avons fait des demandes directes aux autres professionnels pour savoir s'ils étaient intéressés, et ceci par l'intermédiaire de nos maîtres de mémoire, mais aussi de courriels, de rencontres lors de nos observations, d'appels téléphoniques.

1.3. Réalisation des entretiens

Nous avons ainsi réalisé vingt entretiens au total sur une période de quatre mois (d'octobre 2007 à janvier 2008) auprès de professionnels travaillant ou ayant travaillé dans le service étudié. Tous les entretiens ont été réalisés à deux intervieweurs afin d'avoir plus de réactivité, et, suite à l'entretien, d'en faciliter l'analyse. En effet, le fait d'être deux nous a permis d'être plus attentives aux différents éléments du discours. De plus, nous souhaitions réaliser tous les entretiens au même endroit, c'est-à-dire à l'hôpital, dans une pièce neutre, car hors du service, et hors des bureaux d'orthophonie. Cependant, dans certains cas, cela a été impossible, notamment pour les soignants, peu nombreux, ne pouvant pas quitter le service trop longtemps ; un endroit (la réserve) a donc été trouvé pour réaliser ces entretiens au sein du service. Ce fut également le cas lorsque le professionnel interviewé ne travaillait plus dans le service au moment de l'entretien, nous nous sommes alors déplacées sur le lieu de son nouveau poste.

Nous avons choisi de rencontrer :

- Le praticien hospitalier du service, qui a toujours travaillé dans le SRPR et qui le gère depuis de nombreuses années.
- Un interne : nous avons rencontré un interne qui a effectué deux stages d'un semestre chacun dans le SRPR, dont l'un quelques mois auparavant.
- Trois orthophonistes : les deux qui travaillent actuellement dans le service, se partageant un temps plein. Nous avons fait le choix de rencontrer également le prédécesseur de l'une d'elles, car elle était présente lors de notre première session d'observation ; de plus, elle a travaillé pendant trois ans dans l'unité, dont un an et demi avec l'une des deux orthophonistes actuelles.
- Quatre kinésithérapeutes : le cadre kinésithérapeute, un kinésithérapeute de l'après-midi, un du matin et un ayant déjà travaillé matin et après-midi sur le service.
- Trois ergothérapeutes : ce sont les trois ergothérapeutes du service.

- Trois infirmiers : le cadre infirmier présent lors de nos observations, une infirmière travaillant dans le service depuis de nombreuses années et une plus récemment.
- Deux aides-soignants : une aide-soignante présente depuis de nombreuses années et un plus récemment.
- Une assistante sociale (la seule à intervenir dans le SRPR).
- Une diététicienne (la seule à intervenir dans le service).
- Un psychologue.

Afin de conserver l’anonymat des personnes interviewées, nous avons attribué à chaque professionnel, et ce de façon arbitraire, un prénom des saints du calendrier (issu des mois de janvier et de février). Nous avons toutefois précisé quelques informations nous paraissant utiles sur chaque interviewé, dans un tableau (cf. Annexe I), afin de faciliter la compréhension des entretiens.

Chaque entretien a duré entre trente minutes et une heure trente. La durée varie en fonction de la disponibilité du professionnel et de sa concision. Les données de l’anonymat et du déroulement des entretiens (lieux dans lesquels ils se sont déroulés, durée de chaque entretien, accueil qui nous a été réservé) sont regroupés dans le tableau 1 ci-dessous, dans l’ordre dans lequel ils ont été effectués. Nous avons tenu à préciser l’accueil que nous avons pu ressentir lors des entretiens. En effet, il nous a semblé que cela avait une influence certaine sur les réponses données, sur les réactions que nous avons pu avoir face à nos interlocuteurs, sur la durée des entretiens et souvent sur la quantité d’informations données...

| NOM | PROFESSION | LIEU | DUREE | ACCUEIL |
|------------|-----------------------|-----------------|--------|----------------------|
| ELLA | Kinésithérapeute | Pièce neutre | 40 min | Chaleureux, stressée |
| ANGELE | Praticien hospitalier | Son bureau | 40 min | Cordial |
| VERONIQUE | Kinésithérapeute | Pièce neutre | 45 min | Chaleureux |
| BERNADETTE | Infirmière | Pièce neutre | 45 min | Chaleureux |
| YVETTE | Diététicienne | Pièce neutre | 40 min | Cordial |
| MARCELLE | Aide-soignante | Réserve du SRPR | 45 min | Cordial |

| | | | | |
|-----------|---------------------------|--------------------|--------|----------------------|
| HONORINE | Ergothérapeute | Pièce neutre | 40 min | Neutre |
| PAULINE | Orthophoniste | Pièce neutre | 1 h 30 | Chaleureux |
| ALIX | Ass. sociale | Pièce neutre | 40 min | Chaleureux |
| LUCIENNE | Interne | Son bureau | 45 min | Cordial |
| EUGENIE | Cadre kinésithérapeute | Pièce neutre | 1 h 35 | Chaleureux |
| LAZARE | Aide-soignant | Pièce neutre | 30 min | Cordial |
| GENEVIEVE | Ergothérapeute | Pièce neutre | 35 min | Cordial |
| VALENTINE | Orthophoniste | Pièce neutre | 1 h | Cordial, stressée |
| AIMEE | Infirmière | Réserve du SRPR | 40 min | Cordial, stressée |
| AGATHE | Kinésithérapeute | Pièce neutre | 30 min | Réticente |
| RAYMONDE | Ergothérapeute | Pièce neutre | 50 min | Cordial |
| GABIN | Cadre infirmier | Son bureau | 1 h 25 | Cordial |
| ODILON | Psychologue | Pièce neutre | 30 min | Réticent |
| JULIENNE | Orthophoniste | Son cabinet | 1 h | Chaleureux |

Tableau1 : Déroulement des entretiens

1.4. Le guide d'entretien

Afin de réaliser nos entretiens, il nous a d'abord fallu établir un guide comprenant les thèmes que nous souhaitions aborder et les questions que nous souhaitions poser. Ce guide a été élaboré en partie grâce aux données de l'observation participante et des questions qu'elle a soulevées. S'agissant d'entretiens semi-directifs, nous avons cherché à rester spontanées : toutes les questions n'ont pas été posées, ni dans un ordre prédéterminé, et en adaptant la formulation. Notre rôle était « *simplement de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il [l'interviewé] s'en écarte et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même, au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible* » (Quivy & Van Campenhoudt, 2006, p.174).

Selon la théorie de l'approche organisationnelle, Crozier et Friedberg (1977, p.473) évoquent ce sur quoi doivent porter les entretiens quand on s'intéresse à un système d'action concret :

- « *sur leurs activités telles qu'ils les perçoivent et telles qu'ils les conduisent, sur les contraintes qui s'imposent plus particulièrement à eux et sur les difficultés qui en découlent* » ;
- « *sur leurs relations les uns avec les autres, sur l'importance qu'elles revêtent à leurs yeux, sur ce qu'ils attendent, sur les conflits qui se produisent le plus fréquemment et les solutions qui généralement y sont apportées* » ;
- « *sur l'évaluation qu'ils font de leurs activités, de leurs situations, de leurs relations, sur les sujets de satisfaction et/ou d'insatisfaction qu'ils éprouvent à cet égard, sur leurs espoirs et leurs déceptions* » ;
- « *enfin, sur la façon dont, à partir de là, ils voient leurs possibilités d'action et celles des autres* ».

Dans cette perspective, nous avons réalisé deux guides d'entretien différents : un pour les orthophonistes (cf. Annexe II) et un pour les autres professionnels (cf. Annexe III). Nous souhaitons nous intéresser à la fois à la pratique de chaque interviewé mais aussi à ses représentations. Ils ont été élaborés à partir de nos problématiques et hypothèses mais aussi de nos observations.

Les deux guides comportent :

- Une partie biographie : présentation professionnelle de l'interviewé, ses expériences, son parcours, la date de son arrivée dans ce service et les raisons l'ayant amené à y travailler.
- Une partie sur le service en lui-même : ses particularités, les caractéristiques du travail en général mais aussi du travail de l'interviewé au sein du SRPR.
- Une partie sur la communication et les relations entre les membres de l'équipe.
- Une partie sur le métier d'orthophoniste, la communication et les relations avec ou entre les orthophonistes du service.
- Une partie sur la communication et les relations avec les familles de patients. En effet, plusieurs auteurs insistent sur l'importance de la famille dans la prise en charge pluridisciplinaire dans ce type de service. Ainsi, même si ce thème ne fait pas l'objet de notre recherche, il nous a semblé incontournable de l'aborder.

Ces guides d'entretien nous ont permis de mieux comprendre le parcours de chaque professionnel dans le service, de mieux connaître leur point de vue sur la communication et l'organisation du travail au sein du SRPR, sur la collaboration interprofessionnelle et sur l'orthophonie ; ainsi que de connaître l'organisation effective de la communication et de la transmission des informations entre équipe, famille et patient.

1.5. Analyse des entretiens

Nous avons tout d'abord retranscrit chaque entretien dans son intégralité, et l'avons anonymé. Puis, nous avons réalisé une analyse thématique des entretiens qui « *découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Elle [...] cherche une cohérence thématique inter-entretiens* » (Blanchet & Gotman, 2007, p.96).

Cette méthode consiste à découper le discours, en fonction de thèmes récurrents, en rassemblant les passages des discours des interviewés, se référant au même thème d'analyse. À la suite de cette première analyse, nous avons repéré environ quatre-vingts thèmes distincts. Nous avons ensuite fait une étude transversale des différents thèmes repérés, afin de ne retenir que ceux présents dans la majorité des entretiens, de recouper les thèmes entre eux et avec les données des observations. Nous avons ainsi abouti à neuf thèmes principaux :

- La notion d'équipe pluridisciplinaire.
- Un lieu unique et circonscrit.
- Le travail en collaboration.
- Les relations et la collaboration avec les familles.
- Les moyens de communication entre les professionnels.
- Les personnes référentes du SRPR.
- La connaissance des autres professions.
- Les champs de compétences.
- Les facteurs personnels : motivation, investissement, rapports humains.

L'orthophonie peut être considérée comme un thème transversal, que l'on retrouve au sein des neuf précédents. Ces différents thèmes nous ont servi de base pour regrouper les résultats obtenus lors des entretiens et des observations, et pour organiser leur présentation. Ils seront tous repris lors de la présentation des résultats, parfois de manière transversale.

Chapitre IV
PRESENTATION DES RESULTATS

I. LE SERVICE ETUDIE

Le service que nous avons étudié est un Service de Rééducation Post-Réanimation (SRPR) situé au sein d'un hôpital de rééducation et de réadaptation fonctionnelle. Il comporte vingt-deux lits, mais est limité à l'accueil de dix-huit à dix-neuf patients, dont dix patients trachéotomisés au maximum. L'équipe cherche à maintenir un équilibre entre les différents troubles et pathologies, en rapport avec la charge de travail à la fois physique et mentale.

13. Des professionnels en nombre

Les patients sont pris en charge par différents professionnels qui composent l'équipe pluridisciplinaire :

- Orthophonistes : deux pour un emploi temps plein (ETP), en alternance le matin et l'après-midi. Ils évaluent les capacités minimales de déglutition dans l'objectif du sevrage de la trachéotomie. Ils prennent donc en charge la rééducation de la déglutition mais aussi de la communication et des fonctions cognitives.
- Ergothérapeutes : trois pour 1,6 ETP, deux du matin et un de l'après-midi. Ils sont chargés de réaliser des bilans, mais également du contrôle de l'environnement, de la réadaptation et de la rééducation pour permettre au patient de « *maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle* » (décret de compétences).
- Kinésithérapeutes : cinq le matin et cinq l'après-midi pour 5 ETP dont un cadre (0,5 ETP) ; cependant ils ne sont actuellement que quatre le matin et quatre l'après-midi du fait de la pénurie d'effectifs. Ils prennent en charge les premiers levers, tout l'aspect moteur (éveil moteur, renforcement musculaire, mobilisation...) et la kinésithérapie respiratoire.
- Psychologues : deux pour 1 ETP. Ils ont un rôle de soutien psychologique auprès des familles et des patients, mais également de neuropsychologue pour l'évaluation des fonctions cognitives quand cela est possible.
- Diététicienne : une qui intervient également dans trois autres unités. Mme YVETTE explique avoir « *un rôle expert au niveau de la nutrition entérale [...] une fonction de transition avec la nutrition orale* » et elle « *estime [...] les besoins journaliers, les besoins protidiques, caloriques* ».

- Assistante sociale : une qui intervient aussi dans deux autres services. Elle apporte un point de vue social à la prise en charge, elle aide les familles dans les procédures administratives.
- Chef de service : un professeur universitaire - praticien hospitalier, qui dirige six unités. Il a un rôle de supervision et un rôle administratif.
- Praticien hospitalier : un pour 1 ETP. Il assure le suivi médical des patients et la coordination des prises en charge.
- Assistant chef de clinique : un qui intervient principalement dans un autre service. Il intervient dans le SRPR en complément et en remplacement du praticien hospitalier.
- Interne : un par semestre.
- Externes : un ou deux par trimestre.
- Infirmiers diplômés d'état : quatre le matin, deux l'après-midi, deux la nuit pour 16 ETP dont un cadre (1 ETP). Ils assurent la surveillance des fonctions vitales et les soins médicaux quotidiens.
- Aides-soignants diplômés : sept le matin, trois l'après-midi, deux la nuit pour 21 ETP dont dix-sept de jour et quatre de nuit. Ils réalisent les soins de nursing (toilette, repas, lever, effleurage...).

Une des caractéristiques de ce service est qu'il comprend un grand nombre de professionnels, comme le souligne M. ODILON, psychologue, « *sur le SRPR l'équipe que l'on a est plus fournie que dans les autres unités de soin* ». Certains parlent même de « *vivier* ».

14. L'organisation du service

a. L'organisation géographique

Le service se situe au premier étage de l'hôpital. Lors de nos observations, nous avons pu constater que l'espace géographique est organisé autour d'un couloir central : d'un côté, les chambres des patients (quatorze chambres : huit doubles et six simples) et de l'autre les locaux professionnels.

L'ancienne salle des kinésithérapeutes a été transformée en salle des rééducateurs du fait d'un besoin des professionnels : ergothérapeutes, orthophonistes, kinésithérapeutes et psychologues. Les professionnels y déposent leur matériel et leurs dossiers. Ils peuvent se transmettre des informations sur les prises en charge au moyen de tableaux : « *c'est*

vraiment l'outil le plus basique, le moins cher qui existe et le plus efficace [...] pour permettre de parler et de donner des messages [...] au niveau des patients, c'est ce qui marche le mieux » (Mme EUGÉNIE, cadre kinésithérapeute).

La salle de rééducation, créée depuis quelques mois, permet aux rééducateurs de réaliser des prises en charge dans un lieu calme, avec du matériel approprié tout en restant au sein de l'unité (certains patients nécessitant une surveillance ne peuvent pas quitter le service).

La salle de soins est la pièce centrale de l'unité au sens propre comme au sens figuré : elle se situe au milieu du service et est un lieu de rencontre important pour les professionnels. En effet, elle contient tout le matériel soignant, les dossiers de soins des patients, les documents officiels, les classeurs de procédure... Dans cette salle a lieu une réunion hebdomadaire : le mini-tour.

Dans l'office, située à côté de la salle de soins, se trouve tout ce qui est nécessaire à l'alimentation des patients : poches de gastrostomie, eau gélifiée, plateaux repas, tableaux précisant le mode d'alimentation de chaque patient...

Dans le bureau médical, on retrouve les dossiers médicaux des patients. Ont lieu à cet endroit certaines réunions : synthèse, rencontre famille. Ce bureau est ouvert à tous les professionnels qui souhaitent s'y documenter.

b. Le fonctionnement de l'unité de soin

Les patients nécessitant une surveillance et des soins constants, les soignants travaillent en trois-huit et il y a toujours un médecin d'astreinte, un interne de garde et un kinésithérapeute de garde pour l'ensemble de l'hôpital.

Chaque profession a son propre mode d'organisation, en partie géré par un cadre ou un référent, sauf les orthophonistes qui n'ont pas de cadre au sein de l'hôpital. Les soignants sont répartis en quatre secteurs le matin et en deux secteurs l'après-midi et la nuit. Les infirmiers et les aides-soignants travaillent en binôme. La plupart des rééducateurs travaillent à temps partiel dans ce service. Le praticien hospitalier est en poste dans cette unité depuis plus de vingt ans. Une des caractéristiques de ce service est la présence d'un temps plein d'orthophonie, réparti entre deux orthophonistes. En effet, Mme ANGÈLE, praticien hospitalier, explique s'être « *battue pour avoir un temps plein d'orthophonie dans le service. Il y a dix ans, il n'y en avait qu'un petit chouïa, il y avait deux demi-journées maintenant il y a un temps plein* » ; elle souligne que « *l'orthophoniste est*

indispensable à un service de post-réanimation, et on est un peu originaux je pense, dans cet hôpital, d'en avoir autant de temps ».

Le travail au sein de l'unité s'organise autour de réunions : chaque semaine ont lieu le mini-tour, le tour médical, des synthèses et des rencontres familles.

Les visites des familles sont possibles tous les après-midi (en semaine comme en week-end) ; les familles peuvent ainsi rencontrer les différents professionnels et être au chevet de leur proche de façon régulière.

II. LE TRAVAIL EN EQUIPE

15. La notion d'équipe pluridisciplinaire

Tous les professionnels insistent sur le fait que la pluridisciplinarité caractérise le travail dans ce service, et constitue vraiment une des principales forces de l'équipe ; ils évoquent par eux-mêmes le terme de pluridisciplinarité, et non d'inter- ou de transdisciplinarité. Ainsi, le cadre infirmier nous explique ce qu'est, pour lui, le travail pluridisciplinaire :

Ce n'est pas travailler tous l'un à côté de l'autre sur le même patient.
[...] Ça ce n'est pas vraiment du travail pluridisciplinaire ! C'est multidisciplinaire si on veut, mais ce n'est pas pluridisciplinaire, parce qu'il n'y a pas de chevauchement dans les temps, qui peuvent apporter de la plus-value, il n'y a pas d'échanges qui peuvent permettre de communiquer rapidement les progrès que l'on a faits, que l'on n'a pas faits et de faire travailler les gens ensemble.

Le travail d'équipe est inhérent à ce type de prise en charge en SRPR, comme le souligne M. LAZARE, aide-soignant, « *de toute façon si untel ne fait pas son travail, on ne pourra pas avancer dans la tâche de la journée* » ; Mme PAULINE, orthophoniste, ajoute « *on a tout le temps besoin les uns des autres pour que ça vaille quelque chose* » et « *on n'est pas tout seul et [...] je ne vois pas bien ce qu'on pourrait faire tout seul. Les choses sont toutes en lien* ».

Les professionnels expliquent que travailler en pluridisciplinarité, c'est travailler ensemble pour une prise en charge globale et adaptée à chaque patient, c'est-à-dire assembler ses compétences dans un seul et même objectif. Ainsi pour Mme EUGENIE,

cadre kinésithérapeute, « *on fait partie d'une équipe qui intervient autour du patient, et on n'est pas kiné, ergo, ortho, chacun dans son secteur* ».

Ils mettent en évidence les nombreux intérêts du travail pluridisciplinaire, qui permet aux professionnels de s'entraider dans leurs prises en charge respectives, qui seront ainsi facilitées, enrichies et améliorées. Mme AIMÉE (infirmière) souligne que grâce au travail en équipe, « *on peut apporter [plus] d'éléments positifs et se soutenir aussi. Et chacun a ses qualités individuelles qui font que le patient va être pris en charge de manière différente et c'est bien pour le patient* ».

Deux facteurs influencent principalement le travail d'équipe : les professionnels, en tant qu'individu, et les patients et leur pathologie. Pour Mme ANGÈLE, praticien hospitalier, travailler en équipe « *demande beaucoup de souplesse, [...] du pragmatisme* » et souligne la nécessité pour les professionnels d'accepter de collaborer entre eux. Ainsi, cela dépend beaucoup des individus, comme le confirme M. ODILON, psychologue : « *c'est la personnalité des uns et des autres qui va changer des choses, l'implication que les uns les autres vont mettre dans le travail qu'ils font, la croyance qu'ils vont avoir dans ce qu'ils font : c'est ça qui va changer la manière de travailler ensemble* ». La motivation et l'investissement des professionnels ont été reconnus par l'ensemble de l'équipe comme caractérisant le travail dans cette unité. De plus, selon la pathologie du patient, ce ne sont pas les mêmes professionnels qui interviennent. Nous avons pu observer que la complexité de certaines atteintes rend le travail en équipe nécessaire et indispensable, ce que nous confirme Mme VALENTINE, orthophoniste : « *le travail pluridisciplinaire [...] est peut-être encore plus fort et plus présent dans le SRPR que dans les autres services [...] à cause des pathologies* ».

Dans les propos recueillis, nous pouvons constater que la notion d'équipe varie en fonction du point de vue : elle peut aller de l'équipe au sens large qui comprend tous les professionnels intervenant dans le service, à une équipe plus restreinte comme l'équipe des rééducateurs ou des soignants. On peut alors considérer que les deux orthophonistes du SRPR forment une équipe. En effet, sur le terrain, nous avons pu constater un véritable travail d'équipe entre les deux orthophonistes, aussi bien sur le plan de l'organisation que de la transmission des informations. Au cours de nos observations, il y a eu un changement au sein de l'équipe orthophonique. Les deux orthophonistes de l'équipe précédente s'étant forgées une expérience commune et ayant mis en place un mode d'organisation particulier, le remplacement de l'une d'elles a nécessité des réajustements, des adaptations. Ceci a entraîné une évolution du mode de fonctionnement de l'équipe

orthophonique, comme le soulignent les orthophonistes. Elles ajoutent que ces changements ont préservé l'essentiel, à savoir la prise en charge des patients et la collaboration avec les autres professionnels. Elles soulignent également l'importance et la richesse d'être deux dans ce service, ce qui leur permet de balayer de larges plages horaires et donc d'avoir une présence en continu dans le SRPR. Cette présence est indispensable à la fois pour la prise en charge des patients, mais aussi pour les autres professionnels, qui peuvent ainsi toujours se référer à l'orthophoniste en cas de besoin.

Nous avons pu constater que, dans l'équipe pluridisciplinaire, chacun a sa place, à égalité avec les autres professionnels, certes sous la tutelle du médecin, mais en entretenant avec lui des relations horizontales. Mme MARCELLE, aide-soignante, dit « *notre médecin ici ça n'a rien à voir ! (Rires) Ça n'a rien à voir, il est comme nous* ». Une relation particulière lie Mme ANGÈLE, praticien hospitalier, à son équipe, comme elle le dit, du fait de son ancienneté au sein du service et de son implication ; en effet, elle a vécu les évolutions du service depuis de nombreuses années : « *Dans d'autres services, je pense que les médecins, ce sont les Médecins et ils sont un petit peu..., pour eux on est le petit personnel, et ils ne nous calculent même pas !* » (Mme MARCELLE).

« *Moi j'ai un sentiment de faire vraiment partie d'une équipe* » (Mme VÉRONIQUE, kinésithérapeute) : ce sentiment d'intégration au sein d'une équipe est relaté par l'ensemble des professionnels interviewés. Nous avons pu observer que tous les professionnels du service, y compris les soignants, ont une pensée rééducative. Mme PAULINE, orthophoniste, nous donne un exemple au sujet de la prise en charge de la déglutition : « *ils sont vraiment impliqués dans la rééducation [...] que ça soit les aides-soignants ou les infirmiers [...] bien sûr aussi les autres, les rééducateurs [...] Mais eux, particulièrement, sont réellement impliqués dans la rééducation* ». Ainsi, chacun a un rôle, à son niveau, dans la prise en charge rééducative du patient.

16. Un lieu unique et circonscrit

La lourdeur des patients et de leur pathologie implique de rester dans le service en permanence du fait de la trachéotomie, de la surveillance des fonctions vitales et de l'état physique des patients. Ainsi, la majorité des prises en charge s'effectuent sur place (en chambre ou en salle de rééducation). Ceci est une des grandes particularités du service et une de ses forces, qui le différencie des autres (comme les MPR) où les patients se rendent dans les bureaux des rééducateurs : « *tous les soins sont prodigués dans le service, donc ça c'est une force je dirais géographique [...] ce qui permet que tout le*

monde puisse communiquer [et être] à proximité les uns des autres » (Mme EUGÉNIE, cadre kinésithérapeute). Les professionnels sont donc nécessairement en interaction et ne peuvent pas ne pas se rencontrer et échanger : *« c'est un lieu obligatoire de rencontre »* (Mme ANGÈLE, praticien hospitalier). Mme ALIX, assistante sociale, impute la facilité à travailler ensemble à la présence permanente de l'équipe dans le service. La communication informelle a donc une place très importante dans cette unité.

De plus, nous avons pu constater que le lieu favorise l'intégration et le sentiment d'appartenance à une équipe, comme le souligne Mme LUCIENNE, interne : *« faire [...] sa place au milieu de l'équipe, mais c'est même plus facile au SRPR qu'ailleurs, parce qu'on est tous au même endroit donc on se connaît mieux, on se connaît tous »*.

Cette concentration de professionnels dans un même lieu a également des aspects négatifs. Les personnes interviewées mettent en évidence la difficulté de travailler dans une unité confinée, réunissant un grand nombre de professionnels, comme l'explique le cadre infirmier *« quand il y a une grosse équipe qui vit un peu sur elle-même cosy, c'est un petit peu des fois le risque de coupure avec l'extérieur, notamment dans la prise en charge des patients »*. De plus, les nombreux passages dans le service et dans les chambres peuvent être un inconvénient pour les professionnels car ils viennent interrompre les prises en charge.

Le travail dans un lieu unique et circonscrit a également un impact sur le patient et sa famille. En effet, le service est décrit comme un cocon, une *« île »* au sein de l'hôpital (Mme JULIENNE), un *« microcosme »* (Mme VALENTINE) dans lequel *« la réponse [des professionnels est] au plus près de la demande de la personne, qui est agitée, qui n'est pas bien [...]. Mais ça on ne peut le faire que parce qu'on a une grosse équipe, parce qu'on a des intervenants sur place »* (M. GABIN, cadre infirmier). Cela peut être à double tranchant, car lorsque le patient quitte le SRPR pour rejoindre une autre unité, organisée différemment : *« les rééducateurs ne sont pas là ou viennent ponctuellement, il y a moins de soignants, donc on ne peut pas répondre à chaque demande, donc du coup il y a, pour le patient, un décalage énorme »* (M. GABIN). Le praticien hospitalier insiste également sur le fait que la concentration des professionnels dans un même lieu facilite la collaboration interprofessionnelle.

17. Le travail en collaboration

« *Comme tout le monde travaille dans le service, on croise tout le monde : les infirmières, les ergo, les ortho... et là on peut décider de faire des séances communes pour des problèmes particuliers avec des patients* » ; pour Mme VÉRONIQUE, kinésithérapeute, le lieu est donc vecteur de collaboration.

Les interviewés définissent la collaboration comme la nécessité de travailler ensemble dans une perspective de prise en charge globale : ils distinguent peu ce terme de celui de pluridisciplinarité, ces deux termes sont pour eux intrinsèquement liés. Pour Mme BERNADETTE, infirmière, cela signifie que l'« *on ne peut pas travailler l'un sans l'autre* ».

a. La collaboration interprofessionnelle

Nous avons pu observer que la collaboration interprofessionnelle est très importante dans ce service, ce que nous confirme Mme JULIENNE, orthophoniste : « *c'était une des collaborations les plus importantes que j'ai eue, enfin non c'était LA plus importante* ». D'après les données des observations et des entretiens, cette collaboration se manifeste au quotidien par :

- Des projets et objectifs communs qui se concrétisent lors de séances communes.
- Des échanges et explications.
- La confrontation des points de vue.

1.1.2. Séances communes

Les professionnels sont amenés à travailler en binôme lors de séances communes, lorsque la pathologie du patient et les objectifs de prise en charge le nécessitent. Ainsi l'orthophoniste travaille en collaboration avec tous les membres de l'équipe dans des cadres spécifiques.

Les prises en charge autour de la déglutition et du sevrage de la trachéotomie se déroulent principalement en lien avec les kinésithérapeutes. Mme ELLA, kinésithérapeute, nous explique « *que l'orthophoniste, elle a besoin, dans les essais de déglutition, avec ballonnet dégonflé, qu'on soit là, au cas où il y ait une fausse route. Pour qu'on puisse désencombrer et aspirer tout de suite. Donc là, c'est vraiment en collaboration étroite* ».

Les séances communes entre orthophonistes et ergothérapeutes concernent la communication et les fonctions cognitives. Leur collaboration se déroule sur un temps

souvent réduit autour du code de communication. Mme GENEVIÈVE, ergothérapeute, donne l'exemple d'une prise en charge : *« l'ortho a travaillé avec lui sur le code de communication. Donc on est parti sur un code ESARIN et souvent on a fait des séances ensemble parce qu'on n'était pas sûres de ses réponses oui-non donc c'était une manière nous aussi de nous conforter »*. Mme HONORINE, également ergothérapeute, ajoute qu'ils leur arrivent de faire passer la GOAT ensemble. De plus, ergothérapeutes et orthophonistes expliquent la richesse que cela représente de pouvoir croiser leurs regards dans la prise en charge d'un patient : *« je trouve que c'est beaucoup plus riche de dire il va y avoir de nouveau un regard ortho et puis un regard ergo [...] ça enrichit la prise en charge »* (Mme PAULINE). Une des limites de cette collaboration réside dans le fait que les orthophonistes, accaparées par la prise en charge de la déglutition, ont donc peu le temps de s'occuper de la communication, chose qu'elles regrettent : *« on est tellement submergé par cette histoire de déglutition que du coup passe à l'as un petit peu tout l'aspect de la communication »* (Mme PAULINE, orthophoniste).

La collaboration entre orthophonistes et soignants est plutôt transversale : elle concerne à la fois la communication, la déglutition, les essais-repas... Par exemple, les radiocinéma se déroulent systématiquement en présence d'un médecin et d'un orthophoniste. Ils sont l'occasion de nombreux échanges à propos des images observées et des conduites à tenir pour le travail de la déglutition et la réalimentation lorsqu'elle est possible. Mme LUCIENNE, interne, souligne que la présence de l'orthophoniste lors de cet examen est intéressante car celle-ci interprète les images au fur et à mesure et en facilite la compréhension. L'orthophoniste passe le relais aux infirmiers et aides-soignants pour la déglutition lorsque celle-ci peut se faire en toute sécurité : c'est le relais à l'équipe.

Il arrive parfois que les prises en charge communes concernent plus de deux professionnels. L'une de nous a assisté à une séance à laquelle participaient quatre corps de métier, et ceci dans un contexte très particulier. En effet, il s'agissait d'un premier essai-repas chez un patient en éveil de coma, très agité. Installé au sol, il était difficile de l'alimenter par sonde de gastrostomie. Il a ainsi fallu trouver rapidement un moyen de le réalimenter : un essai-repas a donc été tenté. Ainsi, une ergothérapeute, un kinésithérapeute, deux aides-soignants et une orthophoniste réalisent ensemble l'essai-repas. La kinésithérapeute adapte la posture par des mousses, afin d'asseoir le patient au mieux et en toute sécurité pour l'essai ; l'ergothérapeute met en place une table adaptée à ces conditions si particulières ; l'orthophoniste veille aux capacités du patient à prendre son repas, compte tenu des troubles de déglutition ; et les aides-soignants aident le patient

à manger. Chacun s'attache, selon ses compétences, à permettre à ce patient de se nourrir en toute sécurité.

1.1.3. Echanges et explications

La collaboration entre les professionnels passe par de nombreux échanges informels afin de demander des explications ou d'en apporter, de discuter à propos des patients et de leur prise en charge. Mme MARCELLE, aide-soignante, explique que dès que se présente un problème ou une question, elle peut s'adresser aux médecins sans difficulté, « *ils prendront le temps de nous expliquer, de nous dire comment faire et comment avancer* », afin d'améliorer les soins des patients.

Tous les interviewés relatent des échanges faciles et fréquents avec tous les professionnels. Ainsi ils peuvent s'informer les uns les autres de l'évolution de leur prise en charge, pour « *chacune dans notre spécificité [...] arriver à aller un peu plus loin et les unes et les autres* » (Mme RAYMONDE, ergothérapeute).

Les soignants et rééducateurs n'hésitent pas à interpeller les orthophonistes lorsqu'ils en ressentent le besoin : « *je n'hésite pas à demander à l'orthophoniste [...] des choses, elle nous explique* » (Mme AGATHE, kinésithérapeute). Réciproquement, les orthophonistes s'adressent facilement à leurs collègues. Mme VALENTINE, orthophoniste, donne un exemple avec le psychologue : « *je sais qu'une fois avec un patient, je n'ai pas hésité à l'interpeller [...] et là il m'a apporté un éclairage vraiment intéressant* ».

1.1.4. Confrontation des points de vue

Les professionnels travaillant dans ce service ont une formation initiale différente et particulière à leur profession ; ils ont chacun un regard spécifique sur le patient. La confrontation de leurs points de vue, comme l'explique Mme VALENTINE, orthophoniste, est intéressante car elle permet à chacun d'avancer dans sa prise en charge ; Mme GENEVIÈVE, ergothérapeute, ajoute que cela « *nous permet peut-être, nous aussi, de changer notre manière d'aborder les choses et de stimuler différemment aussi donc... Des points de vue différents pour avancer... toujours dans le même objectif* ».

Les soignants travaillent en trois huit et les rééducateurs sont pour la plupart à temps partiel dans ce service. De ce fait, les rencontres avec les patients se font à des moments

et donc dans des conditions très différentes, ainsi « *ça aide toujours de mettre en parallèle [parce qu'] on ne voit pas les gens non plus au même moment, dans les mêmes conditions* » (Mme AIMÉE, infirmière). Mme GENEVIÈVE, ergothérapeute, insiste :

On a vraiment des points de vue différents, vu qu'on passe voir le patient à des moments différents de la journée, qu'on ne cherche pas la même chose. C'est vrai que les infirmières, les aides-soignantes, elles sont vraiment dans l'intime. Donc il y a peut-être des choses qui se passent avec elles, qui ne se passent pas avec nous en ergo donc c'est vraiment la confrontation des points de vue de tout le monde.

L'échange des points de vue fait la richesse du travail au sein de cette équipe, car ces différents points de vue sont complémentaires : « *on discute souvent des patients et on n'a pas non plus la même vision forcément de lui et je trouve que tout ça c'est complémentaire. On apprend plein de choses tous les jours* » (Mme ELLA, kinésithérapeute).

a. La collaboration avec les familles

Ce thème ne fait pas l'objet de notre recherche ; cependant, de nombreux professionnels mettent l'accent sur la place importante des familles dans la prise en charge des patients, cela peut aller jusqu'à une véritable collaboration. Ainsi Mme PAULINE, orthophoniste, insiste : « *C'est clair qu'on ne fait pas sans la famille* ».

Les patients sont encore très proches de leur accident, les familles sont donc très présentes à ce stade. Elles sont fortement impliquées dans la prise en charge et participent parfois à des séances de rééducation et à des soins. Pour Mme GENEVIÈVE, ergothérapeute, il est « *hyper important d'intégrer la famille dans le projet du patient* ».

De plus, les familles sont très « *demandeuses d'informations tout le temps* » (Mme VÉRONIQUE, kinésithérapeute). Elles souhaitent être tenues au courant de l'évolution du patient. Elles sont la mémoire du patient et ont donc beaucoup d'informations, fondamentales dans la prise en charge du patient, à apporter aux professionnels. Les échanges entre soignants et famille sont quotidiens, du fait de leur présence respective dans le service, « *on les voit [...] au quotidien dans le couloir, pour donner une info* » (Mme ANGÈLE, praticien hospitalier).

Les familles, par leur regard différent sur le patient et leur présence, souvent quotidienne à son chevet, vont remarquer certaines réactions (gestes, signes d'éveil, production de sons...), qui pourront fournir des informations et indices aux professionnels : « *on est très à l'écoute des observations [...], les petites choses qui peuvent nous mettre sur la piste* » (Mme VALENTINE, orthophoniste). Se met alors en place une collaboration étroite entre membres de l'équipe et famille.

Cependant, cette collaboration peut s'avérer difficile à mettre en place du fait de la période particulièrement lourde que traverse les familles. En effet, elles ont parfois du mal à accepter le handicap de leur proche, elles sont souvent pleines d'espoir car le patient est sorti de réanimation mais « *en fait comme ils arrivent en SRPR donc ils savent que ce n'est plus vraiment de la réanimation, que c'est déjà un début de rééducation, donc si on dit rééducation, il y a progrès et cætera et que leur proche va aller mieux et ce n'est pas toujours le cas* » (Mme VÉRONIQUE, kinésithérapeute) ; et parfois l'absence de progrès fait qu'« *il pense que le service lui met des bâtons dans les roues, ne fait pas son travail comme il faut, ou tout ce qu'on fait il nous le reproche* » (Mme ELLA, kinésithérapeute).

III. DES MOYENS POUR TRAVAILLER EN EQUIPE

18. Des outils de travail spécifiques

a. Des moyens de communication formalisés

1.1.2. Réunions

Nous avons pu observer que de nombreux temps de réunions (cf. Annexe VI) sont prévus au sein de ce service.

Le mini-tour constitue une des principales réunions, que l'on retrouve dans deux services de l'hôpital : l'hôpital de jour et le SRPR, dans lesquels exerce Mme ANGÈLE (praticien hospitalier). Cette réunion a la particularité de réunir tous les professionnels, rééducateurs et soignants, une fois par semaine dans la salle de soins, afin « *de voir ce que font les autres, de se parler, d'être tenu au courant de ce qui se passe avec le patient* » comme le dit Mme ANGÈLE, pour qui le mini-tour est la parfaite illustration de la collaboration dans ce service. Le cas de tous les patients est abordé, cela permet ainsi de faire le point sur l'ensemble des prises en charge par la confrontation des points de vue de chacun ; c'est l'occasion pour chacun de donner son avis, de poser des questions et ainsi de

construire une prise en charge solide aussi bien médicale que paramédicale. Mme LUCIENNE, interne, décrit le mini-tour comme un moyen de se « *conforter sur ce qu'on avait entrevu ou pas du tout, [...] de trouver des solutions, donc d'orienter un peu la rééducation en fonction de ce qu'on a entendu* ». Il s'agit d'un grand moment d'échange, qui pour les professionnels interviewés, représente un des points forts de ce service.

La synthèse permet d'approfondir le cas d'un patient en particulier, elle réunit tous les professionnels participant à sa prise en charge. La première synthèse a lieu « *grosso modo dix jours après l'arrivée* » (Mme ALIX, assistante sociale), puis régulièrement selon l'évolution du patient et les besoins des professionnels. Une dernière synthèse est réalisée avant la sortie du patient. Les médecins expliquent que, lors de cette réunion, « *on fait le point médical, paramédical, en rééducation, on fixe les objectifs, savoir où on en est* », il s'agit de « *la photographie du moment et [...] de] voir dans quelle direction on part* ».

Deux fois par semaine, une réunion spécifique aux soignants a lieu : le tour médical. Les médecins, les cadres kinésithérapeute et infirmier, et les infirmières du secteur passent de chambre en chambre pour faire un point sur la prise en charge uniquement médicale du patient. Les rééducateurs peuvent intervenir pour poser des questions et apporter un complément d'information si cela leur semble nécessaire.

Des réunions spécifiques à chaque profession existent, il s'agit des relèves. Trois fois par jour, à chaque changement d'équipe, la relève infirmière regroupe les infirmiers et aides-soignants de tous les secteurs. Elle permet à chacun de connaître les dernières informations relatives au patient.

De même, nombreux sont les moments d'échange entre les deux orthophonistes au cours de la journée notamment sous forme de relève : dès leur arrivée à l'hôpital pour définir les objectifs et les priorités des prises en charge ; à midi et parfois le soir ; à n'importe quel moment de la journée, selon leurs besoins, leurs questionnements... Ainsi, Mme JULIENNE, orthophoniste, explique :

Pour montrer la richesse du travail à deux dans ces conditions-là, quand Mme PAULINE n'était pas là, pendant une semaine, mais j'avais l'impression qu'il me manquait quelque chose pour réfléchir ! C'était impressionnant ! Et puis au contraire, Mme PAULINE aussi elle me disait « Bon c'est bon, là j'ai des questions là ! J'ai plein de questions ».

Et on se posait et on réfléchissait à deux. Et puis le fait de se renvoyer vraiment les informations en ping-pong, c'était intéressant !

Enfin, des réunions, regroupant famille et professionnels s'occupant du patient sont organisées régulièrement. Ces réunions de famille « *sont souvent très proches de l'arrivée du patient sur le SRPR c'est souvent la semaine qui suit* » (Mme EUGÉNIE, cadre kinésithérapeute), suivies d'autres selon l'évolution du patient et à la demande de la famille et des professionnels. Le médecin dirige la réunion en apportant le point de vue médical sur la pathologie du patient ; il s'appuie également sur les membres de l'équipe pour des éléments plus spécifiques. Mme ALIX, assistante sociale, explique que « *ce sont essentiellement les médecins qui parlent et par contre qui laissent la parole s'il faut rentrer un peu plus dans les détails, ils font intervenir les rééducateurs pour apporter d'autres éléments* ». Une grande importance est accordée au vécu, aux questionnements et aux sentiments des familles dans le respect et l'accueil de ce qu'ils ont à dire. En effet, le médecin « *reçoit le discours [des familles] : « Qu'est-ce que vous avez entendu ? Qu'est-ce que vous savez ? Qu'est-ce qu'on vous a dit [en réanimation] ? » Et elle explique* » (Mme PAULINE, orthophoniste). Mme AGATHE, kinésithérapeute, explique que cette réunion permet à l'équipe de comprendre « *ce que la famille sait déjà depuis le début, où est-ce qu'ils en sont* », de « *savoir s'ils sont dans le déni complet, s'ils sont conscients de ce que le patient a et cætera* », elle insiste en disant que « *ça permet de connaître pas mal de choses, des choses dont nous, on n'a pas toujours conscience par rapport au patient, à sa façon de vivre aussi* ». Ce moment permet à tous d'entendre les mêmes informations et explications, mais également d'annoncer le handicap.

1.1.3. Dossiers et tableaux

Nous avons observé que la transmission des informations se fait également par écrit grâce aux dossiers, tableaux et transmissions au pied du lit du patient.

Il existe trois types de dossiers :

- Le dossier médical regroupe l'ensemble des données médicales.
- Le dossier de soins répertorie les observations de chacun. « *Chaque rééducateur a sa propre page : kiné, ortho, ergo, pour marquer ce qu'il se passe, ce qu'il fait et c'est accessible à tout le monde. Donc ça c'est un gros outil d'information.* », Mme ANGÈLE, praticien hospitalier. Ces feuilles sont utilisées par les orthophonistes lorsqu'il y a « *des changements notables chez un patient, dès*

qu'on change les textures d'alimentation ou alors qu'un patient a sonorisé et cætera » nous explique Mme VALENTINE, orthophoniste. C'est un recueil d'informations important qui permet à tous les professionnels de suivre l'évolution du patient.

- Tous les rééducateurs ont des dossiers propres à leur profession où sont notées les informations spécifiques à leur prise en charge.

Les tableaux constituent un autre outil d'information et d'organisation important. Dans la salle des rééducateurs, des tableaux leur permettent de se transmettre rapidement des informations. Il y a un tableau pour les kinésithérapeutes et un commun aux orthophonistes et ergothérapeutes. On y trouve également les plannings de présence de chaque rééducateur et la répartition des patients : ainsi les professionnels savent à tout moment qui est présent dans le service et qui contacter au sujet d'un patient particulier.

On trouve également, au sein du service, les plannings de chaque professionnel, un tableau où sont estimés les horaires auxquels les patients pourront être levés, des tableaux précisant les modes d'alimentation des patients et les examens prévus.

Les professionnels se transmettent aussi des informations directement en chambre : *« les informations sont carrément mises aussi dans la chambre du patient, donc à sa tête de lit sur des affiches, des choses comme ça »* (Mme VÉRONIQUE, kinésithérapeute).

a. Les groupes de travail

Des groupes de travail ont été mis en place au sein de ce service.

Mme EUGÉNIE, cadre kinésithérapeute, nous apprend que des groupes de professionnels ont été constitués afin d'expliquer *« ce que c'était qu'un kinésithérapeute en gros, ce qu'il faisait dans le SRPR, les ortho [...] et] les ergo ont fait la même chose [...] pourquoi il y a une machine de ventilation, qu'est-ce qu'elle fait, pourquoi elle est là, pourquoi on la met »*.

Tout un travail a également été fait sur le processus de décanulation ou sevrage de la trachéotomie au sein du SRPR. Une procédure a ainsi été élaborée par ce groupe de travail. Tous les corps de métier participent à cette procédure, dont M. GABIN, cadre infirmier, a été l'un des principaux instigateurs :

Toute l'équipe sait que pour le processus de sevrage de la trachéotomie, tous les intervenants interviennent que ça soit l'aide-soignant, dans le confort, dans l'alerte, que ça soit l'ortho sur certains versants que ce soit la déglut ou autre, la valve, que ça soit le kiné, que ça soit voilà. Tout le monde sait qu'il intervient, chacun dans son champ de compétences, qu'il y a des points de chevauchements.

Une des composantes de cette procédure est la collaboration étroite entre orthophonistes, kinésithérapeutes et infirmières. Nous avons pu, par exemple, observer des prises en charge communes entre orthophonistes et kinésithérapeutes autour des essais de déglutition. Le kinésithérapeute intervient alors pour désencombrer et aspirer le patient lors, par exemple, de fausses-routes.

Suite au processus de sevrage de la trachéotomie, lorsque le patient est décanulé mais qu'il conserve des troubles de déglutition, l'orthophoniste poursuit sa rééducation. Pour cela, il y a passage de relais entre orthophonistes et équipe soignante. Mme PAULINE, orthophoniste, expose en quoi cela consiste : ce relais vise à réentraîner les capacités de déglutition, *« mais il y a un moment donné où on a quand même l'objectif de la réalimentation [qui] ne peut se faire que s'il y a d'autres acteurs qui interviennent, et ça c'est le relais à l'équipe [soignante] »*.

Devant le besoin exprimé par les rééducateurs, un groupe de travail s'est également créé pour mettre en place une salle de rééducation au sein du SRPR afin de faciliter les prises en charge rééducatives. Cette demande a abouti courant 2007 : un local inutilisé a été aménagé pour pouvoir accueillir des patients.

b. Les formations

Des formations internes sont organisées au sein de l'hôpital pour permettre une meilleure connaissance à la fois des pathologies et du travail des autres professionnels. Elles visent également à former les nouveaux arrivants au fonctionnement spécifique du travail en service de rééducation.

La formation dite « trachéotomie » est une des principales formations, mise en place par des professionnels du SRPR. Elle est reconduite chaque année pour tous les nouveaux arrivants, toutes professions confondues, dans l'hôpital. Elle est présentée par trois intervenants du SRPR : une orthophoniste, une infirmière et un kinésithérapeute. Chacun

présente son rôle dans la prise en charge des patients trachéotomisés et en donne les grands principes.

Au sein même du SRPR, différents corps de métier ont eux-mêmes organisé des présentations de leur profession respective. Mme BERNADETTE donne l'exemple de la *« formation ergothérapeute [...] où ils nous montrent leur travail. Ils ne font pas orthophoniste. Ça serait je pense pas mal, parce que nous en tant qu'infirmières, c'est vrai qu'on se fait une idée de l'orthophonie qui peut être complètement différente »*.

c. Apports pour les professionnels

Tous ces moyens de communication et d'organisation permettent, dans un premier temps, l'intégration des nouveaux arrivants, comme le précise le cadre infirmier *« quand on travaille sur ces axes-là du travail ensemble et des travaux pluridisciplinaires et du sens qu'on donne à son travail, le pourquoi du patient [...], ça permet de faciliter l'intégration »*. L'accent est mis dans le service sur leur accueil, de plus, les différentes formations proposées au sein de l'hôpital et du SRPR leur permettent de mieux comprendre le travail au sein de l'unité, de s'intégrer et d'être opérationnel plus rapidement.

Ils permettent également aux professionnels de mieux connaître le rôle et les tâches de chacun auprès du patient : *« on en sait un peu plus sur les autres »*, commente Mme AGATHE, kinésithérapeute ; et de comprendre comment s'imbrique le travail de chacun au sein de la prise en charge globale du patient : *« Ça nous ouvre un peu, parce qu'on a tendance à voir notre patient juste sous notre angle à nous »* (Mme LUCIENNE, interne). Les professionnels mettent en avant l'apport des réunions et principalement du mini-tour : il s'agit pour eux d'un véritable outil de communication, d'interconnaissance et de collaboration interprofessionnelle.

Il est important qu'il y ait une concertation entre les professionnels au sujet de ce qui va être dit à la famille *« pour qu'on ne puisse pas dire le contraire [...] Parce que le plus souvent les visiteurs, ils prêchent le faux pour connaître le vrai. Et si tout le monde raconte n'importe quoi à n'importe qui, après on se retrouve dans des histoires incroyables... »* (Mme MARCELLE, aide-soignante). Mme AGATHE, kinésithérapeute, insiste : *« il faut qu'on se dise bien nous déjà ce qu'il s'est passé pour pouvoir bien expliquer à la famille. C'est une communication entre professionnels avant de pouvoir expliquer à la famille »*. Ainsi, les réunions de famille permettent à tout le monde d'avoir

les mêmes informations mais également aux professionnels d'ajuster leur prise en charge en fonction des renseignements apportés par la famille, pour ensuite les intégrer éventuellement à la prise en charge.

19. Des personnes référentes

d. Les principaux référents

1.1.4. Mme ANGELE, praticien hospitalier

Mme ANGÈLE a été reconnue par l'ensemble des professionnels comme « *le chef d'orchestre* » du service, de par sa fonction de praticien hospitalier, sa présence et son implication depuis de longues années. Le cadre infirmier décrit son rôle comme « *un rôle de projets, de coordination de tous, donner du sens [...] à la prise en charge du patient* ». Pour les professionnels interviewés, Mme ANGÈLE incarne l'autorité, en tant que praticien hospitalier, qui aura « *toujours le dernier mot* » (M. ODILON, psychologue), ce qui ne l'empêche pas de prendre en compte les compétences spécifiques et opinions de chacun. Elle s'appuie sur les professionnels, par exemple, lors des réunions, où la parole de chacun a de la valeur et est respectée. Ceux-ci apprécient les nombreux échanges possibles avec elle, de par sa présence quotidienne et son accessibilité, et aussi la part de liberté qu'elle laisse à chacun dans ses prises en charge. « *Quand l'équipe va lui dire : « voilà, avec ce patient-là, il y a tel problème, on n'y arrive pas [...] », elle est à l'écoute et elle agit [...] elle est motivée, elle aime bien [son travail] et puis bon elle est douée pour ça* » (Mme LUCIENNE, interne). Elle est donc très appréciée par les membres de l'équipe pour ses compétences, ils ont confiance en elle et n'hésitent pas à l'interpeller : « *elle a ce côté un peu maternant « c'est mon équipe » un peu et puis elle nous le fait bien sentir* » (Mme VALENTINE, orthophoniste). De plus, elle est présente dans ce service depuis de très nombreuses années : « *je me suis toujours occupée de cette unité* » (Mme ANGÈLE), qu'elle connaît bien et où elle a développé une grande expérience, ce que les professionnels respectent et apprécient.

Sa motivation, sa volonté font d'elle une des forces de l'équipe. Ainsi, comme l'explique Mme ALIX, assistante sociale, « *c'est l'élément qui fait que... elle va faire en sorte que ça fonctionne bien dans le service* ».

1.1.5. M. GABIN, cadre infirmier

M. GABIN a travaillé quatre ans dans le SRPR, en tant que cadre infirmier, et était présent lors de nos observations. Il a été unanimement reconnu comme pièce maîtresse du SRPR, de par sa fonction de cadre infirmier mais également par son implication et les projets qu'il a mis en place. Il était présent en permanence dans le service et à tous les temps forts, ce qui le rendait facilement accessible. Il se décrit lui-même comme un « intermédiaire », un « pivot central », « la ressource un petit peu de tous ». Une des fonctions principales du cadre infirmier est de centraliser les informations. Il a un rôle organisationnel et a été à l'origine de nombreux projets dans le service « *de recherches, d'avancées, [...] de techniques [...] et tout ce qu'on fait sur le sevrage de la trachéotomie, par exemple, c'est lui qui l'a lancé* » (Mme VÉRONIQUE, kinésithérapeute). Mme AIMÉE, infirmière, ajoute qu'« *il a pu amener l'équipe à s'investir dans des tas de domaines, par sa façon d'amener les choses et de nous faire travailler, notamment par exemple avec la formation trachéo* ». Parmi tout ce qu'il a mis en place dans l'unité, on peut citer les groupes de travail et formations, son implication dans les accueils des étudiants et des nouveaux arrivants. Il est très estimé pour cela par l'ensemble de ses collègues, qui le décrivent comme un professionnel impliqué, investi, motivé et motivant, comme un soutien : « *il prenait bien soin de l'équipe, il communiquait bien aussi, il était bien à l'écoute un peu de tout ce qu'il se passait, il était un grand lien avec les familles aussi* » (Mme LUCIENNE, interne).

Il est le supérieur hiérarchique des infirmières et aides-soignants, mais son rôle est plus vaste, car il est en lien à la fois avec l'équipe soignante, les cadres rééducateurs et d'autres intervenants extérieurs au service. Il nous explique qu'avec les rééducateurs « *il n'y a pas de lien hiérarchique. Mais il y a un lien fonctionnel de fait qui se fait [...] parce que les gens travaillent dans le service, ils sont dépendants aussi de ma position à moi, donc il y a un accord tacite de coordination et d'accord par rapport à ça* ».

En incitant les professionnels à travailler ensemble, il a fait en sorte que chacun connaisse les contraintes et les tâches des autres, et les prennent en compte dans sa propre pratique.

a. Comment l'orthophoniste peut-elle devenir une référente ?

Dans son champ de compétences, l'orthophoniste peut être appelée à devenir une personne référente. Le médecin la considère comme indispensable à ce type de service, particulièrement par le nombre de patients trachéotomisés, où la prise en charge de la déglutition est primordiale, et en éveil de coma, période pendant laquelle le retour à la

communication est important. Les professionnels reconnaissent eux aussi la place importante de l'orthophonie au sein du SRPR. Le cadre kinésithérapeute ajoute qu'« *il n'y a pas une fois dans la journée où on ne parle pas de l'ortho parce qu'on a en gros huit ou dix trachéo sur les dix-huit patients [...]. Il est évident que là, la place de l'ortho est vraiment primordiale* ». Elle continue en expliquant que l'orthophonie n'avait pas cette place quelques années auparavant dans le service. Ainsi, l'orthophoniste devient un référent dans le cadre de la prise en charge de la déglutition, notamment lors des relais à l'équipe, mais aussi des radiocinéma. En effet, Mme LUCIENNE, interne, explique que « *[l'orthophoniste] nous les interprétait au fur et à mesure, donc ça ce n'était pas mal* » ; ainsi, dans cet exemple, l'orthophoniste devient référente pour l'interne.

De même, ses savoirs et son regard spécifiques dans le domaine de la communication font d'elle un interlocuteur privilégié. Par exemple, M. ODILON, psychologue, dit avoir fait appel à elle avec un patient Locked-in Syndrom avec lequel la communication s'avérait difficile. Mme GENEVIÈVE, ergothérapeute, donne l'exemple d'un patient avec lequel elle n'arrivait pas à mettre en place le code de communication : « *je serais partie dans des choses, je pense, un peu trop compliquées pour lui ; alors que [l'orthophoniste] a commencé par des choses très simples : désigner une lettre, des mots de trois lettres...* ».

Ainsi, les différents professionnels s'adressent à l'orthophoniste en tant que personne référente pour des problématiques particulières relevant de ses compétences. Cependant, nous avons pu observer que l'orthophoniste est également un référent pour les familles pour ces mêmes problématiques.

IV. L'ORTHOPHONISTE AU SEIN DE L'EQUIPE

20. Connaissance de l'orthophonie

Mme ANGÈLE (praticien hospitalier) explique qu'au sein du SRPR, les professionnels sont amenés à travailler en présence les uns des autres, notamment dans les chambres doubles, lors de leurs tâches respectives et « *c'est ça qui fait, je pense, qu'au SRPR plus qu'ailleurs, une aide-soignante a une idée de ce qu'est le métier [...] d'orthophoniste* ». Tous les professionnels mettent en avant le rôle de l'orthophonie dans la prise en charge de la déglutition ; la communication et le langage sont également cités comme un domaine essentiel de sa prise en charge. Par contre, très peu sont ceux qui citent les fonctions cognitives comme appartenant à son champ de compétences. Seul un professionnel parle du rôle de l'orthophonie lors de l'éveil. D'après nos observations, cela

correspond néanmoins à la répartition du temps de prise en charge des orthophonistes dans l'unité. Nous avons regroupé, ci-dessous, dans le tableau 2, les domaines que les professionnels nous ont évoqués lorsque nous les interrogeons sur la pratique orthophonique dans ce SRPR.

| NOM | PROFESSION | Déglutition | Sevrage trachéotomie | Essai-repas | Langage | Communication | Fonctions cognitives | Eveil | Respiration relaxation | Bilan |
|------------|------------------|-------------|----------------------|-------------|---------|---------------|----------------------|-------|------------------------|-------|
| LAZARE | Aide soignant | X | | X | | | | | | |
| MARCELLE | Aide soignante | X | | X | X | X | | | | |
| ALIX | Ass.sociale | X | | X | X | X | X | | | X |
| ANGÈLE | Praticien hosp. | X | | | X | X | | | | X |
| LUCIENNE | Interne | X | | | | X | | | | |
| YVETTE | Diététicienne | X | | X | | | | | | |
| HONORINE | Ergothérapeute | X | X | X | X | X | X | X | | |
| GENEVIÈVE | Ergothérapeute | | | | | X | X | | | |
| RAYMONDE | Ergothérapeute | X | | | | | X | | | |
| BERNADETTE | Infirmière | X | X | | | | | | | |
| GABIN | Cadre infirmier | X | X | X | | X | | | | |
| AIMÉE | Infirmière | | X | | | | | | | |
| ELLA | Kinésithérapeute | X | | X | | X | | | X | |
| VÉRONIQUE | Kinésithérapeute | X | X | | X | X | | | | |
| AGATHE | Kinésithérapeute | X | | | | X | X | | | |
| EUGENIE | Kinésithérapeute | X | X | | X | | X | | | X |
| ODILON | Psychologue | X | | | X | X | | | | |

Tableau2 : Connaissance de la pratique orthophonique

Les orthophonistes insistent sur le fait d'être présentes tout au long de la journée dans le service, afin de pouvoir être sollicitées, selon les besoins, par les professionnels de l'équipe, mais également par les familles, qui ne sont présentes que les après-midi.

Un lien particulier existe également entre orthophonistes et familles dans le sens où la reprise alimentaire est souvent le premier espoir d'évolutions futures. Les orthophonistes nous expliquent l'importance de faire participer les familles, et quand cela est possible, de les impliquer : « *le côté nourricier tout ça, c'est important que ce soit une maman qui donne à manger à son fils, plus qu'un kiné ou qu'un infirmier [...] il y a des moments forts du coup de tenir la cuillère en même temps que la maman pour lui montrer comment on peut faire* » (Mme JULIENNE, orthophoniste) ; ceci renforce le lien entre le patient et sa famille et également entre les orthophonistes et les familles.

21. Respect des champs de compétences

1.1. Des champs de compétences délimités

La profession d'orthophoniste, comme nous l'explique Mme VALENTINE (orthophoniste) « *est une profession qui [est...] parfois à cheval sur des connaissances qu'ont les [autres professionnels]* ».

Les champs de compétences des orthophonistes et kinésithérapeutes se rapprochent en ce qui concerne la déglutition. Dans le service, les professionnels font état de limites bien définies et déterminées. En effet, les deux professions sont formées à la déglutition lors de leurs études ; cependant, comme l'explique Mme ELLA, kinésithérapeute, « *on ne focalise pas forcément sur les mêmes choses. Moi je vois plus les poumons, je vois plus les abdominaux, le diaphragme, comment il va marcher. Puis elle, elle verra plus autre chose je pense* ». De ce fait, leurs compétences sont complémentaires, ce qui enrichit la prise en charge. On se rend compte que finalement la question de la déglutition entre orthophonistes et kinésithérapeutes ne se pose même pas. En effet, si dans certains centres, la déglutition est prise en charge par les kinésithérapeutes, dans ce SRPR, ce sont les orthophonistes qui s'en occupent. Ainsi, Mme PAULINE, orthophoniste, nous dit avoir l'impression que les rôles sont bien définis pour chaque professionnel.

La question du recoupement des champs de compétences se pose également avec les ergothérapeutes et les psychologues en ce qui concerne la communication et les fonctions cognitives. Certains interviewés reconnaissent que ces compétences sont aussi du ressort de l'orthophoniste ; cependant, ils distinguent peu ces deux termes.

Sur le versant de la communication, Mme PAULINE, orthophoniste, explique que « *[celle-ci] n'appartient à personne, puisque la communication, c'est le fait de tout le*

monde », des professionnels aussi bien que des familles. Cependant, l'orthophoniste, en tant que « *thérapeute de la communication* » (Mme VALENTINE, orthophoniste), a un regard spécifique plus à même de déceler des troubles sous-jacents et de mettre en place une communication adaptée au patient. Mme PAULINE ajoute que sa spécificité est « *de pouvoir regarder d'une manière spécifique [...] tout ce qui est [...] autour de la communication telle qu'on la perçoit nous, [...] dans les échanges. [...] la façon dont on se positionne [...] pour parler au patient, c'est quelque chose de très spécial* ». Malgré cette spécificité déclarée, les orthophonistes relatent des chevauchements de compétences avec les ergothérapeutes, qui n'entraînent cependant pas de conflits. Elles donnent plusieurs explications à cela. Mme PAULINE reconnaît que c'est « *une compétence vraiment partagée* » avec les ergothérapeutes. Pour Mme JULIENNE, la formation des ergothérapeutes « *valorise beaucoup la communication [...] du coup, ça les trompe un peu par rapport à la complexité que ça peut représenter [...]. Donc, il faut redéfinir assez régulièrement quand même avec les ergo sachant que c'est fait simplement* ».

Quant aux fonctions cognitives, Mme VALENTINE explique que pour elle « *le cognitif, c'est un peu flou surtout par rapport à l'expérience que j'ai eue avant* » ; en effet, elle a effectué auparavant un stage dans un service d'éveil de coma, dans lequel le cognitif était uniquement pris en charge par les orthophonistes. De plus, celles-ci étant quelque peu monopolisées par la prise en charge de la déglutition, les ergothérapeutes s'en chargent le plus souvent, sans que cela ne génère de conflits : « *je trouve qu'il n'y avait pas de conflits de compétences* » (Mme JULIENNE, orthophoniste). Mme RAYMONDE, ergothérapeute, ajoute que la délimitation entre les compétences lui semble nette, aussi bien du côté des ergothérapeutes que de celui des orthophonistes. Comme nous avons pu le voir précédemment, orthophonistes et ergothérapeutes sont amenées à échanger et à travailler ensemble dans ce domaine partagé qu'est celui des fonctions cognitives. Enfin, M. ODILON, psychologue, n'a « *pas le sentiment de prendre sur le champ des orthophonistes ou des ergothérapeutes parce qu'il a] une formation qui est très différente* ». De plus, n'étant pas neuropsychologue de formation, il ne se sent donc « *pas envahi ou persécuté par les orthophonistes ou les ergothérapeutes* ».

La période particulière qu'est l'éveil de coma nécessite des sollicitations quotidiennes et variées. Les professionnels sont donc amenés à réaliser des tâches très proches les unes des autres, ce que les ergothérapeutes reconnaissent, comme Mme HONORINE : « *au moment où la personne est vraiment éveillée, ça se répartit correctement. C'est qu'au début on est obligé d'essayer un peu tous les canaux pour essayer de trouver quelque chose qui intéresse la personne. Et après ça redevient clair* ». Pour le cadre

kinésithérapeute, « *sur le SRPR, on ne peut fonctionner que si on accepte, [...] pas le glissement de tâches, mais [c'est-à-dire] de chevaucher un petit peu le travail de l'autre dans l'intérêt du patient* ». Mme VALENTINE, orthophoniste, insiste « *c'est vraiment un service spécifique donc du coup il y a des fois où on peut quand même avoir une certaine tolérance pour ces chevauchements, à partir du moment où ce n'est pas systématique* ».

Les professionnels sont ainsi conscients de partager certaines compétences tout en conservant leur regard spécifique sur le patient. De même, les compétences des orthophonistes semblent donc connues et respectées par les autres professionnels, malgré les chevauchements partiels des champs de compétences. Ainsi, chaque professionnel sait interpeller les orthophonistes à bon escient : « *J'avais besoin qu'on vienne m'aiguiller pour le code de communication. [...] J'ai contacté tout de suite [...] l'orthophoniste* » (Mme ALIX, assistante sociale). Il en est de même lorsqu'il s'agit de problèmes liés à la déglutition. Mme PAULINE, orthophoniste, souligne que « *dans la tête de chacun, les rôles sont bien déterminés, les gens savent ce que fait l'orthophoniste, comment, ce qu'on peut demander ou ne pas demander* ».

1.2. Des conflits, liés aux compétences, limités

Comme on a pu le voir précédemment, il existe peu de conflits liés aux compétences dans ce service. Les champs de compétences sont bien délimités, un travail a été fait dans le service sur les points de chevauchements existants entre les différentes professions. Pour le cadre infirmier :

Quand on a identifié les moments où il y a des chevauchements et qu'on a dit « faites-le ensemble » parce qu'il y aura une plus-value [...] ça incite les personnes à travailler ensemble. Donc du coup ça permet de faire tomber un certain nombre de barrières et d'a priori, et de préjugés. [...] Concrètement ils se rendent compte des limites de chacun.

C'est ce qui a été fait pour le processus de sevrage de la trachéotomie. De plus, le cadre kinésithérapeute ajoute que « *si on part du besoin du patient, on voit automatiquement qu'on va s'articuler de manière harmonieuse sans forcément se bagarrer pour avoir telle et telle tâche ou telle et telle autre tâche* ».

Cependant, des professionnels remarquent quelques désaccords. Étant donné que certaines compétences se recoupent, les thérapeutes sont amenés à « *[utiliser] un petit peu*

de ce que fait l'ergo, un petit peu de ce que fait l'ortho. Bon il y en a qui ne sont pas très d'accord. Ils préfèrent que ça soit bien défini » (Mme AGATHE, kinésithérapeute). Pour Mme PAULINE, orthophoniste, ce qui importe « *c'est la conscience de ce que l'on fait et de pourquoi on le fait* ». De ce fait, le dépassement des limites des champs de compétences, sans avoir compris la raison de ce que l'on fait et la manière de le faire, peut entraîner des conflits ; « *donc si la personne a envie de savoir pourquoi on fait comme ça et a envie de le faire : il n'y a pas de problème. Mais si c'est aller plaquer des choses comme ça, ça me met en colère* » (Mme PAULINE).

La majorité des interviewés rapporte que, si conflit il y a, la plupart du temps, ce n'est pas dû aux professions ni aux champs de compétences, mais aux personnalités des professionnels : « *ce n'est pas en fonction de la profession, ça va être en fonction des personnes, [...] comme dans tout groupe humain, il y a parfois des relations plus difficiles qu'avec d'autres* » (M. ODILON, psychologue). Les professionnels expliquent que lorsqu'un conflit se présente, ils s'efforcent d'y remédier immédiatement. Pour cela, ils préconisent la discussion, notamment lors des réunions : « *du moment qu'on explique ce que l'on fait et pourquoi, ça passe tout seul* » (Mme YVETTE, diététicienne).

Les orthophonistes relatent que, dans une situation conflictuelle, ou sur le point de le devenir, elles opèrent elles-mêmes des « *réajustements* » (Mme VALENTINE) avec les professionnels concernés. Mme JULIENNE, quant à elle, dit « *redéfinir assez régulièrement* » les limites des prises en charge, notamment avec les ergothérapeutes, ce qui « *demande un petit peu de diplomatie pour arriver à expliquer que ça, c'est du domaine des ortho [...] ou en tout cas que l'intervention de quelqu'un d'autre [...] ne vienne pas à l'encontre du travail orthophonique* ». Ainsi les conflits strictement liés aux champs de compétences sont rares et gérés immédiatement.

Chapitre V
DISCUSSION DES RESULTATS

I. DISCUSSION DES HYPOTHESES

Suite à notre analyse, les résultats obtenus semblent corroborer nos hypothèses initiales. Nous devons cependant garder une certaine réserve ; en effet, s'agissant d'une étude sociologique, nos hypothèses ne peuvent être validées au sens scientifique du terme ; de plus, ayant réalisé une monographie d'un service particulier, ces mêmes résultats ne peuvent être généralisés.

22. Communication et interprofessionnalité

a. L'influence des outils de travail spécifiques

Il nous semblait initialement que la pluridisciplinarité était le mode d'organisation le plus adaptée au travail dans un Service de Rééducation Post-Réanimation (SRPR). Ce postulat initial est confirmé par la grande majorité des professionnels qui utilise ce terme pour qualifier le travail dans ce type de service. Cette prise en charge pluridisciplinaire avait déjà été préconisée par Roger-Dalbert et al. (1995) ainsi que par Tasseau et al. (2005), dans ce contexte particulier qu'est la prise en charge en phase initiale.

Le service étudié peut véritablement s'apparenter à un système d'action concret, au sens de Crozier et Friedberg (1977) et de Friedberg (1997), en ce qu'il met en place des moyens concrets coordonnant les actions des différents professionnels y travaillant. Ce système possède une organisation permettant ainsi aux professionnels de communiquer efficacement et de travailler en collaboration.

Comme Grosjean et Lacoste (1999) l'avaient déjà remarqué, il existe différentes équipes s'imbriquant les unes dans les autres. Dans notre étude, nous remarquons qu'il existe l'équipe pluridisciplinaire regroupant tous les professionnels du service, l'équipe soignante, l'équipe des rééducateurs, et, à plus petite échelle, l'équipe orthophonique. Ainsi, l'orthophoniste sera amené à travailler et à communiquer avec ces différentes équipes grâce aux différents moyens mis en place, qui sont des « *savoir-faire communicationnels* », au sens de Grosjean et Lacoste (p.188) :

- Avec l'équipe pluridisciplinaire au moyen de réunions hebdomadaires et de dossiers
- Avec l'équipe soignante au moyen des relais à l'équipe et des dossiers de soins

- Avec les rééducateurs par le biais de la salle des rééducateurs et de ses tableaux, ainsi que par le biais de la salle de rééducation et des séances communes s’y déroulant
- Entre orthophonistes au moyen des relèves et des dossiers orthophoniques.

Ces moyens de communication au sein de l’équipe ont une influence directe sur les relations et la communication avec les familles des patients : en effet, comme l’expliquent Pélissier et al. (1991), le discours tenu par l’équipe à la famille doit être clair et informatif, ce qui nécessite une concertation préalable entre les professionnels, avant de donner une quelconque information.

Pour Naiditch et Oberlin (1995, p.739), « *les soignants [...] se doivent de concevoir d’emblée [des] prises en charge globales, en coordonnant leurs interventions dans l’espace et dans le temps, ce qui rend encore plus complexes les ajustements nécessaires des différents acteurs* ». Il apparaît dans notre étude que cette complexité et les ambiguïtés qui lui sont dévolues peuvent être levées par la mise en place de moyens qui aident à la structuration du travail en commun et qui le favorisent.

Les « *savoirs communs* », au sens de Grosjean et Lacoste (1999), sont favorisés par la mise en place dans le service de formations et groupes de travail. Ces outils sont des « *savoir-faire organisationnels propres au service* » (p.188), qui favorisent l’intégration des nouveaux arrivants et encouragent la collaboration interprofessionnelle en mettant en évidence les différentes possibilités d’imbrication du travail de l’ensemble des professionnels. Ainsi, ils prennent conscience de la nécessité et de la richesse de l’interprofessionnalité. Si nous reprenons l’exemple du processus de sevrage de la trachéotomie, les professionnels sont informés de qui intervient et à quel moment ; de ce fait, ils savent comment s’articule leur travail respectif et dans quelles conditions ils pourront travailler ensemble sur des temps communs.

Ainsi, ces différents outils, que nous avons pu déterminer lors de notre étude, encouragent et facilitent l’interprofessionnalité. C’est par tous ces moyens que l’orthophoniste, en tant qu’acteur particulier du système, va s’inscrire au sein de l’équipe pluridisciplinaire et va permettre à son action de s’articuler avec celle de tous les autres intervenants.

b. L’influence des personnes ressource

Notre hypothèse, selon laquelle la présence de personnes ressource a une influence sur la communication et la collaboration interprofessionnelle, étant validée, nous avons pu mettre en évidence quels étaient les piliers de ce service. Gonnet (1992) a montré dans son étude que le rôle de personne ressource est souvent endossé par la surveillante, ou cadre infirmier, ce que nous retrouvons également dans notre monographie, en la personne de M. GABIN. Nous avons également remarqué que ce rôle pouvait être endossé par le praticien hospitalier du service, en la personne de Mme ANGÈLE. En effet, leurs actions et la représentation que les gens ont d'eux correspondent aux définitions de Gonnet et de Grosjean et Lacoste (1999), dans lesquelles ils précisent que leur rôle est, entre autre, d'inciter les gens à coopérer.

1.1.2. Mme ANGELE, praticien hospitalier, et M.GABIN, cadre infirmier

Au sein de ce service, Mme ANGÈLE est une personne ressource : d'une part par sa place hiérarchique au sein de l'équipe, mais également par son rôle expert et sa connaissance du service et du métier. En tant que praticien hospitalier, elle incarne l'autorité médicale, au sens de Nettleton (1995), tout en entretenant avec le reste de l'équipe des relations horizontales (Kuty, 1975, cité par Carricaburu & Ménoret, 2004). En effet, elle laisse à chacun une part importante de liberté dans son travail et reste très accessible aux professionnels. Elle favorise et influence le travail en collaboration : en effet, elle incite les professionnels aux échanges notamment lors des réunions, où elle s'appuie énormément sur l'avis de chacun et laisse à tous la possibilité de s'exprimer. Son rôle est défini par le cadre infirmier comme un « *rôle de projets, de coordination de tous, donner du sens un petit peu à la prise en charge du patient* ». Ceci rejoint la définition que Grosjean et Lacoste (1999) donnent du rôle du médecin dans le premier niveau d'articulation du travail selon Strauss (1992). En effet, Mme ANGÈLE « *a le tableau d'ensemble [du travail] : les traits principaux de l'arc de travail, les tâches principales à effectuer* » (Strauss, p.197) ; de ce fait, elle donne les axes principaux de la prise en charge globale du patient et se trouve alors dans la dimension de la délégation, au sens de D'Amour et al. (1999).

De même M. GABIN, a eu une grande influence sur la mise en place d'un travail de collaboration entre les intervenants au sein du service. En effet, il a impulsé un grand nombre de projets (salle de rééducation, processus de sevrage de la trachéotomie, formations et groupes de travail) ayant pour but l'interprofessionnalité. De plus, de par sa position de cadre infirmier, il coordonne les actions de chacun et toutes les informations passent par lui. Au deuxième niveau de l'articulation défini par Strauss, M. GABIN

supervise et gère les tâches demandées par le médecin, directement auprès des professionnels ; il constitue donc un passage obligé de l'information, instaurant ainsi une relation particulière entre lui et les autres professionnels. Gonnet (1992) a mis en évidence dans son étude que le cadre infirmier est l'interlocuteur privilégié du médecin et de l'équipe soignante. D'après nos résultats, nous pouvons étendre ce constat à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, rééducateurs compris. Son action au sein du SRPR a favorisé le travail d'équipe et l'interconnaissance.

Leur rôle de personne ressource semble renforcé par la confiance que leur accorde l'ensemble des professionnels interviewés. L'établissement d'une relation de confiance entre professionnels est cité par D'Amour et al. comme faisant partie intégrante de la collaboration interprofessionnelle telle qu'elle est vécue par les acteurs. La confiance est un des déterminants de la collaboration interprofessionnelle qui a une influence sur les acteurs en interaction : la confiance entre professionnels leur permet de dialoguer librement, dans le respect et sans jugement, ce qui, de fait, favorise le travail d'équipe. Les résultats de notre étude corroborent donc ceux de D'Amour et al.

Ces deux personnes sont garantes de l'articulation des acteurs et de leur travail au sein du service. Elles ont également un rôle important dans la résolution d'éventuels conflits, ce que Grosjean et Lacoste soulignaient uniquement pour le médecin. Praticien hospitalier et cadre infirmier sont donc, dans ce service, des piliers en ce qu'ils influencent le travail en équipe, dans le sens d'une amélioration et d'une facilitation de la collaboration interprofessionnelle.

1.1.3. L'orthophoniste comme personne ressource

De même, l'orthophoniste, au troisième niveau de l'articulation du travail selon Strauss (1992), devient une personne ressource pour des problématiques particulières relevant de ses compétences. Cette place de référent est possible entre autres car le médecin, personne ressource, la considère comme indispensable à un service tel que le SRPR et lui accorde une grande confiance. De plus, le système en lui-même et son organisation permettent à l'orthophoniste de prendre cette place. En effet, les pathologies propres à ce type de service (trachéotomie, éveil de coma...) rendent l'orthophonie incontournable : par exemple, la déglutition est une prise en charge très investie par les orthophonistes, mais aussi par les familles des patients dans le lien affectif que représente l'oralité entre famille et patient. L'orthophoniste est également amené à endosser ce rôle dans le cadre de la prise en charge de la communication, notamment dans la mise en place et la fiabilisation

du code de communication. Ce qui est d'autant plus vrai que l'orthophoniste peut être considéré comme un spécialiste de la communication et du face à face (Grosjean & Lacoste, 1999). Les orthophonistes du SRPR se revendiquent comme tel, et les professionnels lui reconnaissent également cette compétence. Cependant, ils mettent plus en avant, dans leurs propos et leurs exemples, la déglutition comme spécificité de l'orthophoniste dans ce service.

Enfin, les différents moyens de communication et outils de travail mis en place peuvent permettre aux orthophonistes de prendre cette place de pilier, dans des circonstances particulières, comme par exemple, lors du relais à l'équipe, de formations, d'examens particuliers (radiocinéma)...

23. Interconnaissance et champs de compétences

a. Orthophonie : de l'interconnaissance à la reconnaissance

Comme l'explique Perdrix (2007), l'orthophonie se base sur « *des champs connexes et multiples* » (p.152) : de ce fait, l'orthophoniste est confronté à des zones limitrophes, au sens de D'Amour et al. (1999), avec d'autres groupes professionnels, qu'il doit gérer pour délimiter et préserver son champ de compétences. Les orthophonistes doivent donc se forger une identité professionnelle, au sens de Gonnet (1992) au sein du service, leur permettant ainsi de délimiter leur territoire vis-à-vis des autres professionnels.

Dans le service étudié, cette limitation des champs de compétences ne semble pas poser de problèmes majeurs. En effet, l'accent est mis sur l'interconnaissance, ce que D'Amour et al. avaient déjà citée dans leur étude comme une des caractéristiques de la collaboration interprofessionnelle. Celle-ci est permise par la mise en place des moyens de communication et de collaboration interprofessionnelle cités précédemment. Tous ces outils, mais aussi le travail des personnes ressource, ont aidé à mettre à plat les différents points de chevauchements existants entre les professions ; et ainsi, à éviter les conflits en permettant que « *chaque catégorie se [sente] à sa place, respecte, [comprenne] ce que font les autres et s'en [serve]* » (Gonnet, p.170-171), et que chacun comprenne comment leur propre travail s'imbrique. Pour reprendre l'exemple du processus de sevrage de la trachéotomie : le fait que soit exposé clairement qui intervient et à quel moment, en plus d'inciter les professionnels à travailler ensemble, leur permet de connaître les domaines de compétences ainsi que les contraintes de chaque corps de métier. Cela permet à chacun

d'être en mesure de délimiter son action par rapport à celle des autres, et de prendre en compte le travail des autres intervenants dans sa prise en charge.

Ainsi, l'ensemble des professionnels, sous l'influence des personnes ressource et des outils de travail mis en place dans le service, connaît les champs de compétences de ses partenaires. De ce fait, chacun, avec son expertise propre, travaille en complémentarité avec les autres professionnels dans la prise en charge globale du patient. Par exemple, les kinésithérapeutes avec leurs connaissances de la respiration et des mobilisations, les ergothérapeutes avec leurs savoir-faire en matière d'adaptations (fauteuil, support pour le code de communication...) et les orthophonistes et leurs connaissances propres de la voix, des troubles du langage et de la communication travaillent de façon complémentaire dans la prise en charge globale de la communication. Ainsi, malgré la présence de chevauchements, inhérents à l'activité dans ce type de service, on se trouve bien dans une situation de pluridisciplinarité au sens de De Béchillon (1997).

De plus, la présence continue, au cours de la journée, des orthophonistes au sein du service les rend plus accessibles et cela semble avoir un impact sur sa reconnaissance, en terme de compétences, au sein de ce service.

L'orthophoniste s'étant forgé une identité professionnelle au sein du SRPR, grâce à tous les moyens cités précédemment, cela lui permet d'être connu et reconnu, par les membres de l'équipe, pour ses compétences. Ainsi, les professionnels savent quand, comment et pour quelles raisons l'interpeller, mais également de quelle façon articuler leur propre travail à celui de l'orthophoniste, ce qui facilite l'interprofessionnalité : *« l'identité professionnelle reconnue favorise la collaboration interprofessionnelle et cette collaboration renforce les identités professionnelles »* (Resweber, 2000, p.114). De ce fait, une relation particulière lie orthophonistes et équipe pluridisciplinaire autour de leurs champs de compétences respectifs.

b. Des champs de compétences partagés

Chabosy et Pressiat (2004) ont montré, dans deux services hospitaliers, d'importantes tensions entre ergothérapeutes et orthophonistes à propos des chevauchements des champs de compétences en particulier en ce qui concerne les fonctions cognitives.

Ces mêmes types de chevauchements ont également été soulevés dans notre étude : certaines compétences concernant les fonctions cognitives, au sein du SRPR, sont

vraiment partagées entre orthophonistes et ergothérapeutes. Néanmoins, ceci ne semble pas soulever ici de difficultés majeures. En effet, dans ce service, a été mis en évidence que la prise en charge des troubles de la déglutition est « *chronophage* », au sens de Le Feuvre (2007, p.49), pour les orthophonistes, notamment car la déglutition est une fonction vitale, qui nécessite donc une prise en charge précoce. Ainsi, le temps imparti à la rééducation des troubles des fonctions cognitives est moindre, les ergothérapeutes s'en chargent donc le plus souvent, sans que cela n'entraîne de conflits, à la différence des résultats obtenus par Chabosy et Pressiat dans des services de court et moyen séjours. Ceci s'explique, en partie, par le fait que l'évaluation et la prise en charge des fonctions cognitives sont souvent difficiles à cette étape de la trajectoire de soins.

Rostaing (2007, p.170), ayant dirigé l'étude de Chabosy et Pressiat, explique que ces tensions sont en partie « *[liées] à la méconnaissance de ce que fait vraiment un autre professionnel* ». Ceci confirme ce que l'on a pu montrer ici, à savoir l'importance de l'interconnaissance dans les rapports entre les professionnels au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Ce service, considéré comme un système d'action concret, répond bien aux critères définis par Friedberg (1997, p.168) : « *un minimum d'interconnaissance, de circulation d'informations et de connaissances communes, permettant des anticipations correctes des comportements des autres, ainsi qu'un minimum d'intercontrôle* ». Le haut degré d'interconnaissance et d'intercontrôle autorise un haut degré de confiance et un fonctionnement très souple.

Ainsi, l'interconnaissance et la communication, mises en avant dans cette unité, permettent aux différents professionnels de mettre à plat les chevauchements et d'éviter ainsi les conflits qui pourraient leur être liés. Ces chevauchements ne semblent donc pas poser de grandes difficultés dans ce service. Les professionnels sont conscients de ces zones limitrophes, et tâchent de conserver chacun leur regard spécifique sur le patient, ce qui, finalement, fait la richesse de la pluridisciplinarité dans ce SRPR.

24. Au-delà de nos hypothèses, des résultats non attendus

D'autres éléments, auxquels nous ne nous attendions pas initialement, ont retenu notre attention au cours de cette étude.

c. L'influence du lieu

Tout d'abord, le fait que les prises en charge soient effectuées dans un lieu unique et circonscrit a un impact important sur la collaboration interprofessionnelle. En effet, la présence des différents intervenants de manière régulière et dans un même lieu facilite les échanges, en particulier informels, et renforce les liens entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Ces fréquents échanges entre les professionnels, et leur apparente facilité, semblent favoriser le travail d'équipe. Les intervenants étant amenés à plus se côtoyer, vont ainsi plus facilement et plus régulièrement organiser des séances de rééducation communes. Cette importance des lieux, « *au sens topographique du terme* » avait déjà été mise en évidence par Resweber (2000, p.115) qui les décrit comme « *[des] lieux de côtoiement obligés, [...] de rencontres informelles, [...] de synthèses ou de supervisions rituelles* ». De plus, le lieu a une influence positive sur l'interconnaissance ; en effet, les professionnels étant présents en continu au même endroit, ils ont l'opportunité d'assister aux prises en charge des autres intervenants. Cette transparence des pratiques permet donc aux professionnels de mieux connaître leurs tâches respectives.

d. La place accordée aux familles

Ensuite, nous avons pu constater que les familles des patients prennent une place très importante à la fois dans la prise en charge de leur proche mais également dans l'articulation du travail autour de la trajectoire du patient. On peut ainsi considérer la famille comme un acteur à part entière du système, notamment par sa présence régulière dans le service. En effet, elle est partie prenante dans la prise en charge de son proche et collabore avec les professionnels qui lui « *reconnaissent des compétences [...] spécifiques avec lesquelles [ils doivent] collaborer* » (Pennec, 2007, p.211). Nous avons pu mettre en évidence que, au sein du SRPR, les professionnels n'envisagent pas la rééducation sans la famille : « *[professionnels et familles] s'y trouvent rassemblés afin de mener à bien leurs objectifs respectifs* » (Carricaburu & Ménoret, 2004, p.30). La famille répond donc bien à la définition d'acteur selon Friedberg (1997) : elle agit au sein du système qu'est le SRPR, et a un rôle et une marge de liberté définis par le système lui-même et ses acteurs. Il existe une véritable collaboration entre équipe et famille, dont les réunions de famille sont un des dispositifs, au sens de Grosjean et Lacoste (1999) : « *pour que le projet soit vraiment partagé et réussisse, il faut parler le même langage, connaître les mêmes définitions et donner aux mots le même contenu. Ce qui veut dire : une bonne communication et un bon coordinateur* » (Pélissier et al., 1991, p.324). Ceci correspond au but même des réunions de famille : « *d'établir un premier contact, d'établir une*

relation de confiance et de partir sur les mêmes bases » (Mme GENEVIÈVE, ergothérapeute).

e. L'influence des facteurs personnels

Enfin, nous avons pu remarquer la part importante de la motivation au sein du SRPR. En effet, étant reconnu par les professionnels interviewés comme l'un des services les moins appréciés de l'hôpital, du fait de sa difficulté, rares sont les professionnels qui souhaitent y travailler ; ainsi, la plupart de ceux qui y exercent l'ont choisi et sont donc motivés et investis dans la vie du service. Mme JULIENNE, orthophoniste, explique : *« je pense que ce qui caractérise aussi les professionnels qu'on rencontre dans ce service quand même c'est la passion c'est vrai [...] la force c'est la passion des gens, l'investissement, la motivation »*. Pour Friedberg (1997, p.24), *« l'engagement, les liens affectifs, [...] contribuent toujours à [un] fonctionnement satisfaisant [du système]. Aucune organisation, aussi utilitaire soit-elle, ne peut se passer de l'enthousiasme et de l'investissement de ses membres »*. La motivation des professionnels et les relations qui règnent entre eux semblent ainsi favoriser la collaboration interprofessionnelle et le travail d'équipe. Nous avons pu remarquer une bonne cohésion au sein de l'équipe, qui reste néanmoins très dépendante des personnes et des personnalités. Il en est de même pour les conflits : nous avons pu mettre en évidence que lorsqu'il y avait conflit, cela était plus lié aux personnes qu'aux compétences et autres chevauchements.

II. APPORTS ET LIMITES DE NOTRE RECHERCHE

25. Limites

a. Liées à la méthodologie

Notre expérimentation a consisté en une observation directe participante et des entretiens semi-directifs. Elle a eu lieu lors d'une période charnière : il y a eu de nombreux changements, au sein du service, en terme de personnel, entre le début et la fin de notre expérimentation. Du fait de la lourdeur des pathologies, ce service est propice au turnover d'effectifs. Lors de la majeure partie de nos observations, M. GABIN était le cadre infirmier du SRPR ; cependant, lorsque nous l'avons rencontré, il ne travaillait plus dans l'unité. Nous avons pris le parti de ne pas interviewer son successeur ; en effet, après quatre années d'exercice dans le service, il y avait mis en place de nombreux outils de

travail et était devenu une véritable personne ressource pour les professionnels. Ce changement en cours d'expérimentation a pu modifier le discours des professionnels, qui ont peut-être idéalisé la période passée avec M. GABIN. De même, une des deux orthophonistes a quitté le service vers la fin de la première session d'observation, nous avons donc assisté à la transition et à l'arrivée d'une nouvelle orthophoniste dans le service. Des réajustements entre orthophonistes ont été nécessaires lors de cette période, ce qui a pu modifier leur discours. Pour plus d'objectivité, nous avons donc choisi d'interviewer les trois orthophonistes ayant travaillé au SRPR pendant la durée de notre expérimentation.

Lors des observations, nous avons endossé à la fois le statut de stagiaire et d'observatrice. Ainsi, nos observations n'ont pas toujours été spécifiques au mémoire : certains éléments ont pu nous échapper du fait de la nécessité pour nous de remplir nos objectifs de stage. En effet, dans cette situation, la posture du chercheur a été délicate à établir et à maintenir, oscillant entre nos positions de stagiaire et d'observatrice. Nous nous sommes investies pendant ces deux années de recherche, aussi bien professionnellement que personnellement, il nous a donc été difficile de construire une distance avec la situation observée ; nous avons ainsi pu perdre notre œil critique et avoir une vision de plus en plus subjective.

Les entretiens ont tout d'abord été réalisés sur la base du volontariat : la moitié des professionnels se sont présentés d'eux-mêmes. Les critères auxquels nous devons répondre dans le choix des personnes interviewées nous ont obligé à demander spécifiquement à certains intervenants, voire à insister. De plus, nos maîtres de mémoire nous ont servi, dans certains cas, d'intermédiaires. Ceci a donc pu avoir une influence sur l'accueil que l'on nous a réservé lors des entretiens. Nous avons essayé de faire en sorte de réaliser toutes nos interviews dans un même lieu, neutre, et dans une période restreinte. Néanmoins, cela n'a pas toujours été possible : nous avons, par exemple, réalisé deux entretiens dans la réserve du SRPR, et avons été interrompues à plusieurs reprises. De plus, nous avons choisi de réaliser systématiquement les entretiens à deux interviewers. Cela était en effet plus confortable pour nous, mais nous avons conscience que cela a pu gêner ou intimider certains professionnels. Enfin, un entretien étant le produit d'une interaction, divers éléments ont ainsi pu être induits de notre part lors de la conversation, comme certains thèmes qui n'étaient pas abordés spontanément par l'interviewé.

Tous ces facteurs ont certainement eu une influence sur le recueil des données, sur les propos des professionnels...

b. Liées au sujet

Il peut paraître curieux de voir que tous les outils que nous avons décrits dans cette étude fonctionnent bien, sans aspérités. Cela peut être expliqué par le fait que notre étude s'est déroulée à un temps t , dans un lieu précis, avec des personnes ressource et des professionnels permettant ce fonctionnement. Nous ne pouvons préjuger du maintien de ce fonctionnement, compte tenu des nombreux changements actuels dans le service.

Nous avons initialement prévu de rencontrer une ou deux familles de patient en entretien, afin d'avoir leur point de vue sur la prise en charge en SRPR et sur les relations avec l'orthophoniste. Mais cela s'est avéré très complexe, du fait de la période particulièrement difficile et douloureuse qu'elles traversent. Cela aurait pu être vraiment enrichissant d'avoir leur avis, étant donné qu'elles sont des acteurs à part entière au sein du système qu'est le service. Le point de vue recueilli est de ce fait restreint, car il se limite à celui des professionnels.

Notre étude visait à étudier la place de l'orthophoniste ; néanmoins, celle-ci est intrinsèquement liée au travail de l'équipe dans son ensemble. On peut donc difficilement dissocier l'orthophoniste du reste de l'équipe pluridisciplinaire. Il a ainsi parfois été difficile pour nous de rester centrées sur l'orthophonie.

Enfin, nous avons réalisé la monographie d'un service particulier : notre étude n'est donc pas généralisable à d'autres SRPR. En effet, l'unité de soins étudiée est une des rares à présenter un temps plein d'orthophonie. De plus, elle a un mode d'organisation particulier mettant en avant la pluridisciplinarité ; alors que d'autres préconisent la multi- ou la transdisciplinarité.

De même, notre étude ne peut être généralisée à d'autres services hospitaliers, même au sein du même hôpital, car les pathologies traitées sont très particulières et l'organisation – aussi bien géographique que pluridisciplinaire – est spécifique à ce service.

26. Apports

D'un point de vue personnel, la méthodologie par entretien semi-directif nous a permis de travailler sur notre posture en relation de face à face. En exercice professionnel, cette technique nous sera particulièrement utile lors de la conduite d'anamnèses. La

méthodologie par observations a également renforcé nos capacités à avoir un regard neuf et critique sur une situation donnée.

À cela s'ajoute notre présence lors des réunions, ce qui pourra nous aider lors d'équipes éducatives, de synthèses..., à prendre la parole, à donner notre point de vue, à être synthétiques, claires et précises dans notre exposé.

De plus, notre formation initiale insiste sur l'importance et l'intérêt du travail en lien avec d'autres intervenants, mais leurs compétences ne nous sont pas ou peu présentées. L'étude d'un service et de son équipe pluridisciplinaire nous a ainsi permis d'approcher concrètement le travail d'équipe et les relations avec les autres professionnels. En effet, dans notre pratique future, nous serons amenées, que ce soit en milieu libéral, institutionnel ou hospitalier, à travailler en réseau.

En tant que futures orthophonistes, cette étude nous a apporté une vision différente de notre profession, sous l'angle des sciences sociales, à travers la perception que professionnels médicaux et paramédicaux ont du travail d'équipe et de la pratique orthophonique ; et particulièrement à travers la perception que l'orthophoniste a du travail pluridisciplinaire. D'un point de vue personnel, nous pensons désormais être en mesure de nous inscrire dans un travail pluridisciplinaire. En effet, nous avons mis en évidence des dispositifs que nous pourrions utiliser afin d'éviter les cloisonnements et ainsi mettre en place une réelle collaboration aussi bien avec des orthophonistes, qu'avec d'autres professionnels médicaux et paramédicaux, mais aussi avec les familles des patients.

Notre étude aura peut-être permis aux professionnels de se questionner sur la collaboration interprofessionnelle et ses apports, et sur la place de l'orthophoniste et ses compétences au sein d'un SRPR.

Dans le domaine médical, la majorité des études sociologiques existantes concernent les professions médicales (médecins, infirmiers) : mis à part le projet Kalliopé, rares sont les études en sciences sociales qui portent sur l'orthophonie. Nous avons pu apporter notre contribution, aussi mince soit elle, à la recherche en orthophonie dans le domaine des sciences sociales.

Nous avons essayé de voir en quoi certains concepts sociologiques sont applicables sur le terrain. Nous avons ainsi pu mettre en évidence qu'il est possible de minimiser, voire d'éviter, les conflits liés aux compétences partagées au sein d'un service hospitalier ; cependant il s'agit d'un équilibre fragile qu'il convient d'entretenir.

CONCLUSION

Notre étude s'inscrit dans le cadre des sciences sociales, en particulier dans les courants interactionniste et de la sociologie des organisations. Il s'agissait donc de voir l'orthophonie sous un angle différent et inhabituel, en effet, peu d'études sociologiques concernent cette profession.

Nous avons cherché à étudier l'interprofessionnalité au sein d'un service particulier qu'est un Service de Rééducation Post-Réanimation (SRPR). Nous nous sommes attachées plus particulièrement à montrer comment l'orthophoniste s'inscrit au sein d'une équipe pluridisciplinaire, comment il articule son travail à celui des autres professionnels et comment ces derniers perçoivent cette place, en terme de compétences spécifiques, et cette articulation.

Nous avons postulé que la communication et l'interprofessionnalité au sein d'un SRPR sont facilitées et favorisées par la mise en place d'outils de travail spécifiques et par la présence de personnes ressource ; ceci permettrait aux professionnels une meilleure interconnaissance de leurs compétences et de ce fait de l'orthophoniste et de ses compétences. Ces hypothèses ont été confirmées, amenant avec elles de nouveaux éléments.

Nous avons ainsi mis en évidence qu'il est possible d'établir une véritable collaboration interprofessionnelle au sein d'un SRPR, à partir du moment où le système met en place des moyens, que nous avons mis en évidence, pour ce faire. Cela n'est possible que par la présence et l'investissement de personnes ressource, que nous avons également déterminées. L'interprofessionnalité dans ce service est également amplement facilitée par la présence des différents acteurs (professionnels, patients, familles) dans un lieu unique, le SRPR.

La communication, la collaboration interprofessionnelle et la présence de tous dans un même lieu permettent ainsi une meilleure interconnaissance aux professionnels. Ceux-ci peuvent alors mieux cerner et mieux comprendre les compétences dévolues à l'orthophoniste et l'articulation de leur travail à celui de l'orthophoniste. Forts de cela, ils peuvent l'interpeller à bon escient.

L'interconnaissance est la base même d'une bonne collaboration interprofessionnelle au sein de ce service : les champs de compétences sont connus et respectés, ainsi les conflits liés aux compétences partagées peuvent être évités.

Il serait intéressant de poursuivre la réflexion que nous avons menée auprès des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire, auprès de familles et éventuellement auprès de patients en ce qui concerne leur vécu de la prise en charge par une équipe pluridisciplinaire au sein d'un SRPR, et particulièrement leur perception du travail de l'orthophoniste mais également des relations qu'ils entretiennent avec celui-ci.

Nous avons pu constater lors de cette étude qu'une réelle collaboration pouvait exister entre famille et équipe pluridisciplinaire en SRPR, mais qu'elle pouvait néanmoins s'avérer difficile à mettre en place. Ainsi, il pourrait être pertinent d'observer les interactions entre les familles et les professionnels (en particulier les orthophonistes), afin de comprendre comment cette collaboration peut se mettre en place et perdurer.

Une autre perspective pourrait être de comparer plusieurs SRPR : aussi bien du point de vue de leur mode de fonctionnement (pluri-, trans- ou interdisciplinarité) que de l'articulation et de la place des orthophonistes. Ce même type de comparaison pourrait être réalisé tout au long de la filière de soins (en réanimation et en médecine physique et de réadaptation).

Enfin, notre recherche a montré que les outils mis en place dans ce service, à un moment donné, permettent une véritable collaboration interprofessionnelle. Pour comprendre la genèse du fonctionnement du SRPR et son évolution future, une étude sociologique pourrait s'intéresser aux différents facteurs ayant conduit à ce mode d'organisation, avec ces outils particuliers.

Nous souhaitons également insister sur l'apport personnel et professionnel de cette recherche. Elle nous a permis d'envisager notre future profession sous un angle particulier, et nous a également montré l'intérêt et le bénéfice de travailler en équipe dans ce type de service, ce que nous pourrions appliquer quels que soient le lieu d'exercice et les pathologies rencontrées.

2. BIBLIOGRAPHIE

Adam, P., & Herzlich, C. (1994). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Nathan.

Annandale, E. (1998). *The sociology of health and medicine – A critical introduction*. Cambridge : Polity Press.

Barat, M., & Mazaux, J.M. (1986). *Rééducation et réadaptation des traumatisés crâniens*. Paris : Masson.

Bauby, J.D. (1997). *Le scaphandre et le papillon*. Paris : Robert Laffont.

Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin.

Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2004). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : Ortho Édition.

Carricaburu, D., & Ménoret, M. (2004). *Sociologie de la santé – Institutions, professions et maladies*. Paris : Armand Colin.

Chabosy, C., & Pressiat, C. (2004). *Territoires de l'orthophonie à l'hôpital : collaborations et tensions interprofessionnelles dans l'exercice de l'orthophonie dans deux unités de soins*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie. Lyon : Université Claude Bernard.

Cohadon, F., Castel, J.P., & Richer, E. (1998). *Les traumatisés crâniens : de l'accident à la réinsertion*. Paris : Annette Blackwell.

Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris : Éditions du Seuil.

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), 67-93.

De Béchillon, D. (1997). La notion de transdisciplinarité. *Revue de Mauss* (10), 185-200.

Dubar, C. (1999). La sociologie des professions face à la médecine. *Sciences sociales et santé*, 17(1), 35-39.

-
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.
- Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée*. Paris : Éditions Du Seuil.
- Gonnet, F. (1992). Les relations de travail : complexité et insécurité. In M. Crepu et A. Houdy (Eds.), *L'hôpital à vif, état des lieux* (pp.152-179). Paris, édition Autrement.
- Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales*. Paris : Dalloz.
- Grosjean, M. & Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective – Le travail à l'hôpital*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Kiefer, C. (2002). Questions sur les états végétatifs et pauci relationnels (GOS 4). *Réadaptation*, n°495, 18-20.
- Labro, P. (1996). *La traversée*. Paris: Gallimard.
- Lezak, M.D. (1989). *Assessment of the Behavioral Consequences of Head Trauma*. New York: AR Liss.
- Loubet del Bayle, J.L. (2000). *Initiation aux méthodes des sciences sociales*. Paris : L'Harmattan.
- Morin, E. (1997). Sur la transdisciplinarité. *Revue de Mauss* (10), 21-29.
- Naiditch, M., & Oberlin, P. (1995). Les réseaux, des outils pour transformer l'hôpital ? *Gestions hospitalières*, (351), 739-746.
- Nettleton, S. (1995). *The sociology of health and illness*. Cambridge : Polity Press.
- Pelissier, J., Barat, M., & Mazaux, J.M. (1991). *Traumatisme crânien grave et médecine de rééducation*. Paris : Masson.
- Pennec, S. (2007). Les troubles du vieillissement : une voie nouvelle pour les orthophonistes ? In L. Tain (Ed.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (pp.205-218). Rennes : éditions ENSP.
-

-
- Perdrix, R. (2007). Élaborer des frontières interprofessionnelles : un enjeu de légitimité. In L. Tain (Ed.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (pp.149-160). Rennes : éditions ENSP.
- Plum, F., & Posner J.B. (1983). *Diagnostic de la stupeur et des comas*. Paris : Masson.
- Ponzio, J., Lafond, D., Degiovani, R., & Joannette, Y. (1991). *L'aphasique*. Saint Hyacinthe : Edisem.
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Resweber, J.P. (2000). *Le pari de la transdisciplinarité : vers l'intégration des savoirs*. Paris : L'Harmattan.
- Richer, E., Balat, M., Cohadon, F., Chapon, C., Hubble, D., Jouannin, F., Marty, B., & Sennac, C. (1995). Problématique spécifique de la phase d'éveil de coma traumatique. *Réadaptation*, n°417, 17-19.
- Roger-Dalbert, P., Bret, C., & Delestrade, T. (1995). L'orthophoniste en service de post-réanimation. *Glossa*, n° 45, 36-41.
- Rostaing, C. (2007). Des orthophonistes dans deux services hospitaliers : de la difficulté de faire équipe. In L. Tain (Ed.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession* (pp.161-172). Rennes : éditions ENSP.
- Schnakers, C., Majerus, S., & Laureys, S. (2004). Diagnostic et évaluation des états de conscience altérée. *Réanimation*, n°13, 368-375.
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : l'Harmattan.
- Tasseau, F., Ducret, N., Laissus, F., & Chougrani, M. (2005). Attentes spécifiques du médecin rééducateur sur la prise en charge en réanimation. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. n°24, 679-682.
- Theisen, D. (2006). Traumatisme de la moelle, aptitude physique et qualité de vie. *Science & Sports*, n°21, 221-225.

Rapports :

Conférence de consensus 5 octobre 2001 à Bordeaux : *Les traumatisés crâniens adultes en médecine physique et réadaptation : du coma à l'éveil.*

Rapport d'activité 2002-2003 et orientations de travail pour 2004, « *Rhône-réadaptation* » : *coordination des soins de suite et de réadaptation*

Sites Internet :

Décret de compétences des orthophonistes :

http://www.orthophonistes.fr/article_orthophonie_7_les-competences-de-l-orthophoniste.htm

Décret de compétences des ergothérapeutes :

http://www.anfe.fr/espace_public/ergo_public.php?prov=def&univ=1

ANNEXES

ANNEXE I : PRESENTATION DES INTERVIEWES

Par ordre alphabétique

| NOM | ANCIENNETE DANS LA PROFESSION | EXPERIENCE AU SRPR | ACTIVITE DANS LE SRPR |
|------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| AGATHE | 1 an et demi | 1 an et demi | Kinésithérapeute de l'après-midi |
| AIMÉE | 40 ans environ | 30 ans environ | Infirmière à temps plein |
| ALIX | 16 ans | 5 ans | Assistante sociale à temps partiel |
| ANGÈLE | 22 ans | 22 ans | Praticien hospitalier |
| BERNADETTE | 2 ans | 2 ans | Infirmière à temps plein |
| PAULINE | 26 ans | 2 ans | Orthophoniste à mi-temps |
| ELLA | 2 à 3 ans | 1 an | Kinésithérapeute du matin |
| EUGENIE | 6 ans | 6 ans | Cadre kinésithérapeute |
| GABIN | 5 ans | 4 ans | Cadre infirmier |
| GENEVIÈVE | 6 ans | 2 ans | Ergothérapeute du matin |
| HONORINE | 5 ans | 2 ans | Ergothérapeute de l'après-midi |
| MARCELLE | 30 ans | 30 ans | Aide soignante à temps plein |
| JULIENNE | 7 ans | 3 ans et demi | Orthophoniste à mi-temps |
| LAZARE | 3 ans | Moins d'un an | Aide soignant à temps plein |
| LUCIENNE | 3 ans | Moins d'un an | Interne |
| ODILON | 16 ans | 16 ans | Psychologue à temps partiel |
| RAYMONDE | 19 ans | 6 ans | Ergothérapeute du matin |
| VALENTINE | 6 ans | Moins d'un an | Orthophoniste à mi-temps |
| VÉRONIQUE | 2 ans et demi | 2 ans | Kinésithérapeute du matin |
| YVETTE | 18 ans | 17 ans | Diététicienne à temps partiel |

ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES ORTHOPHONISTES

1. Biographie

- Présentation professionnelle : expériences antérieures et parcours professionnel.
- Date d'arrivée dans le service.
- Raisons l'ayant amené à y travailler.
- Avenir dans le service.

2. Le travail au sein au sein du SRPR

- Particularités du SRPR par rapport à d'autres services.
- Caractéristiques du travail en général au sein du SRPR.
- Caractéristiques du travail de l'orthophoniste au sein du SRPR.

3. Communication et relations au sein de l'équipe pluridisciplinaire

- Communication et transmission des informations avec l'ensemble de l'équipe :
 - Les moyens de communication, exemples concrets.
 - Avec quelles catégories professionnelles en particulier ?
 - Pour quelles raisons est-il amené à communiquer avec les autres professionnels ?
 - Son avis sur la façon de communiquer au sein du service.
 - Raisons invoquées pour expliquer lorsque cela se passe bien ou mal.
 - Utilité dans ses rééducations et sa pratique professionnelle.
- Conflits et désaccords avec d'autres professionnels :
 - Avec quelles catégories professionnelles en particulier ?
 - Raisons invoquées.
 - Gestion de ces conflits.
- Collaboration interprofessionnelle :
 - Représentation de ce qu'est la collaboration interprofessionnelle.
 - Son avis sur cette collaboration au sein du service.
 - Mise en place (exemples concrets).
 - Raisons invoquées pour expliquer qu'elle se passe bien ou mal.

-
- Avec quelles catégories professionnelles en particulier ? Raisons invoquées.
 - Équipe pluridisciplinaire : force, faiblesse, perception de sa place.
 - Connaissances des autres professions :
 - Cela lui est-il déjà arrivé d'assister à une séance ou à un soin d'un autre professionnel ?
 - Champs de compétences :
 - Empiètement et chevauchement : avec quelles catégories professionnelles, raisons invoquées (exemples concrets).
 - Conséquence : désaccords, conflits, gestion de ces derniers.
 - Si absence de chevauchements : raisons invoquées.

4. Communication et collaboration entre orthophonistes

- Communication et transmission des informations :
 - Les moyens de communication, exemples concrets.
 - Son avis sur cette communication.
- Relation :
 - Difficulté ou facilité liée au fait d'être deux dans le même service.

5. Communication et relations avec les familles de patients

- Relations avec les familles :
 - Apprécie-t-il ou redoute-t-il ces relations ?
 - Exemple concret d'une bonne et d'une mauvaise communication.
- Collaboration avec la famille :
 - Rééducations en présence de la famille.
 - Place donnée à la famille.
 - Contexte, exemple concret.
 - Si ce n'est pas possible : raisons invoquées.
- Communication et transmission des informations :
 - Les moyens de communication, exemples concrets.
 - Régularité
 - Qui est à l'origine de la demande ?

- Éléments influençant la communication et les relations entre orthophoniste et famille :
 - Lesquels ?
 - Amélioration possible : lesquelles, pour quelles raisons ?
- Son avis sur la communication faite par l'équipe à la famille.
- Amélioration possible de cette communication entre équipe et famille : lesquelles, pour quelles raisons ?

ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES AUTRES PROFESSIONNELS

1. Biographie

- Présentation professionnelle : expériences antérieures et parcours professionnel.
- Date d'arrivée dans le service.
- Raisons l'ayant amené à y travailler.
- Avenir dans le service.

2. Le travail au sein au sein du SRPR

- Particularités du SRPR par rapport à d'autres services.
- Caractéristiques du travail en général au sein du SRPR.
- Caractéristiques du travail de l'orthophoniste au sein du SRPR.

3. Communication et relations au sein de l'équipe pluridisciplinaire

- Communication et transmission des informations avec l'ensemble de l'équipe :
 - Les moyens de communication, exemples concrets.
 - Avec quelles catégories professionnelles en particulier ?
 - Pour quelles raisons est-il amené à communiquer avec les autres professionnels ?
 - Son avis sur la façon de communiquer au sein du service.
 - Raisons invoquées pour expliquer lorsque cela se passe bien ou mal.
 - Utilité dans ses rééducations et sa pratique professionnelle.
- Conflits et désaccords avec d'autres professionnels :
 - Avec quelles catégories professionnelles en particulier ?
 - Raisons invoquées.
 - Gestion de ces conflits.
- Collaboration interprofessionnelle :
 - Représentation de ce qu'est la collaboration interprofessionnelle.
 - Son avis sur cette collaboration au sein du service.
 - Mise en place (exemples concrets).
 - Raisons invoquées pour expliquer qu'elle se passe bien ou mal.

-
- Avec quelles catégories professionnelles en particulier ? Raisons invoquées.
 - Équipe pluridisciplinaire : force, faiblesse, perception de sa place.

4. L'orthophonie

- Communication et relations avec les orthophonistes :
 - Communication et transmission des informations : moyens de communication, avis sur cette façon de communiquer, dans quel but, raisons invoquées pour expliquer lorsque cela se passe bien ou mal, exemples concrets.
 - Relations : difficulté ou facilité des relations avec l'orthophoniste, raisons.
 - Perception de la place des orthophonistes dans le service.
- Collaboration avec les orthophonistes :
 - Son avis sur cette collaboration.
 - Mise en place (exemples concrets).
 - Raisons invoquées pour expliquer la bonne ou mauvaise collaboration.
- Métier d'orthophoniste :
 - Connaissance de ses compétences.
 - A-t-il déjà assisté à une séance d'orthophonie, contexte, raisons...
- Champs de compétences :
 - Compétences partagées : lesquelles ?
 - Empiètements et chevauchements : raisons invoquées, exemples concrets.
 - Conséquences : désaccords, conflits, gestion de ces conflits.
 - Si absence de chevauchement, raisons invoquées.

5. Communication et relations avec les familles de patients

- Relations avec les familles :
 - Apprécie-t-il ou redoute-t-il ces relations ?
 - Exemple concret d'une bonne et d'une mauvaise communication.
- Collaboration avec la famille :
 - Rééducations en présence de la famille.
 - Place donnée à la famille.
 - Contexte, exemple concret.

- Si ce n'est pas possible : raisons invoquées.
- Communication et transmission des informations :
 - Les moyens de communication, exemples concrets.
 - Régularité
 - Qui est à l'origine de la demande ?
- Éléments influençant la communication et les relations entre orthophoniste et famille :
 - Lesquels ?
 - Amélioration possible : lesquelles, pour quelles raisons ?
- Son avis sur la communication faite par l'équipe à la famille.
- Amélioration possible de cette communication entre équipe et famille : lesquelles, pour quelles raisons ?

Chaque guide était adapté au professionnel que nous interviewons, nous ciblions les questions plus précisément.

ANNEXE IV : OBSERVATION DES INTERACTIONS D'UNE ORTHOPHONISTE PENDANT UNE DEMI-JOURNEE

| Interlocuteur de l'orthophoniste | Lieu et durée de l'interaction | Sujet de l'interaction |
|---|--------------------------------------|---|
| Infirmière | chambre du patient RC 2-3 min | Prise d'informations par l'orthophoniste au sujet d'un patient : Mme PAULINE demande à l'infirmière comment se passent les soins de bouche. |
| Aide soignant | salle de soins 1 min | Demande d'aide par l'orthophoniste : Mme PAULINE va chercher un aide-soignant car un patient désire aller aux toilettes. |
| Mme YVETTE Diététicienne | salle de soins 1 min | Prise d'informations auprès de l'orthophoniste : Mme YVETTE demande l'avis de Mme PAULINE sur les essais-repas de deux patients. |
| Infirmière | chambre du patient RC 3 min | Apports d'informations à l'orthophoniste : Une infirmière informe Mme PAULINE de certaines de ses observations au sujet de RC : réactions, parole sans voisement, suivi du regard... |
| Mme ANGÈLE Praticien hospitalier | chambre du patient RC 6 min | Prise d'informations auprès de l'orthophoniste : Mme ANGÈLE souhaite savoir comment se passe la séance de Mme PAULINE, si la déglutition est possible. |
| Mme ANGÈLE, praticien hospitalier, et le Médecin ORL | couloir du SRPR 10 min | Prises d'informations par l'orthophoniste : Insertion de Mme PAULINE dans une interaction déjà existante. Au sujet de M. Gu., parti passer des examens complémentaires concernant une possible fibrose et sténose dues à l'intubation prolongée |
| Mme ANGÈLE Praticien hospitalier | couloir du SRPR 5 min | Suite de l'interaction précédente : Au sujet d'un oubli de prescription d'orthophonie dans le dossier de RE Quelques minutes plus tard, Mme ANGÈLE prescrit de l'orthophonie à RE |
| Infirmière | salle de soins 1 min | Apports d'informations par l'orthophoniste : Mme PAULINE prévient l'infirmière de l'essai-repas de RC |
| Infirmière | couloir du SRPR inférieur à 1 min | Demande d'informations par l'orthophoniste : Mme PAULINE lui demande si elle sait où se trouvent M. Gu. et le médecin ORL, |
| Médecin ORL | couloir du SRPR 4 min | Demande d'informations par l'orthophoniste au sujet d'une patiente de l'hôpital de jour et à propos de l'examen ORL de M. Gu. dans un autre hôpital. |
| Kinésithérapeute | salle des rééducateurs 2 min | Prise d'informations par l'orthophoniste : Mme PAULINE se renseigne sur l'état de santé de M. Du. Elles s'organisent entre elles afin que M. Du. soit assis pour l'essai déglutition, Le kinésithérapeute va voir M. Du. |
| Kinésithérapeute | couloir du SRPR inférieur à 1 min | Apport d'informations à l'orthophoniste : Le kinésithérapeute prévient Mme PAULINE que M. Du. est assis pour 30 min maximum. Cela a une influence sur l'organisation : Mme PAULINE va immédiatement faire l'essai. |

| | | |
|---|--|---|
| Infirmière | couloir du SRPR 1 min | Apports d'aide à l'orthophoniste au sujet de l'essai-repas prévu pour RC : De quoi Mme PAULINE a t-elle besoin ? Doit-on prévoir une boisson ? L'infirmière prépare ce dont Mme PAULINE a besoin |
| Mme GENEVIÈVE Ergothérapeute | couloir du SRPR 6 min | Discussion au sujet de M. Gu. : son état psychologique s'étant amélioré grâce aux traitements, elles discutent au sujet de l'évolution et du travail désormais possible, |
| Kinésithérapeute | couloir du SRPR 4 min | Questionnements réciproques au sujet de la canule et de la valve de phonation de M. Du. Mme PAULINE va consulter le dossier de soins de M. Du. pour savoir ce qu'il en est au niveau de la prescription. |
| DOSSIER DE MR DU. | salle de soins | Suite à l'interaction précédente, Mme PAULINE va vérifier la prescription et lit les transmissions ciblées des soignants au sujet de la canule et de la valve de phonation. |
| Infirmière | salle de soins 10 min env. | Prise d'informations de la part de l'orthophoniste suite à la consultation du dossier : Mme PAULINE souhaite savoir pourquoi la valve de phonation a été mise alors que ce n'était pas inscrit sur la prescription. L'infirmière explique que le plus souvent quand la prescription est faite de ballonnet dégonflé, elles mettent aussi la valve de phonation. |
| Mme ANGÈLE, praticien hospitalier, et une infirmière | salle de soins 10 min env. | Prise d'informations auprès de l'orthophoniste et de l'infirmière suite de l'interaction précédente afin de savoir ce que l'on fait au sujet de la valve de phonation de M. Du. : Mme ANGÈLE prend quelques informations sur l'état du patient, s'il a supporté la valve la veille, sur ce qu'en pense chacune. Mme ANGÈLE prescrit alors la valve de phonation le plus possible en journée dans le dossier |
| Kinésithérapeute | salle de soins 2 min | Prise d'informations auprès de l'orthophoniste : Suite de l'interaction précédente le kinésithérapeute s'informe de ce qu'il a été décidé au sujet de la valve de phonation de M. Du. |
| Infirmière | salle de soins 2 min | Apport d'informations à l'orthophoniste : L'infirmière informe Mme PAULINE que depuis deux matins à 7h30, M. RE lui dit « bonjour » en se réveillant de façon claire et sonorisée, et que le matin entre 7 h 30 et 8h, il est bien en forme et qu'après il se fatigue très vite |
| Infirmière | salle de soins puis chambre de M. RC 12 min | Discussion au sujet de RC qui dort toujours ce qui rend impossible l'essai-repas : Elles vont dans la chambre de RC pour s'informer sur ce qu'il a été donné comme collations, et constate que le patient s'est réveillé, L'infirmière reste alors avec lui pour le tenir éveillé pendant que Mme PAULINE va chercher le plateau repas. |
| Infirmière | chambre de M. RC 6 min | Prise d'informations auprès de l'orthophoniste : L'infirmière s'informe sur le déroulement de l'essai-repas. Mme PAULINE lui passe ensuite le relais. |

| | | |
|---|---|---|
| Stagiaire kinésithérapeute | couloir du SRPR 3 min | Le stagiaire kinésithérapeute ramène dans sa chambre RE de séance de kinésithérapie. Mme PAULINE lui demande si elle peut prendre le relais. Le stagiaire lui explique alors que RE a émis des sons inarticulés. |
| Mme GENEVIÈVE Ergothérapeute | couloir du SRPR puis salle des rééducateurs 8 min | Discussion au sujet d'une formation dont Mme PAULINE lui avait parlé. |
| Kinésithérapeute | cantine 15 min environ | Le kinésithérapeute vient se renseigner auprès de Mme PAULINE au sujet de la formation dont elle a parlé à Mme GENEVIÈVE. Elle lui demande des informations supplémentaires. Elles font ensuite le point sur différents patients. |
| Mme JULIENNE Orthophoniste | cantine puis bureau d'orthophonie 1h30 | Relève entre orthophonistes : Tous les patients du SRPR sont évoqués : elles se donnent les dernières informations. Mme PAULINE explique à Mme JULIENNE ce qu'elle a fait le matin même au sein du service. Elles réfléchissent ensemble aux prises en charge des patients. |

ANNEXE V : JOURNEE TYPE DE L'ORTHOPHONISTE

D'après les données recueillies lors de nos sessions d'observation, nous avons essayé de réaliser une « journée type » de l'orthophoniste au sein du SRPR.

L'orthophoniste rencontre les autres professionnels dans le couloir, dès son arrivée dans le service : petits mots amicaux, on se tient au courant des dernières évolutions et des nouvelles concernant les patients. L'orthophoniste se rend tout d'abord dans la salle des rééducateurs, où il consulte les tableaux des rééducateurs. Par la même occasion, il a de fréquents échanges avec les rééducateurs présents dans la salle.

L'orthophoniste fait le point sur les patients qu'il veut voir, d'après ses propres dossiers et les dernières informations qu'on lui a données. Il va parfois voir dans les dossiers de soins des patients les dernières notes des autres professionnels. Ces dossiers sont situés en salle de soins, où se trouvent toujours des soignants (qui remplissent ou consultent des dossiers, l'agenda du service, qui viennent chercher du matériel...). Les soignants et l'orthophoniste en profitent pour échanger, sur les patients essentiellement.

Puis l'orthophoniste va voir si le patient qu'il veut voir est disponible. Si le patient est seul et semble disponible à la prise en charge, celle-ci aura lieu immédiatement. Si d'autres professionnels sont dans la chambre, l'orthophoniste demande si le patient est prêt, s'il est en soin ou en rééducation, quand il sera disponible... Parfois, le professionnel reste pendant la prise en charge orthophonique, à sa demande ou sur proposition de l'orthophoniste. Si le patient n'est pas disponible, l'orthophoniste va voir si son prochain patient est libre...

A la fin des prises en charge, l'orthophoniste retourne en salle de soins pour noter dans le dossier du patient les dernières avancées, les conseils... C'est une occasion de plus d'échanger avec les autres professionnels, car même s'il note ce qui a été fait dans le dossier, l'orthophoniste en profite pour expliquer où il en est et pour donner les consignes à l'oral.

Lorsque l'orthophoniste a une question spécifique à poser à un professionnel, ou quand il a une information à faire passer à une personne en particulier, il va voir directement le professionnel concerné.

Ainsi, l'orthophoniste adapte l'organisation de ses prises en charge du jour au fur et à mesure : selon les autres prises en charge et soins, il faut que le patient soit assis et de nombreux patients sont assis de 30 minutes à 1 heure par demi-journée, selon la disponibilité des autres professionnels pour les séances communes et selon l'état du patient (éveillé, agité, profondément endormi...)

Au cours de la journée, il arrive régulièrement à l'orthophoniste de réaliser des prises en charge avec ou en présence d'autres professionnels :

- Avec les kinésithérapeutes pour la déglutition → à chaque observation, il y a eu une ou plusieurs séances de ce type. Nous avons pu assister par exemple à une prise en charge en chambre, par Mme VÉRONIQUE, kinésithérapeute, et Mme PAULINE, orthophoniste. Mme VÉRONIQUE installe la patiente au fauteuil. Mme PAULINE et Mme VÉRONIQUE consultent ensemble le dossier de trachéotomie, situé au pied du lit du patient. Mme VÉRONIQUE aspire la patiente et la désencombe. Elles lui expliquent le principe de la valve de phonation, puis la mettent en place. Lorsqu'elles dégonflent le ballonnet, la patiente tousse beaucoup. Mme VÉRONIQUE intervient : elle aspire et draine la patiente.
- Avec les ergothérapeutes lors de la mise en place du contrôle de l'environnement, pour le travail de la communication. Nous avons assisté par exemple à une séance commune pour des essais de contacteur pour la communication assistée par ordinateur, avec Mme HONORINE (ergothérapeute), Mme JULIENNE (orthophoniste) et Mme PAULINE (orthophoniste), dans un bureau d'orthophonie. Mme HONORINE se charge de l'adaptation du contacteur, les orthophonistes quant à elles se concentrent sur les stimuli proposés au patient et leur traitement.
- Avec les infirmières pour le travail de la communication, lors d'essais déglutition et d'essai-repas.
- Avec les aides-soignants lors d'essai-repas.
- Avec le médecin lors des radiocinéma, qui se déroulent systématiquement en présence d'un médecin et d'un orthophoniste. Ils sont l'occasion de nombreux échanges à propos des images observés et des conduites à tenir.

L'orthophoniste réalise régulièrement des prises en charge en présence de la famille :

L'orthophoniste se rend dans la chambre d'une patiente, qui se trouve avec son père. La patiente étant réveillée, l'orthophoniste décide alors de faire une séance de déglutition. Il lui demande si elle veut essayer de manger une crème au chocolat. Elle répond clairement « oui » avec son code de communication (fermer longtemps les paupières). Il commence alors l'essai : la patiente vient chercher la crème au chocolat sur ses lèvres, ce qu'elle ne faisait pas avant. Son père assiste à la séance, très fier, verbalise énormément ses sentiments et impressions, félicite sa fille, l'encourage, pose des questions sans être trop envahissant, mais s'investit. La patiente fera une fausse route avec cependant une bonne toux efficace. Suite à cela, l'orthophoniste émet des hypothèses sur ce qu'elle pense, et tente de le confirmer grâce au code. Suite à la fausse route, la patiente semble demander l'arrêt de la séance, elle semble inconfortable, gênée. L'orthophoniste en tient compte et le lui dit. Il décide d'arrêter l'essai, félicite la patiente et l'encourage, verbalise les progrès. Tout au long de la séance, l'orthophoniste explique au père ce qu'il fait, répond à ses questions et prend en compte ses sentiments.

ANNEXE VI : LES REUNIONS

Lors de nos observations, nous avons pu assister aux trois grandes réunions rythmant la vie du service : le mini-tour, la synthèse et la réunion de famille. Nous avons cherché ici à synthétiser nos observations.

1. Le mini-tour

Il s'agit d'une réunion réunissant tous les professionnels du service d'une durée d'environ une heure. Une quinzaine de personnes sont généralement présentes: le praticien hospitalier, l'interne, les externes, les rééducateurs (orthophonistes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes), les psychologues, des infirmiers dont le cadre, et parfois l'assistante sociale. Elle a lieu tous les lundis à 11h30 dans la salle de soins, au sein du service. Tous les patients du service sont passés en revue (dans l'ordre des chambres). Chaque changement de patient est annoncé par le médecin. Cette réunion vise à faire le point sur la situation actuelle de chaque patient au sein du service. Elle permet également à tous les professionnels d'être tenus au courant de l'évolution du patient dans les autres domaines.

La réunion est orchestrée par le praticien hospitalier du service (ou, s'il est absent, par l'interne). Chaque professionnel est muni du dossier de chacun de ses patients. Il prend la parole pour apporter des éléments en ce qui concerne la prise en charge ou les soins, ce qu'ils ont remarqué... Cela leur permet également de noter ce que les autres membres de l'équipe disent à propos du patient. C'est également à ce moment-là :

- que sont exposés les problèmes de chacun concernant la prise en charge ou les difficultés rencontrées avec les familles ou avec le patient : gênes dans le déroulement de la prise en charge, patient violent ou agressif...
- que sont résolus les problèmes qui ont pu se poser dans la semaine (changement de chambre à cause d'une mésentente, permission...)
- que sont prises les décisions médicales (modification du traitement, examen complémentaire, augmentation du temps de bouchon, changement de canule, mise en place de la valve, décanulation...)
- que sont prises les décisions concernant les rencontres avec les familles (date...)
- que sont prises les décisions concernant par exemple le changement de texture de repas, la modification de telle ou telle adaptation, l'ajout d'un repas au cours de la journée...

La réunion commence par un point médical sur le patient concerné, le médecin et l'interne apportent les dernières informations médicales : résultats des scanners, IRM, lésion cérébrale.

Lorsque le patient est arrivé il y a peu de temps, le médecin reprend son histoire, les raisons et la date de son arrivée dans le service.

Parfois des explications médicales à propos de phénomènes neurologiques sont données par le médecin ainsi que des directives (« *si tu penses qu'il y a un canal engouffré toi* », « *il faut s'y mettre tous kiné ergo ortho ...* »).

Puis chaque professionnel s'exprime et pose des questions aux autres membres de l'équipe. Le médecin veille à ce que tous les membres de l'équipe s'expriment sur le patient et leur prise en charge. La prise de parole des professionnels est généralement spontanée. Il n'y a pas d'ordre particulier dans lequel s'expriment les professionnels, chacun le fait quand il en ressent le besoin pour poser une question ou exposer son travail, aborder le contenu de ses séances (par exemple, l'orthophoniste explique comment s'est passé l'essai déglutition), les progrès et les difficultés du patient, les objectifs... Les professionnels confrontent ainsi leurs idées, donnent leur avis, disent ce qu'ils remarquent à propos du patient et recherchent des solutions.

Si aucune prise de parole n'est faite, le médecin demande ce qu'il en est dans tel et tel domaine : « *sinon en ergo ?* », « *les ortho ?* », « *et vous en rééducation, des éléments notables ?* ». Les petits oublis sont rappelés par le médecin : « *quelque chose à rajouter ?* ».

C'est un moment d'échange très apprécié par les différents membres de l'équipe. Cette réunion ayant lieu le matin, les professionnels travaillant l'après-midi ne peuvent y assister et le regrettent.

Des discussions houleuses voire des désaccords peuvent parfois survenir à propos des signes d'éveil, des pathologies, des prises en charge... ; mais également des digressions (discussion sur des films), des fous rires. C'est souvent une réunion animée.

2. La synthèse

Plusieurs fois au cours du séjour d'un patient ont lieu des réunions de synthèse afin de faire un point complet sur sa prise en charge. La première synthèse a lieu entre l'arrivée

du patient et le premier rendez-vous de famille, soit environ une semaine après l'arrivée du patient. D'autres synthèses peuvent avoir lieu en cours de séjour, selon les besoins de l'équipe et l'évolution du patient. Enfin, une dernière synthèse est programmée avant la sortie du patient.

À cette réunion, sont présents un praticien hospitalier, un interne, les externes, le cadre infirmier, l'assistante sociale, le psychologue et les paramédicaux qui s'occupent du patient : kinésithérapeute, orthophoniste et ergothérapeute. La réunion est menée par le praticien hospitalier, ou lorsqu'il est absent, par l'interne. Le médecin résume, au fur et à mesure de la synthèse, ce qui est dit et l'enregistre sur magnétophone, pour que la synthèse retranscrite puisse être ajoutée au dossier.

Le médecin fait tout d'abord une brève présentation du patient, de son histoire : famille, conditions de vie, accident, atteintes... Puis il donne la parole à chaque intervenant, selon un ordre précis pour structurer la synthèse. Chacun fait part de ses observations, des objectifs de la prise en charge qu'il a mis en place ou qu'il compte mettre en place, de l'évolution du patient...

Nous avons pu observer trois synthèses. À chaque fois, elle était menée par Mme ANGÈLE, praticien hospitalier : elle ouvre de grands chapitres, par exemple respiration, neurologie, motricité globale, digestif, déglutition, sensibilité, tonus... et demande aux concernés leurs avis, leurs observations, le travail qu'ils réalisent actuellement, les progrès ou régressions qu'ils observent. Chacun s'exprime librement : nous avons pu remarquer que tous les professionnels présents s'expriment à part égale, excepté le médecin qui, menant la réunion, réalise plus de tours de parole.

Mme ANGÈLE récapitule le tout dans son magnétophone. L'enregistrement est ensuite transcrit pour être ajouté au dossier médical, au dossier de soins et aux dossiers que chaque corps de métier tient sur la prise en charge du patient.

3. La réunion de famille

Il s'agit d'une réunion réunissant des membres de la famille (conjoint, enfant, parent...) et des membres de l'équipe (le praticien hospitalier, l'interne, le cadre infirmier, l'assistante sociale, l'orthophoniste, l'ergothérapeute et le kinésithérapeute du patient). Elle a généralement lieu les mercredis et vendredis après-midi vers 15h30, dans le bureau médical, au sein du service, et dure environ trois-quarts d'heure.

Cette réunion est orchestrée par le praticien hospitalier du service. Les personnes présentes sont assises tout autour de la pièce en cercle, sans ordre ni place précis. Chaque professionnel est muni de son dossier dans lequel il note les éléments qui lui manquent.

En tout premier lieu, le médecin reprend l'histoire du patient : raisons de sa présence dans le service, date d'arrivée, explications médicales de la pathologie et de l'étiologie. Il définit également ce qu'est un SRPR et explique la filière de soins.

Une grande importance est donnée au vécu de la famille en réanimation. Une des premières questions posées concerne ce qui leur a été dit et expliqué en réanimation. Chaque membre de la famille explique ce qu'il a retenu de cette période (risques encourus...) et comment il l'a vécue. Le médecin leur demande ensuite comment ils trouvent le patient actuellement, si, depuis l'accident, ils ont remarqué une évolution, un changement, s'ils ont l'impression qu'il les comprend...

Le médecin explique l'état actuel dans lequel se trouve le patient (coma, sortie du coma...), il donne des explications neurologiques, anatomiques et médicales abordables : ce qu'est un AVC, un hématome, une hémiplégie, la cause de la pathologie... Son langage est familier, il utilise des termes accessibles et vulgarisés, fait des métaphores pour faciliter la compréhension. Il explique également qu'il est impossible de savoir combien de temps le patient va rester, de donner des échéances précises quant à son évolution. Il s'agit de dire la vérité sans choquer. Souvent le médecin reprend les éléments importants que la famille a mentionnés pour y apporter des informations complémentaires, des conseils...

Lorsque le besoin s'en fait sentir, le médecin fait appel à son équipe en ce qui concerne leurs compétences particulières. Par exemple, quand elle explique le lien entre le lieu de la lésion et l'évolution du langage, il fait appel à l'orthophoniste en disant « *l'orthophoniste vous expliquera mieux que moi* ». Idem pour le kinésithérapeute et les atteintes motrices...

Le médecin aborde également les séquelles éventuelles que pourra présenter le patient, en restant prudent car il est très tôt pour être affirmatif à 100%. Il explique que c'est une période où il faut attendre, qu'il n'y a pas de limitations dans le temps c'est-à-dire qu'on ne peut pas dire à telle date il remarchera, à telle autre il ira comme ceci, il y aura telle évolution... L'accent est mis sur le fait qu'il faille faire très attention aux comparaisons avec les autres patients du service ; mais également sur le fait de rester avec le patient

comme il était avant. Tous insistent sur ce point : même si c'est difficile, il faut garder le même relationnel.

La famille est tout à fait libre de poser les questions qu'elle souhaite, quand elle le souhaite. Quand c'est le cas, le médecin renvoie directement vers le professionnel concerné.

Puis le médecin donne la parole à chaque membre de l'équipe présent dans l'ordre de placement, du plus près de lui au plus éloigné. Chaque professionnel explique où il en est, le travail qu'il fait avec le patient. Par exemple, l'orthophoniste va expliquer le travail de la déglutition : ce qui est facile ou non à déglutir pour le patient, ce qu'il est capable de faire (amener lui-même le cuillère à la bouche avec aide), l'accent est mis sur les progrès. Puis il aborde l'éveil, la communication (code oui/non...), la voix (audible lors de la toux...).

La réunion se termine en demandant aux membres de la famille s'ils ont quelque chose à ajouter. Le médecin insiste sur le fait qu'ils ne doivent pas hésiter à poser des questions, et les incite à dire ce qu'ils remarquent.

Souvent les familles expliquent que c'est la première fois qu'on leur tient un tel discours, que c'est extrêmement différent de ce qu'on leur a dit en réanimation. Ils expliquent avoir l'impression d'être plus considérés et aidés : c'est une des rares fois où ils ont pu exprimer leurs sentiments, leurs difficultés.

ANNEXE VII : DECRET DE COMPETENCES DES ORTHOPHONISTES

Décret no 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste

J.O. Numéro 104 du 4 Mai 2002 page 8339 NOR : MESH0221490D

Le Premier ministre, Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité, Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 4161-1, L. 4341-1 et L. 4381-2 ; Vu le décret no 65-240 du 25 mars 1965 portant règlement d'administration publique et réglementant les professions d'orthophoniste et d'orthoptiste ; Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 8 janvier 2002 ; Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1er. - L'orthophonie consiste :

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

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

Art. 3. - L'orthophoniste est habilité à accomplir les actes suivants :

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

-
- la rééducation des fonctions du langage chez le jeune enfant présentant un handicap moteur, sensoriel ou mental ;
 - la rééducation des troubles de l'articulation, de la parole ou du langage oral (dysphasies, bégaiements) quelle qu'en soit l'origine ;
 - la rééducation des troubles de la phonation liés à une division palatine ou à une incompétence vélo-pharyngée ;
 - la rééducation des troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographe, dysgraphie) et des dyscalculies ;
 - l'apprentissage des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication.
- Dans le domaine des pathologies oto-rhino-laryngologiques :
 - la rééducation des troubles vélo-tubo-tympaniques ;
 - la rééducation des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole ;
 - la rééducation et la conservation de la voix, de la parole et du langage, la démutisation et l'apprentissage de la lecture labiale, y compris dans le cas d'implants cochléaires ou d'autres dispositifs de réhabilitation ou de suppléance de la surdité ;
 - la rééducation des troubles de la déglutition (dysphagie, apraxie et dyspraxie bucco-lingo-faciale) ;
 - la rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle pouvant justifier l'apprentissage des voix oro-oesophagienne ou trachéo-pharyngienne et de l'utilisation de toute prothèse phonatoire.
 - Dans le domaine des pathologies neurologiques :
 - la rééducation des dysarthries et des dysphagies ;
 - la rééducation des fonctions du langage oral ou écrit liées à des lésions cérébrales localisées (aphasie, alexie, agnosie, agraphie, acalculie) ;
 - le maintien et l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives du vieillissement cérébral.

Art. 4. - La rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que de besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient. L'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie.

Art. 5. - Le décret no 83-766 du 24 août 1983 modifié fixant la liste des actes professionnels accomplis par les orthophonistes ainsi que l'article 1er du décret du 25 mars 1965 susvisé sont abrogés.

Art. 6. - La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 2 mai 2002.

Par le Premier ministre : Lionel Jospin

La ministre de l'emploi et de la solidarité, Elisabeth Guigou

Le ministre délégué à la santé, Bernard Kouchner

ANNEXE VIII : DECRET DE COMPETENCES DES ERGOTHERAPEUTES

23 novembre 1986

Journal Officiel de la République Française

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI

[Décret n° 86-1195 du 21 novembre 1986](#) fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie.

Le Premier ministre, sur le rapport du ministre des affaires sociales et de l'emploi, vu le code de la santé publique, notamment les articles L.372 et L.893 ; vu la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière ; vu la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ; vu le décret n°70-1042 du 6 novembre 1970 portant création du diplôme d'état d'ergothérapeute ; vu l'avis de l'Académie nationale de médecine : Le Conseil d'état (section sociale) entendu, Décrète :

Art. 1er - Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 peuvent contribuer, lorsque ces traitements sont assurés par un établissement ou service à caractère sanitaire ou médico-social régi par la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ou la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, aux traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle.

Les actes professionnels qu'au cours de ces traitements ces personnes sont habilitées à accomplir, le cas échéant, au domicile des patients, sur prescription médicale, sont :

- Des bilans ostéo-articulaires, neurologiques, musculaires, trophiques, fonctionnels, d'autonomie ou d'évaluation des difficultés relationnelles

-
- La mise en condition articulaire et musculaire ou la facilitation d'une fonction, à l'exclusion des actes mentionnés à l'article L. 487 du code de la santé publique, permettant d'accomplir les actes définis au 3° ;
 - Par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail :
 - La transformation d'un mouvement en geste fonctionnel ;
 - La rééducation de la sensori-motricité ;
 - La rééducation des repères temporo-spatiaux ;
 - L'adaptation ou la réadaptation aux gestes professionnels ou de vie courante ;
 - Le développement des facultés d'adaptation ou de compensation ;
 - Le maintien des capacités fonctionnelles et relationnelles et la prévention des aggravations ;
 - La revalorisation et la restauration des capacités de relation et de création ;
 - Le maintien ou la reprise de l'identité personnelle et du rôle social ;
 - L'expression des conflits internes.
 - L'application d'appareillages et de matériels d'aide technique appropriés à l'ergothérapie.

Ces actes professionnels peuvent, le cas échéant, être assortis d'actions sur l'environnement.

Art. 2. - Peuvent accomplir les actes professionnels mentionnés à l'article 1er :

- Les titulaires du diplôme d'état français d'ergothérapeute ;
- Dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et dans les secteurs psychiatriques des établissements hospitaliers publics, les infirmiers et infirmières intégrés, en application des dispositions de l'article L.893 du code de la santé publique, dans un emploi d'ergothérapeute avant le 11 avril 1983.

Art. 3.- Peuvent également accomplir les actes mentionnés à l'article 1er les salariés ayant exercé, à titre principal, l'activité d'ergothérapeute pendant une durée au moins égale à trois ans au cours des dix années précédant la date de publication du présent décret, et qui auront satisfait, dans les trois ans suivant cette date, un contrôle de connaissances. Ce contrôle comporte d'une part, des épreuves communes à l'ensemble des candidats, d'autre part, sur option des candidats, des épreuves de vérification des connaissances en matière soit de rééducation et réadaptation fonctionnelles, soit de santé

mentale, soit de gériatrie. Les modalités d'organisation du contrôle de connaissances, la nature et le contenu des épreuves ainsi que la composition du Jury sont défini par arrêté du ministre de la santé pris après avis du conseil supérieur des professions paramédicales. Les personnes ayant satisfait à ce contrôle ne peuvent, selon leur option, accomplir les actes énumérés à l'article 1er du précédent décret que dans les établissements ou services assurant des traitements, respectivement, de rééducation et réadaptation fonctionnelles, de lutte contre les maladies mentales ou de gériatrie.

Art. 4. - Le ministre des affaires sociales et de l'emploi et le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi chargé de la santé et de la famille sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 21 novembre 1986.

Par le Premier ministre : Jacques CHIRAC.

Le ministre des affaires sociales et de l'emploi : Philippe SEGUIN.

Le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi chargé de la santé et de la famille : Michèle BARZACH.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

1. Liste des tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau1 : Déroulement des entretiens..... | 37 |
| Tableau2 : Connaissance de la pratique orthophonique | 61 |

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| ORGANIGRAMMES | 2 |
| 1. Université Claude Bernard Lyon1 | 2 |
| 1.1. Secteur Santé : | 2 |
| 1.2. Secteur Sciences : | 2 |
| 2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE | 4 |
| REMERCIEMENTS | 5 |
| SOMMAIRE..... | 6 |
| INTRODUCTION..... | 8 |
| PARTIE THEORIQUE..... | 10 |
| I. UN SERVICE HOSPITALIER COMME SYSTEME D'ACTION | 11 |
| 1. Le service est un système... .. | 11 |
| 1.1. Système, organisation et service hospitalier | 11 |
| 1.2. Une articulation du travail à différents niveaux..... | 12 |
| 1.3. Le contrôle de la division du travail par les médecins | 12 |
| 2. Composé d'acteurs... .. | 13 |
| 2.1. Des acteurs au sein d'un système | 13 |
| 2.2. L'orthophoniste, acteur du système | 13 |
| 2.3. Le rôle clé joué par les personnes ressource..... | 13 |
| 3. En interaction les uns avec les autres. | 14 |
| 3.1. Les modes d'interaction entre acteurs | 15 |
| 3.2. L'orthophoniste, spécialiste du face à face | 16 |
| II. TRAVAIL D'EQUIPE ET COLLABORATION..... | 16 |
| 1. L'orthophonie en milieu hospitalier | 16 |
| 1.1. Un champ de compétences déterminé | 17 |
| 1.2. Construire son identité professionnelle | 17 |
| 2. La pluridisciplinarité et l'interprofessionnalité | 18 |
| 2.1. Des notions imbriquées mais à distinguer | 18 |
| 2.2. Un modèle de la collaboration interprofessionnelle | 19 |
| 2.3. Mettre en place la collaboration interprofessionnelle..... | 20 |
| III. LE TRAVAIL EN SERVICE DE POST-REANIMATION..... | 20 |
| 1. Les patients accueillis en SRPR | 20 |
| 1.1. L'éveil de coma | 21 |
| 1.2. Les blessés médullaires | 22 |
| 2. La prise en charge | 22 |
| 2.1. Les filières de soins | 22 |
| 2.2. Une prise en charge spécifique | 23 |
| 2.2.1. La trajectoire de soins | 23 |
| 2.2.2. Une prise en charge pluridisciplinaire | 23 |
| 2.2.3. La prise en charge orthophonique..... | 24 |
| 3. La famille : un appui indispensable à la prise en charge pluridisciplinaire | 25 |
| PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES..... | 26 |
| I. PROBLEMATIQUE..... | 27 |
| II. HYPOTHESES | 27 |

| | |
|---|-----------|
| PARTIE EXPERIMENTALE | 29 |
| I. INTRODUCTION | 30 |
| II. PROTOCOLE DE RECHERCHE..... | 30 |
| 1. L'observation directe participante..... | 30 |
| 1.1. Mise en place de l'observation participante | 31 |
| 1.2. Analyse des observations..... | 32 |
| 2. Les entretiens semi-directifs..... | 33 |
| 2.1. Mise en place des entretiens | 33 |
| 2.2. Réalisation des entretiens | 35 |
| 2.3. Le guide d'entretien..... | 37 |
| 2.4. Analyse des entretiens | 39 |
| PRESENTATION DES RESULTATS..... | 40 |
| I. LE SERVICE ETUDIE | 41 |
| 1. Des professionnels en nombre..... | 41 |
| 2. L'organisation du service | 42 |
| 2.1. L'organisation géographique..... | 42 |
| 2.2. Le fonctionnement de l'unité de soin | 43 |
| II. LE TRAVAIL EN EQUIPE..... | 44 |
| 1. La notion d'équipe pluridisciplinaire | 44 |
| 2. Un lieu unique et circonscrit | 46 |
| 3. Le travail en collaboration..... | 47 |
| 3.1. La collaboration interprofessionnelle | 48 |
| 3.1.1. Séances communes | 48 |
| 3.1.2. Echanges et explications..... | 50 |
| 3.1.3. Confrontation des points de vue | 50 |
| 3.2. La collaboration avec les familles | 51 |
| III. DES MOYENS POUR TRAVAILLER EN EQUIPE..... | 52 |
| 1. Des outils de travail spécifiques | 52 |
| 1.1. Des moyens de communication formalisés | 52 |
| 1.1.1. Réunions | 52 |
| 1.1.2. Dossiers et tableaux | 54 |
| 1.2. Les groupes de travail..... | 55 |
| 1.3. Les formations..... | 56 |
| 1.4. Apports pour les professionnels..... | 57 |
| 2. Des personnes référentes | 58 |
| 2.1. Les principaux référents | 58 |
| 2.1.1. Mme ANGELE, praticien hospitalier | 58 |
| 2.1.2. M. GABIN, cadre infirmier | 58 |
| 2.2. Comment l'orthophoniste peut-elle devenir une référente ?..... | 59 |
| IV. L'ORTHOPHONISTE AU SEIN DE L'EQUIPE..... | 60 |
| 1. Connaissance de l'orthophonie | 60 |
| 2. Respect des champs de compétences | 62 |
| 2.1. Des champs de compétences délimités | 62 |
| 2.2. Des conflits, liés aux compétences, limités | 64 |
| DISCUSSION DES RESULTATS..... | 66 |
| I. DISCUSSION DES HYPOTHESES..... | 67 |
| 1. Communication et interprofessionnalité..... | 67 |
| 1.1. L'influence des outils de travail spécifiques..... | 67 |

| | | |
|--------|---|------------------------------------|
| 1.2. | L'influence des personnes ressource | 68 |
| 1.2.1. | Mme ANGELE, praticien hospitalier, et M.GABIN, cadre infirmier..... | 69 |
| 1.2.2. | L'orthophoniste comme personne ressource..... | 70 |
| 2. | Interconnaissance et champs de compétences | 71 |
| 2.1. | Orthophonie : de l'interconnaissance à la reconnaissance..... | 71 |
| 2.2. | Des champs de compétences partagés | 72 |
| 3. | Au-delà de nos hypothèses, des résultats non attendus | 73 |
| 3.1. | L'influence du lieu | 73 |
| 3.2. | La place accordée aux familles..... | 74 |
| 3.3. | L'influence des facteurs personnels..... | 75 |
| II. | APPORTS ET LIMITES DE NOTRE RECHERCHE | 75 |
| 1. | Limites..... | 75 |
| 1.1. | Liées à la méthodologie..... | 75 |
| 1.2. | Liées au sujet | 77 |
| 2. | Apports..... | 77 |
| | CONCLUSION..... | 79 |
| | BIBLIOGRAPHIE..... | 81 |
| | ANNEXES | 85 |
| | ANNEXE I : PRESENTATION DES INTERVIEWEES | 86 |
| | ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES ORTHOPHONISTES | 87 |
| 1. | Biographie | 87 |
| 2. | Le travail au sein au sein du SRPR | 87 |
| 3. | Communication et relations au sein de l'équipe pluridisciplinaire..... | 87 |
| 4. | Communication et collaboration entre orthophonistes | 88 |
| 5. | Communication et relations avec les familles de patients | 88 |
| | ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES AUTRES PROFESSIONNELS | 90 |
| 1. | Biographie | 90 |
| 2. | Le travail au sein au sein du SRPR | 90 |
| 3. | Communication et relations au sein de l'équipe pluridisciplinaire..... | 90 |
| 4. | L'orthophonie..... | 91 |
| 5. | Communication et relations avec les familles de patients | 91 |
| | ANNEXE IV : OBSERVATION DES INTERACTIONS D'UNE ORTHOPHONISTE PENDANT UNE DEMI-JOURNEE..... | 93 |
| | ANNEXE V : JOURNEE TYPE DE L'ORTHOPHONISTE | 96 |
| | ANNEXE VI : LES REUNIONS | 99 |
| 1. | Le mini-tour | 99 |
| 2. | La synthèse..... | 100 |
| 3. | La réunion de famille | 101 |
| | ANNEXE VII : DECRET DE COMPETENCES DES ORTHOPHONISTES..... | 104 |
| | ANNEXE VIII : DECRET DE COMPETENCES DES ERGOTHERAPEUTES | 107 |
| | TABLE DES ILLUSTRATIONS..... | 110 |
| 1. | Liste des Tableaux..... | Erreur ! Signet non défini. |
| | TABLE DES MATIERES | 111 |

Cécile DEMAISON

Sophie DEMAUX

INTERPROFESSIONNALITE ET ORTHOPHONIE AU SEIN D'UN SERVICE DE REEDUCATION POST-REANIMATION

113 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2008

RESUME

Notre étude, inscrite dans le cadre des sciences sociales, a cherché à étudier l'interprofessionnalité au sein d'un Service de Rééducation Post-Réanimation (SRPR). Nous nous sommes plus particulièrement intéressées à la place de l'orthophoniste, avec ses compétences spécifiques, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, à l'articulation de son travail à celui des autres professionnels et à la perception que ces derniers en ont.

Nous avons choisi de vérifier nos hypothèses grâce à une méthodologie qualitative : observation participante et entretiens semi-directifs, auprès des différents corps professionnels exerçant dans ce service.

Nous avons pu mettre en évidence qu'une véritable collaboration interprofessionnelle dans un SRPR est possible : cela nécessite que le système mette en place des moyens permettant le travail en équipe, également rendu possible par la présence et l'investissement de personnes ressources. L'interprofessionnalité dans ce service est amplement facilitée par la présence des différents acteurs dans un lieu unique, le SRPR. Cela permet aux professionnels une meilleure interconnaissance ; ils peuvent alors mieux cerner et mieux comprendre les compétences dévolues à l'orthophoniste et l'articulation de leur travail avec le sien. L'interconnaissance est la base même d'une bonne collaboration interprofessionnelle au sein de ce service : les champs de compétences sont connus et respectés, ainsi les conflits liés aux compétences partagées peuvent être évités.

À travers cette recherche, nous avons perçu l'intérêt et le bénéfice de travailler en équipe.

MOTS-CLES

Collaboration interprofessionnelle – Pluridisciplinarité – Équipe – Champs de compétences – Interconnaissance – SRPR – Sciences sociales

MEMBRES DU JURY

Nicolas GUILHOT – Caroline LECLERC – Laurence TAIN

MAITRES DE MEMOIRE

Valérie FERRERO – Dr Laurence TELL

DATE DE SOUTENANCE

03 juillet 2008
