



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Juliette LOCHET

Née le 26 / 03 / 1984

Enquête sur l'action thérapeutique interdisciplinaire auprès des patients aphasiques

Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste

Année 2012

Université Bordeaux - Segalen

Département d'orthophonie



UNIVERSITÉ
BORDEAUX
SEGALÉN

Mémoire d'Orthophonie

TITRE : Enquête sur l'action thérapeutique
interdisciplinaire auprès des patients aphasiques

DATE DE PASSATION : 26 Janvier 2012

NOM DE L'ETUDIANT : Juliette LOCHET

MEMBRES DU JURY : - Directrice Adjointe : Anne LAMOTHE-CORNELOUP

- Directeur de Mémoire : Gaëlle BENICHOU

- Membres du Jury : - Dr WIART

- Madame DATHY

- Monsieur SUREAU

- Isabelle GONZALEZ

APPRECIATION : Très Honorable - Honorable - Satisfaisant - Passable

COMMENTAIRES : Sujet délicat mais d'actualité qui a nécessité un investissement personnel important. La méthodologie rigoureuse s'appuie sur une bibliographie riche et récente. L'enquête a initié une réflexion interdisciplinaire au sein des équipes interrogées pour une meilleure prise en charge du patient aphasique. Les propositions dégagées à l'issue de la discussion viennent compléter de façon pertinente les résultats de l'enquête. On peut regretter parfois, un positionnement personnel dans l'exposé des résultats et non dans la discussion.

Signature de la Directrice Adjointe

Signatures des membres du jury

A. Lamothe-Corneloup



Juliette LOCHET

Née le 26 / 03 / 1984

Enquête sur l'action thérapeutique interdisciplinaire auprès des patients aphasiques

Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste

Année 2012

Université Bordeaux - Segalen

Département d'orthophonie

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier Gaëlle Bénichou qui a accepté de m'encadrer pour ce travail, je la remercie pour la confiance qu'elle m'a accordée. Je lui suis reconnaissante pour son regard critique toujours très constructif et ses conseils avisés.

Je remercie particulièrement le Docteur Drissa Zongo de l'ISPED pour m'avoir aiguillée dans la construction de mon outil d'enquête. Merci pour sa disponibilité.

J'adresse également mes remerciements à Nelly Munier pour m'avoir fait partager ses connaissances, elles m'auront servi de guide tout au long de ce travail.

Je souhaite remercier l'ensemble des orthophonistes qui ont participé à l'enquête exploratoire et à l'évaluation de l'outil d'enquête.

Je remercie l'ensemble des professionnels qui ont accepté de participer à l'enquête. Merci pour le temps qu'ils m'ont accordé.

Je remercie mesdames Gonzalez-Charton et Dathy, ainsi que messieurs Sureau et Wiart d'avoir accepté de faire partie de mon jury de soutenance.

Je remercie ma famille pour leurs encouragements.

Merci à Muriel, Bastien, Gaëlle, Mélanie, Sophie et Valérie qui m'ont particulièrement soutenue au cours de ma formation initiale et tout au long de la réalisation de ce travail.

Enfin, je souhaite remercier toute l'équipe enseignante de l'Ecole d'Orthophonie de Bordeaux et mes maîtres de stage pour l'ensemble des enseignements reçus pendant cette formation.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	5
PREMIERE PARTIE : ELEMENTS THEORIQUES.....	6
I - Evolution de l'organisation du processus de soins.....	6
<u>1 - Organisation des soins : principes énoncés par Griesser</u> <u>(2010).....</u>	6
A - Nature et complexité des soins.....	6
B - Structures et processus de soins.....	7
C - Système de transmission des informations.....	10
<u>2 - Evolution du processus de soins :</u>	11
A - Handicap : histoire d'un mot, évolution d'un concept.....	11
B - Les usagers du système de soins : évolution d'une demande.....	15
C - Les acteurs du système de soins : évolution de l'action.....	17
<u>3 - Les points clés d'une organisation efficace et efficiente.....</u>	18
A - Des soins centrés sur le patient : concept exposé par <i>Boulanger</i> (2000).....	18
B - Une efficacité collective.....	20
II - L'interdisciplinarité : un travail d'équipe.....	21
<u>1 - Le fonctionnement interdisciplinaire dans le monde de la</u> <u>santé.....</u>	21
A - Distinction entre multidisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité.....	21
B - Définition de l'interdisciplinarité.....	22

C - L'interdisciplinarité en rééducation-réadaptation.....	24
<u>2 - L'équipe comme base du fonctionnement interdisciplinaire.....</u>	25
A - Caractéristiques de l'équipe.....	25
B - Conclusion sur la notion d'équipe.....	28
<u>3 - De la compétence individuelle à la compétence collective, et vice et versa.....</u>	29
A - Définition du concept de compétence.....	29
B - Les compétences individuelles.....	29
C - Les compétences collectives.....	30
D - Conclusion sur la compétence.....	32
<u>4 - Illustration d'un outil interdisciplinaire : le Plan d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé.....</u>	33
A - Historique.....	33
B - Définition du P3I.....	33
C - Réaliser un P3I en équipe.....	34
D - Intérêts du P3I.....	35
 III - Prise en charge interdisciplinaire auprès du patient aphasique.....	 37
<u>1 - Définition de l'aphasie.....</u>	37
A - Définition psycholinguistique : propos de <i>Chomel-Guillaume et coll.</i> (2010).....	37
B - Approche psychosociale : les perturbations de la communication.....	37
<u>2 - Répercussions fonctionnelles de l'aphasie.....</u>	38
A - Notion importante : nature et formes de la communication.....	38
B - Aphasie et handicap.....	39

<u>3 - Caractéristiques de l'accompagnement du patient aphasique en rééducation-réadaptation.....</u>	46
A - Accompagnement orthophonique.....	46
B - Accompagnement de l'équipe soignante.....	49

IV - La notion d'enquête psychosociale.....52

1 - Définition de l'enquête psychosociale.....

52

2 - Les méthodes et les risques d'erreur.....

52

 A - Les méthodes.....52

 B - Les biais.....52

3 - Les étapes de l'enquête par questionnaire : principes exposés par Mucchielli (1989) et De Singly (2011).....

53

DEUXIEME PARTIE : ELEMENTS PRATIQUES

<u>1 - Objectifs de l'étude</u>	57
A - Objet de l'enquête.....	57
B - Pré-enquête.....	57
C - Hypothèse de l'enquête.....	58
D - Objectifs de l'étude.....	58
<u>2 - Méthodologie de l'enquête</u>	59
A - Echantillonnage.....	59
B - Le questionnaire.....	64
<u>3 - Les résultats : données quantitatives</u>	70
<u>4 - Discussion</u>	92
A - Analyse des résultats.....	92
B - Limites de l'enquête.....	107
C - Propositions d'actions interdisciplinaires pour et avec le patient aphasique.....	119
CONCLUSION	112
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

INTRODUCTION

Au cours des deux dernières décennies, le concept de handicap a évolué, avec en corollaire, le changement des politiques de santé. La CIF présente aujourd'hui le handicap comme un modèle essentiellement social, dans lequel ce dernier n'est pas l'attribut d'un individu mais plutôt un ensemble complexe de situations dont bon nombre sont créées par l'environnement social.

Dans une société, fondée sur les échanges et la communication entre les individus, la survenue d'une aphasie est un drame fonctionnel, psychologique et social pour le sujet ainsi que pour son entourage. Elle atteint l'une des dimensions les plus fondamentales pour l'épanouissement d'un individu, à savoir la qualité de la relation inter-humaine. L'aphasie est source d'incapacités dans la vie quotidienne et de restrictions de la participation à la vie citoyenne et sociale. Le sujet aphasique se retrouve alors en situation de handicap, en proie à l'isolement, au repli sur soi, à la frustration et souvent à la dépression. L'aphasie est donc un problème prioritaire en médecine de réadaptation et son cadre d'intervention doit prendre en compte ses répercussions psychologiques et sociales. Il semble donc important que les multiples acteurs intervenant auprès de ces patients, aient de bonnes capacités à collaborer, à communiquer et à fixer des objectifs convergents afin d'assurer des soins sûrs et de qualité.

L'objectif de cette enquête est de mettre en avant les forces et les faiblesses du fonctionnement interdisciplinaire des équipes de soins auprès des patients aphasiques. Pour cela, nous allons commencer par exposer les éléments théoriques nécessaires à notre travail : nous présenterons les particularités de l'organisation du système de soins ainsi que les raisons de son évolution, nous évoquerons ensuite le concept d'interdisciplinarité, puis nous présenterons la pathologie aphasique ainsi que les différents aspects de sa prise en charge selon l'approche psychosociale. Enfin, nous aborderons la conception de l'enquête psychosociale ainsi que l'outil de mesure que nous avons utilisé, et nous finirons par une analyse des résultats de notre enquête.

Première partie : ELEMENTS THEORIQUES

I - Evolution de l'organisation du processus de soins :

1 - Organisation des soins: principes énoncés par A-C Griesser (2010)

L'organisation des soins est composée de trois facettes complémentaires :

- La nature et la complexité des soins prodigués
- Les structures et les processus de soins qui sous tendent l'architecture de l'organisation et comprennent les différents mécanismes qui permettent de coordonner les activités
- Le système d'information

Nous allons ici présenter point par point chacun des éléments qu'il est nécessaire de prendre en compte pour comprendre ce qu'est l'organisation des soins.

A - Nature et complexité des soins :

Il s'agit de s'interroger sur la spécificité des soins. En effet, selon que les soins à apporter se font dans le cadre d'une pathologie en phase aiguë ou d'une pathologie chronique, et en fonction des spécificités du patient et de son entourage, les structures, les intervenants et la planification de l'action thérapeutique seront sensiblement différents. Dans son ouvrage, A-C Griesser (2010) présente 3 principales caractéristiques des soins toutes prodiguées dans un contexte précis :

1) - Soins établis en fonction des objectifs :

Les soins s'établissent en fonction des objectifs - possibles - de "guérison" de la maladie. A chaque type de soin on retrouvera un objectif différent, à savoir préventif, curatif ou

palliatif. Selon *F. Jamet* (2003), si la médecine traditionnelle de soins a pour but d'assurer la survie des personnes, la médecine physique et de réadaptation vise à réduire les conséquences de l'incapacité fonctionnelle d'un individu et lui permettre d'être autonome, de s'intégrer socialement, et d'accéder à une meilleure qualité de vie.

2) - Soins prodigués dans le cadre d'une relation :

Les soins sont dispensés dans le cadre d'une relation entre un thérapeute et son patient, sans oublier son entourage. C'est un processus d'interaction dynamique. Les interactions sont modulées tant par l'évolution de la situation du patient, de ses besoins et souhaits que par des compétences et des techniques mobilisées. La volonté d'avoir aujourd'hui des relations symétriques entre soignant et soigné, augmente les besoins d'interactions pour échanger des informations, prendre ou valider des décisions. La relation soignant-soigné qu'on pouvait qualifier hier de "paternaliste", s'est transformée en une relation de partenariat.

3) - Diversité des acteurs de soins :

Les soins sont prodigués par des acteurs nombreux et aux profils très différents. Les professionnels sont issus de filières diverses qui ont leur propre cadre de référence. Même si tous ont la volonté de prodiguer des soins au patient et d'améliorer sa santé ainsi que sa qualité de vie, leur priorité peuvent alors différer. Ces différences augmentent la complexité des soins lorsqu'il s'agit d'enchaîner les activités et de les faire converger vers un but commun. Il s'agira alors de faire appel aux compétences des différents acteurs de façon concomitante et non de façon séquentielle. Ce concept implique de dépasser ce que *J-L Scholtes* (2001) appelle la simple multidisciplinarité "*dans laquelle les différents spécialistes sont le plus souvent sollicités de manière séquentielle et dans leur environnement propre*".

B) - Structure de soins et processus de soins :

1) - Spécificités des structures de soins :

Les structures proposent de multiples activités et organisent leur déroulement. Le périmètre d'activités des établissements de soins répond à des critères de segmentations

médicaux comme par exemple, les soins aigus (l'hôpital), la réhabilitation en institution spécialisée (CMPR), les soins d'accompagnement pour les personnes âgées, etc. Ce mode de structuration et de gestion du système de soins renforce naturellement le cloisonnement et une prise en charge morcelée du patient.

Les structures de médecine physique et de réadaptation proposent une médecine dite "médecine du handicap" (Y-L. Boulanger et coll., 2000). Cette médecine nécessite l'évaluation et la prise en charge par plusieurs disciplines, d'éléments très nombreux. La médecine du handicap est devenue le secteur de santé où il existe le plus de thérapeutes impliqués, à savoir: médecins spécialistes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophonistes, infirmières, aides soignantes, psychologues, spécialistes en loisirs adaptés, assistants sociaux... La spécificité de ces structures repose donc sur leur fonctionnement multidisciplinaire qui, au risque de fonctionner dans une agitation désordonnée et de se révéler ainsi non efficace, requiert un besoin de synthèse et de coordination des disciplines.

2) - Processus de soins :

Les processus concernent la manière dont est organisée l'action, la façon dont la dynamique est gérée dans le temps, et les précautions prises pour assurer le bon déroulement des soins. En 1998, D. Cattani et coll. cités par A-C Griesser (2010), définissent le processus comme une série d'activités réalisées par un ensemble organisé, et qui a pour but la production d'un résultat. Dans le domaine de la santé, cette définition peut être traduite comme l'ensemble des actions thérapeutiques visant à améliorer la santé et la qualité de vie des patients.

L'idée de "processus de soins" ou de "programme de soins" sous-entend le regroupement des différents professionnels de santé. Les programmes de soins comportent alors des contraintes, tant en terme de nombre de patients et de types de pathologies accueillies dans la structure, qu'en terme de modalité d'accord entre les acteurs du centre. En effet, il n'est pas rare que certains acteurs participant au même programme de soins n'aient pas les mêmes perceptions, ceci en fonction des enjeux propres à chacun. Emerge alors l'importance de clarifier les relations fonctionnelles entre les différents acteurs. Ceux-ci doivent tendre vers le même objectif en s'assurant que leurs actions sont cohérentes tout au long du parcours de soins dans l'institution. Les processus de soins doivent donc être de nature à assurer les interactions entre tous les acteurs, et même entre les différentes structures, pour converger ensuite dans une direction commune. Dès lors, il convient de

mettre en place des mécanismes de coordination. A-C Griesser (2010) précise que les particularités organisationnelles du processus de soins sont bien évidemment à mettre en lien avec le type de structure de soins. En revanche, pour le même type de structures, le processus de soins peut varier sensiblement.

3) - Les mécanismes d'organisation des processus de soins : notions de coordination et d'intégration.

Abordons maintenant les mécanismes d'organisation qui permettent d'assurer des soins cohérents et continus: la coordination et l'intégration.

a) - Notion de coordination :

En 1978, H. Mintzberg (cité par J-M Jacques et coll., 2004) isole 5 mécanismes de coordination liés directement à la "division des tâches" :

- **La supervision directe** : le superviseur prend en charge la coordination entre les travailleurs
- **L'ajustement mutuel** : le travail est coordonné par le biais d'échanges informels et de communications entre les travailleurs;
- **La standardisation des procédés de travail** : la coordination se réalise par la "normalisation" des procédures de travail. Cette standardisation peut se retrouver, par exemple, dans une formalisation de la prise de décision thérapeutique. Il s'agit alors d'un document incorporé au dossier médical du patient, dans lequel est mentionné le nom des thérapeutes ayant participé à la prise de décision ainsi que la ou les options thérapeutiques envisagées.
- **La standardisation des qualifications et des savoirs professionnels** : celle-ci s'acquiert par les processus de formation et de socialisation au cours des études, des stages, et au-delà.
- **La standardisation des résultats** : la réalisation se construit non plus par une programmation des tâches à réaliser, mais bien par une programmation des résultats ou objectifs à atteindre.

La coordination regroupe donc l'ensemble des interactions nécessaires à un déroulement fluide et cohérent des activités. Selon *H. Mintzberg* (cité par *J-M Jacques et coll.* 2004), la "standardisation" des qualifications et la dimension relationnelle au sein de l'équipe de travail sont deux piliers de la coordination collective. Dans l'équipe, chacun aura appris son rôle et celui des autres. Il sait ce qu'il peut attendre d'eux.

Face à des contraintes semblables, des systèmes d'actions différents peuvent voir le jour. Selon *J-M Jacques et coll.* (2004) ce sont les hommes qui, au quotidien, font fonctionner ces structures d'organisation, qui les adaptent et les transforment pour tenir compte des réalités auxquelles ils sont confrontés. En ce sens, les structures d'organisation sont autant travaillées par les acteurs de l'organisation qu'elles ne travaillent sur eux. L'analyse des acteurs de l'hôpital s'inscrit dans un cadre systémique: *"chaque unité hospitalière constitue un système humain où les problèmes rencontrés ne peuvent se comprendre que par référence à ce système"* (*J-M Jacques et coll.*, 2004).

b) - La notion d'intégration :

Elle se définit comme une façon d'organiser les soins en s'appuyant sur les besoins des patients ainsi que sur les spécificités des pathologies à traiter, et non sur les critères plus classiques liés aux spécialités médicales.

Les mécanismes d'organisation (coordination et intégration) visent à lutter contre le cloisonnement des professionnels que suscite la division des tâches des équipes multidisciplinaires. Dans une perspective mécanique, l'organisation se définit comme une structure formelle, c'est à dire comme la *"somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination entre ces tâches"* (*J-M Jacques et coll.*, 2004).

C) - Système de transmission des informations :

Un autre mécanisme pouvant être considéré comme une variante de la standardisation des procédés de travail doit être abordé: il s'agit des processus de communication et de transmission de l'information. La mise en place de documents (papiers ou informatisés) standardisés dont le rôle est la transmission systématique de l'information entre les différents intervenants, entre les différentes structures et entre soignant-soigné doit bien évidemment être prise en compte. Les personnes formant une équipe doivent pouvoir communiquer entre elles, doivent avoir accès aux informations concernant les patients

qu'elles prennent en charge. Un système d'information est l'ensemble des moyens techniques, administratifs et humains qui servent à la collecte, au classement et à la transmission d'informations entre les membres d'une organisation.

2 - Evolution du processus de soins :

Après s'être intéressé à l'organisation du système de soins, il importe de comprendre les évolutions qui ont contribué aux différents changements des politiques de santé.

A) - Handicap : Histoire d'un mot, évolution d'un concept (B. Azéma et coll.)

1) - Historique du Handicap :

La "Classification Internationale des Décès" fut la première grande classification internationale. Proposée en 1855 au Congrès international de statistique de Paris, elle présente une nomenclature uniforme des causes de décès, applicable à tous les pays. Cependant, une telle classification parut insuffisante pour décrire les besoins en santé publique, car elle ne prenait pas véritablement en compte les maladies.

En 1938 à Paris, une Classification Internationale des Maladies (CIM) est créée sous la responsabilité de la toute récente Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette nouvelle classification est proposée afin de mieux cibler l'action sur le rapport entre morbidité et mortalité.

Dans les années 50 s'est posé le problème de la réadaptation à travers, notamment, la question des mutilés de guerre (*J. Barral* cité par *S. Dufour*, 2005). Cette notion de réadaptation, qui porte sur les modes de traitements et de gestion des populations concernées, a favorisé l'apparition d'une autre conception: le handicap. Les textes d'orientation en matière de handicap sont alors rares.

A la fin des années 70, la notion de réadaptation est progressivement associée à celle d'intégration, envisagée comme aboutissement réussi du processus de réadaptation de la personne déficiente au sein de la société.

En 1980, la publication de la Classification Internationale des Handicap (CIH) marque un tournant dans la représentation du handicap. L'avancée principale se situe dans la prise en compte de l'influence de l'environnement. La représentation du handicap est alors marquée par un changement de paradigme: on se décentre du "corps handicapé", marginalisé, pour appréhender la personne dans son intégralité dans les sphères physique, sociale et professionnelle.

Cependant, les concepts trop abstraits et l'absence de directives précises quant aux actions à mener suscitent de nombreuses réflexions. A partir de 1990, les efforts vont se centrer sur les défauts de cette première classification afin de proposer des repères pratiques grâce à un modèle validé internationalement.

2) - Evolution du concept de handicap :

a) - Classification Internationale des Handicaps (CIH) : déficiences, incapacités et désavantages (*B. Azéma et coll., 2001*).

• Présentation :

En 1980, L'Organisation Mondiale de la Santé publiait en anglais: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A manual of classification relating to the consequence of disease (CIDIH). En 1988, le CTNERHI, centre collaborateur de l'OMS pour la classification internationale des handicaps et sa révision, coéditait avec l'INSERM la traduction française de cette classification. C'est *P. Wood* qui propose cette classification. Elle a pour but de compléter la Classification Internationale des Maladies (CIM) en étudiant leurs effets dans la vie de l'individu. Pour *P. Wood* les conséquences des maladies ont lieu simultanément sur trois plans : Deficience, Incapacité, Handicap.

• Remarques sur la CIH :

Le caractère perfectible de cette classification de l'OMS est souligné dès l'origine par *E. Zucman* (citée par *J-P Vignat, 2000*) en 1982. Elle propose dès cette époque l'usage de termes positifs (capacités plutôt qu'incapacité par exemple) et dans la perspective d'une vision écologique et systémique du handicap elle propose de compléter la classification par les "ressources et carences" des trois milieux: familial, institutionnel et social. Ces

propositions préfigurent les travaux qui seront ultérieurement développés dans le cadre de la CIH-2 (ou CIF).

Pour *M. Jaeger* (cité par *J-P Vignat* , 2000) la reconnaissance du malade comme sujet de droit dans sa citoyenneté risque d'être doublement annulée par l'abandon plus ou moins dissimulé par les allocations dans un milieu ordinaire rejetant, et par le renvoi de l'échec de réinsertion du malade à sa seule problématique personnelle (son handicap).

b) - Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) :

- **Présentation : OMS (2001).**

Suite à de nombreux travaux de recherche, l'OMS propose en décembre 2000, une nouvelle classification, sous le titre: Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF).

La CIF est subdivisée en deux parties :

- Partie 1 : Composantes du fonctionnement et du handicap

. **Fonctions organiques** : fonctions physiologiques ou psychologiques des systèmes organiques.

. **Structures anatomiques** : parties anatomiques du corps (organes, membres)

La déficience correspondra à un problème dans la fonction ou la structure corporelle tel qu'un écart ou une perte importante

. **Activités** : Elles désignent l'exécution d'une tâche par une personne

. **Participation** : Implication d'une personne dans des situations de la vie par rapport aux problèmes de santé, aux fonctions et à la structure corporelle, aux activités et aux facteurs contextuels.

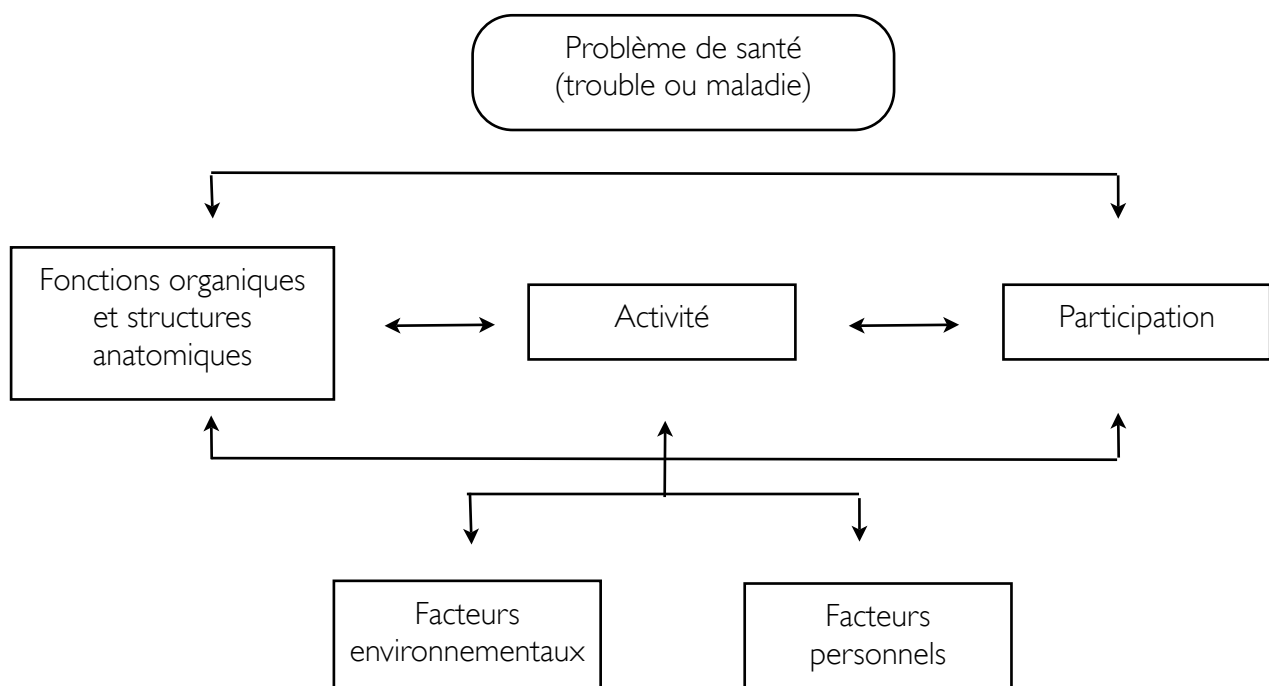
Les composantes "Activités et Participation" couvrent la gamme des domaines définissant les aspects du fonctionnement, tant du point de vue de la personne en tant qu'individu que du point de vue de la personne en tant qu'être social.

- Partie 2 : Facteurs contextuels

. **Les facteurs environnementaux** : désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie. Ils ont un impact sur toutes les composantes du fonctionnement et du handicap.

. **Les facteurs personnels** : ils ne sont pas intégrés dans la CIF en raison des importantes variations sociales et culturelles qui leur sont associés. (âge, sexe, religion...) Ils sont nommés mais ne sont pas codés.

Le handicap d'une personne est le résultat de l'interaction dynamique entre son état de santé (maladies, troubles, etc) et les facteurs contextuels (facteurs personnels et facteurs environnementaux).



Modèle explicatif de la CIF (Vignat, 2000)

- **Remarques sur la CIF :**

La Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé s'efforce d'intégrer deux types d'approche individuelle et sociale pour concevoir le handicap comme un processus où sont mises en interaction les structures organiques et les fonctions anatomiques, les activités de la vie quotidienne et la participation sociale, les facteurs environnementaux et les facteurs personnels. La logique de la CIF fait passer d'une logique classificatoire, à une analyse du processus handicapant, décentrant la focalisation de la personne handicapée vers les facteurs contextuels environnementaux. La CIF présente le handicap comme un modèle essentiellement social, dans lequel le handicap n'est pas l'attribut d'un individu mais plutôt un ensemble complexe de situations, dont bon nombre sont créées par l'environnement social. L'usage de la classification conduit de façon majeure vers une modification de l'environnement: cela a été voulu et annoncé comme tel par les auteurs. Le handicap devient alors une question politique (OMS, 2001).

B - Les usagers du système de soins : évolution d'une demande.

Depuis quelques années les besoins exprimés par les patients ont évolué, ils désirent désormais prendre part aux concertations médicales et aux prises de décisions qui les concernent.

D'une part, l'essor de la naissance des groupes de patients ces trente dernières années illustre la volonté de ces derniers à défendre leur droit à l'information ainsi que leur volonté de participation dans les choix thérapeutiques. L'annuaire des associations de santé (<http://www.annuaire-aas.com/>, 2010) qui recense les associations de malades, de familles de malades, d'aide et de soutien dans le domaine de la santé en France dénombre 14 000 adresses. Selon l'Article. L. 1114-1. (rapport n°4, 2001): "Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national." Les associations agréées peuvent représenter les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique. Les textes de lois leur reconnaissent également un droit renforcé d'agir en justice.

Par ailleurs, la rapidité et la facilité d'accès aux informations qu'offre internet aujourd'hui favorisent et stimulent ce processus. Même si les professionnels de santé restent la principale source d'information des patients en matière de santé, la recherche d'information en ligne concerne tout de même sept français sur dix (*Orange IPSOS*, 2010). Rajoutons à cela la quantité importante d'informations qu'offrent les émissions de santé diffusées à la télévision ou à la radio, les magazines santé et les livres spécialisés. Cette nouvelle expression des besoins doit amener à réunir les conditions qui favorisent la prise en compte des spécificités et souhaits des personnes malades et de leur désir d'implication.

Enfin, le vieillissement de la population et la demande de soins qu'il suscite doivent également être ajoutés aux facteurs influençant les mécanismes d'organisation des soins. En effet, les problèmes de santé et les polypathologies liés à cet important changement démographique ont des conséquences sur l'organisation des soins et de la prévention. Au vieillissement de la population s'ajoute également l'augmentation des maladies chroniques comme par exemple les pathologies vasculaires. En France, en 2007, le nombre de personnes victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) est de 100 000 à 145 000 personnes par an dont 75% d'entre eux gardent des séquelles définitives: l'AVC est la première cause de handicap acquis de l'adulte (*A. Peskine et coll.*, 2007). Ces maladies chroniques que l'on traite aujourd'hui mieux, requièrent un volume, une intensité et une variété de prestations plus grands.

Ces nouvelles demandes amènent à réunir les conditions qui favorisent la prise en compte des spécificités et souhaits des personnes malades et l'implication de leur proche: être mieux informés, participer au choix thérapeutique, préserver la qualité de la vie, recevoir des soins sûrs et de qualité, telle est la volonté des patients et de leurs proches. Ces demandes encouragent l'ensemble des acteurs du système de soins à repenser en profondeur leur manière de travailler et de prodiguer des soins.

C - Les acteurs du système de soins : évolution de l'action

De nombreux textes de loi ont été publiés concernant l'orientation de l'action thérapeutique des professionnels envers les usagers du système de soins. Selon le projet

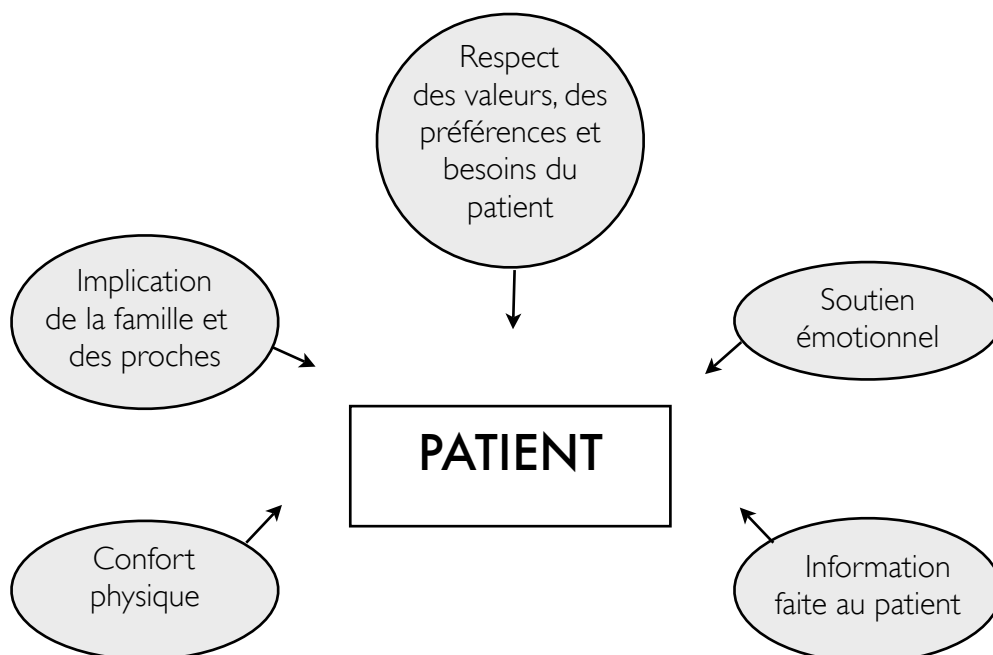
de loi relatif au droit des malades et à la qualité du système de soins (*Assemblée Nationale*, 2001), des soins de qualité doivent être assurés, permettant à l'utilisateur de prendre des grandes décisions concernant sa propre santé, notamment par le biais du consentement libre et éclairé.

Enfin, la tendance importante de spécialisation de la médecine en domaines de compétences spécifiques, constitue également un facteur important de l'évolution du système de soins. Cette spécialisation avec en corollaire le nombre plus important d'intervenants est essentiellement due à l'augmentation des connaissances ainsi qu'à la découverte et l'émergence des nouvelles technologies. Un besoin accru de coordination et de partage des informations est désormais indispensable afin d'assurer une prise en charge cohérente et continue (*A-C Griesser*, 2010).

3 - Les points clés d'une organisation efficace et efficiente

A - Des soins centrés sur le patient : concept exposé par Y-L Boulanger et coll. (2000).

Dispenser des soins personnalisés est un élément clé de la qualité des soins. Les soins, s'ils sont centrés sur le patient, tiennent compte de ses besoins, de ses valeurs, de ses attentes, de ses priorités. Ils reconnaissent alors le rôle de la personne malade comme membre actif et indispensable du processus de soins. Si les soignants connaissent la maladie et ses possibles causes, les facteurs pronostiques, les options thérapeutiques, (...), ce sont toutefois les patients qui détiennent le savoir lié à leur expérience personnelle de la maladie, et de ses conséquences sur leur vie affective, sociale et professionnelle. Ces deux savoirs, le médical et celui lié à l'expérience du "être malade", sont indispensables pour soigner de façon satisfaisante afin de réussir à vivre la maladie.



Synthèse des points évoqués par Y-L Boulanger et coll. (2000), autour des soins centrés sur le patient.

Nous allons reprendre, point par point les différents domaines de la prise en charge centrée sur le patient :

1) - Le respect des valeurs, des préférences et des besoins :

Les soins dispensés tiennent compte des valeurs, préférences et besoins du patient. Ce dernier est associé à toute décision thérapeutique, il est un partenaire du corps médical. *A-C Griesser (2010)* parle alors de “décision thérapeutique” ou de “décision médicale partagée” . Les soignants doivent être attentifs, tout au long du processus de soins, aux désirs et aux souhaits de leur patient, un temps de parole et d'échange doit être favorisé lors des consultations et des soins. Les besoins du patient peuvent évoluer dans le temps en fonction de leur capacité d'acceptation de la maladie ou de ses séquelles. Selon *Y-L Boulanger et coll. (2010)*, il est important d'évaluer régulièrement l'adéquation des décisions prises avec les attentes et souhaits des patients.

2) - L'information :

Les soignants doivent informer et répondre aux questions du patient, dans un langage accessible et compréhensible.

3) - Le confort physique :

Les protocoles de prise en charge prévoient un dépistage systématique de la douleur au moyen d'outils d'évaluation validés. Le modèle des soins centrés sur le patient prévoit que les soignants sont attentifs au confort physique de leurs patients, qu'ils préviennent et remédient à la douleur (*Y-L Boulanger et coll., 2000*).

4) - Le soutien émotionnel :

Des mesures spécifiques doivent être prises pour traiter l'anxiété, le sentiment de solitude, la volonté d'isolement, l'état déprimé, etc. Chaque soignant doit rester vigilant quant aux manifestations symptomatiques et comportementales observées chez son patient.

5) - Implication de la famille et des proches :

De fait, les proches sont accueillis et associés à la prise en charge, ils sont des partenaires indispensables de soins.

B - Une efficacité collective :

Les messages contradictoires, l'expression de doutes sur la pertinence de ce qui a été réalisé ou encore le manque d'information de certains thérapeutes sur la pathologie ou la prise en charge du patient sont autant de sources qui favorisent le sentiment d'insécurité, de vulnérabilité et de désarroi chez le patient. Il importe donc que les informations, relatives aux prises de décisions, circulent entre les soignants et puissent être disponibles au bon moment pour assurer une prise en charge adéquate et rassurante. La coordination des soins repose sur les échanges d'informations entre les partenaires impliqués dans les soins et leur capacité à travailler ensemble.

La participation active du patient au sein de sa propre prise en charge et le mode de fonctionnement de l'équipe, sont les deux atouts majeurs d'une organisation efficace et efficiente. Ces deux paramètres vont dans le sens d'un fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe.

II - L'interdisciplinarité : un travail d'équipe

1 - Le fonctionnement interdisciplinaire dans le monde de la santé :

A - Distinction entre multidisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité :

En 1981, *J. Rothberg* (cité par *Y-L Boulanger et coll.*, 2010) définit une équipe de professionnels de santé comme étant un groupe de personnes, possédant chacun une expertise en particulier et ayant un but commun. L'apparition du concept d'interdisciplinarité est consécutive à celle des équipes multidisciplinaires. *J. Rothberg* (cité par *Y-L Boulanger et coll.*, 2010) aborde ainsi les notions de multidisciplinarité et d'interdisciplinarité. Nous ajouterons à ces deux notions, afin de les différencier, la notion de transdisciplinarité.

1) - Multidisciplinarité :

Une équipe multidisciplinaire est formée de professionnels se spécialisant dans une ou plusieurs disciplines, apportant des activités spécifiques, prioritairement reliées au superviseur de l'équipe. *C. Larivière et C. Ricard* (1998) rajoutent que dans un fonctionnement multidisciplinaire, chaque professionnel accomplit sa tâche de façon indépendante. Chacun représente sa propre discipline, fait ses propres évaluations, fixe ses propres objectifs, implante son programme de soin et en assure, seul, le suivi. Dans une rencontre multidisciplinaire, chaque professionnel transmet l'information propre à sa discipline. Il décide de ce qui est bon pour son patient. La famille reçoit alors l'information de plusieurs personnes de différentes disciplines.

La multidisciplinarité met en relation de travail des personnes dont la formation professionnelle est différente.

2) - Interdisciplinarité :

L'interdisciplinarité regroupe des spécialistes de discipline différentes ayant accepté de travailler ensemble vers un but précis. Les membres travaillent dans leur champ d'expertise et plusieurs stratégies de communication et de coordination peuvent être développées. Suite aux évaluations individuelles, les membres de l'équipe parviennent à une vue d'ensemble qui leur permet de planifier, déterminer les priorités et décider en commun des objectifs et interventions. Chacun prépare alors son plan d'intervention, mais on s'entend pour une action coordonnée et concertée (*C. Larivière et C. Ricard., 1998*).

L'interdisciplinarité met en relation d'échanges et de travail des personnes, dont la formation professionnelle est différente, en vue d'offrir une complémentarité suffisante pour servir des patients aux problèmes multiples.

3) - Transdisciplinarité :

Selon *Y-L Boulanger et coll. (2010)*, la transdisciplinarité met en interaction des personnes de différentes disciplines, qui partagent des rôles au-delà des frontières de chaque discipline. Au sein d'une équipe transdisciplinaire, le rôle de chacun est défini par le besoin de la situation et non par la discipline. Il y a partage et échange de certains rôles, certaines fonctions et responsabilités entre les membres de l'équipe. Un seul plan d'intervention est élaboré.

B - Définition de l'interdisciplinarité :

Comme l'écrit *E. Morin (2003)*, la discipline est une catégorie organisationnelle au sein de la connaissance scientifique qui tend naturellement à l'autonomie par la délimitation de son propre champ de compétences et de connaissances. Deux forces vont alors s'opposer, l'une invitant à cultiver l'autonomie et une forme d'individualisme, l'autre supposant le dialogue, le partage des compétences, l'échange des connaissances et de méthode de travail. Il importe, dès lors, de comprendre les caractéristiques d'une équipe interdisciplinaire.

L'origine de l'interdisciplinarité est difficile à retracer car elle possède beaucoup de définitions et prend différentes formes selon la gestion, les objectifs et la composition des membres de l'équipe. La revue de la littérature retrouve ainsi des définitions différentes, toutefois les auteurs s'accordent à retenir des caractéristiques communes concernant le fonctionnement de l'interdisciplinarité. Nous allons présenter quelques définitions du concept d'interdisciplinarité.

- Selon *J-L Scholtes* (2001), la transversalité est le concept intégrant de l'interdisciplinarité. Au sein d'un fonctionnement transversal, toutes les entités, dites verticales (services, fonctions, etc), sont sollicitées de manière concomitante, et non de manière séquentielle.

- Pour *B. Fortin* (2000), c'est la complémentarité des disciplines, le partage des savoirs et des expertises qui font l'interdisciplinarité. Cette complémentarité est requise car chaque individu est conscient des limites de ses compétences et de ses capacités.

- En 1998, *Livian* (cité par *A-C Griesser*, 2010) expose les différents éléments caractéristiques d'une équipe de travail qui fonctionne en interdisciplinarité. Selon cet auteur, une équipe interdisciplinaire se définit par la présence d'une interaction forte entre les individus qui la composent, un objectif commun, une responsabilité collective, la répartition interne et la complémentarité de chacun.

- Dans sa définition, *A-C Griesser* (2010) rajoute que travailler en interdisciplinarité signifie que tous les acteurs de l'équipe concernés comprennent le système ou l'organisation, ainsi que le rôle qui leur incombe. Chacun apprécie et reconnaît l'importance de tous les autres acteurs.

D'après ces quatre définitions, les piliers de l'interdisciplinarité sont donc : la **transversalité**, le **partages des savoirs et des expertises**, l'existence d'une **interaction forte** entre les membres de l'équipe, la **connaissance du système d'organisation** ainsi que la capacité à **identifier le rôle** de chacun.

C - L'interdisciplinarité en rééducation-réadaptation :

L'ensemble des professionnels, dûment formés et engagés dans leur travail, est au coeur du fonctionnement du système de soins. La spécialisation médicale et paramédicale, les multiples acteurs intervenant dans la prise en charge des patients font que la capacité à travailler ensemble, à collaborer, à communiquer, à fixer des objectifs convergents est essentielle pour prodiguer des soins sûrs, et de qualité. Le travail interdisciplinaire est devenu la pierre angulaire de la prise en charge globale des patients, requérant des compétences multiples.

La médecine de réadaptation peut être vue comme une contrée fructueuse où l'espoir de guérison laisse place à l'espoir de transformer la maladie et la situation de handicap en croissance personnelle et mieux être. Pour *Y-L Boulanger* (2010), dans le milieu de la réadaptation, une équipe interdisciplinaire devrait se distinguer par les attributs suivants:

- Un véritable consentement et un intérêt pour la compréhension de la signification d'une expérience de vie selon le point de vue du patient
- Un profond respect encourageant la dignité humaine et une écoute active du point de vue du patient
- L'inculcation de l'espoir et de la confiance dans les ressources intérieures et leur capacité à surpasser leur maladie.

2 - L'équipe comme base du fonctionnement interdisciplinaire

La création d'équipes interdisciplinaires répond au besoin de satisfaire les besoins parfois complexes, des patients et de leurs proches. Ainsi, la vision, les valeurs, les rôles respectifs, ainsi que les responsabilités de chaque acteur s'aligneront sur une approche coordonnée et intégrée. Les acteurs formeront alors une véritable équipe.

A - Caractéristiques de l'équipe :

En 1975, le professeur *R.Lafon* (cité par *R. Mucchielli*, 2009) évoque l'étymologie du mot équipe: *"équipe viendrait du vieux français esquif, qui désignait à l'origine une suite de chalands attachés les uns aux autres et tirés par des hommes (tels les bateliers de la Volga) ou des chevaux en attendant l'époque des remorqueurs. Est-ce l'image des bateliers tirant sur la même corde ou celle des bateaux attachés ensemble,... toujours est-il qu'on a parlé un jour d'équipe de travailleurs pour réaliser une oeuvre commune, puis ensuite d'équipe de sportifs pour gagner un match. Il y a donc dans ce mot un lien, un but commun, une organisation, un double dynamisme venant aussi bien de la tête que de l'ensemble, une victoire à gagner ensemble"*.

1) - La qualité du lien interpersonnel :

L'équipe est un réseau de liens vivants. La relation inter-humaine y joue un rôle essentiel, c'est elle qui lie chacun des membres de l'équipe entre eux. *Chombard de Lauwe* (cité par *R. Mucchielli*, 2009) parle d'une conscience d'appartenance à une certaine forme de culture commune, il n'y a pas seulement une adhésion de la part des membres, mais il y a une acceptation et une volonté d'adhésion.

2) - L'engagement personnel :

R. Lafon (cité par *R. Mucchielli*, 2009) parle d'interdépendance consentie. Selon lui, l'équipe n'est pas une addition d'êtres, mais une totalité. Chacun apporte sa compétence,

sa technique professionnelle mais aussi sa personne. C'est une complémentarité d'action, un engagement de chacun. Chaque membre de l'équipe y participe donc à part entière, *"ce qui implique qu'aucun membre de l'équipe ne doit être considéré comme de seconde zone"* (R. Lafon cité par R. Mucchielli, 2009).

3) - Une intentionnalité commune vers un but collectif accepté et voulu :

Il n'existe pas d'équipe sans orientation de tous vers un but, sans le souci d'efficacité. Selon R. Mucchielli (2009), c'est l'identité des objectifs et l'intentionnalité de victoire qui engendrent la concertation d'action et l'unité d'esprit. Selon une étude de J-L Scholtes (2001), la qualité des objectifs, évaluée par les équipiers, est fortement liée à la qualité des résultats. Ainsi, la formulation des objectifs est une des variables prévisionnelles de la performance. L'équipe est donc un système de coopération entre un nombre défini et limité de professionnels différents se considérant comme collectivement responsables d'une réalisation.

4) - Rôles et responsabilités clairement définis :

Selon R. Mucchielli (2009), une répartition claire des rôles et responsabilités permet de prévenir les malentendus, les attentes non remplies du type "ce n'est pas mon travail" ou encore "on ne m'avait rien dit". Avoir des rôles clairs, connaître son champ de responsabilité et de compétence, ainsi que connaître celui des autres sont essentiels pour un bon travail d'équipe.

5) - La communication entre les équipiers :

Selon R. Lafon (cité par R. Mucchielli, 2009), un véritable travail d'équipe ne peut se concevoir sans une communication standardisée, c'est à dire sans un véritable langage commun. Il est courant de voir des soignants de même spécialité instituer un mode relationnel spécifique dont le vocabulaire peut être étanche aux autres acteurs de spécialité différente. Ainsi chaque groupe professionnel, s'il veut affirmer son identité professionnelle et veut la faire reconnaître par les autres, risque de développer un mode

de communication basé sur “sa” conception de la maladie, en développant “son” jargon spécifique pour en parler et en donnant du patient “sa” vision. Un mode de communication basé sur un langage connu et compris par tous est une variable essentielle pour rendre possible l'existence de l'équipe.

6) - L'interdépendance des équipiers envers la tâche :

Selon *R. Mucchielli* (2009), cette interdépendance se mesure par la quantité et la qualité des échanges d'informations, par le partage des ressources, par l'utilisation des évaluations respectives et par l'entraide.

7) - Motivation et besoin de feed-back :

Chacun doit trouver un intérêt et un sens au travail qu'il réalise. Selon *A-C Griesser* (2010), donner un feedback sur la qualité du travail réalisé et les résultats obtenus est un moyen de stimuler la motivation. Il est important que les membres de l'équipe aient conscience de l'efficacité de leurs actions. Dans le cas d'un échec face au résultat attendu, le feedback est tout aussi important. En effet, l'équipe éprouvera certainement le besoin de savoir qu'elle a agi selon de bonnes pratiques. l'issue défavorable sera alors plus acceptable.

8) - Des contraintes :

Ces contraintes doivent être connues des différents coéquipiers et doivent être perçues comme inhérentes à la notion d'équipe. En 1973, le *Comité Hyacinthe Dubreuil* (cité par *R. Mucchielli*, 2009) écrit: “*Se mettre à plusieurs pour atteindre en commun un même objectif, c'est renoncer à un certain degré de liberté, c'est accepter une tactique commune, une coordination des efforts, une discipline*” .

B - Conclusion sur la notion d'équipe :

Il ne suffit pas seulement de travailler en groupe pour s'inscrire dans un travail d'équipe. Si les caractéristiques que nous venons d'exposer ne sont pas appliquées, nous risquons de développer de fausses équipes, au sein desquelles, comme le dit *R. Lafon* (cité par *R. Mucchielli*, 2009): *“chacun aspire au travail en équipe et le proclame tout haut sans se rendre compte, bien souvent, qu'il se laisse leurrer par cette expression. Tel réalise... son équipe qui est seulement un prolongement de lui-même, une extension et un accroissement de ses moyens d'action... C'est une fausse équipe; c'est un homme qui a mis des échasses;... il a grandi son corps, il n'a pas changé son esprit”*.

L'équipe, telle que nous venons de la définir, est le pilier du travail interdisciplinaire. Faire partie d'une équipe, être un coéquipier n'est pas chose aisée pour tout individu, cette capacité fait appel tant à des critères professionnels (connaissances, formations, compétences..) qu'à des critères personnels individuels, et de collectivité. Face à l'évolution du système de soins en général, une équipe qui ne développe pas ses compétences, tant sur le plan individuel que collectif, prend le risque de voir son efficacité diminuer.

3 - De la compétence individuelle à la compétence collective, et vice et versa :

A - Définition du concept de compétence :

Dans sa définition, G. Le Boterf (2002) explique que la compétence n'est pas seulement une somme de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être. En effet, pour résoudre un problème ou prendre une initiative, on doit non seulement savoir sélectionner et mobiliser les ressources (connaissances, attitudes, savoir-faire...) mais on doit également savoir les organiser. La compétence globale correspond à la dynamique interactionnelle entre ces différentes ressources. A partir de cette définition, G. Le Boterf (2002) s'attache à penser le concept de compétence en terme de connexion et non pas de morcellement ou de fragmentation d'ingrédients. Etre compétent c'est avoir des compétences et agir avec compétence.

B - Les compétences individuelles :

Pour N. Munier (2007) la compétence individuelle repose sur trois éléments:

Savoir agir / Pouvoir agir / Vouloir agir

Ces éléments sont présentés de façon synchronique, mais il est nécessaire de les appréhender de façon diachronique.

1) - Savoir agir :

“Agir” nécessite de la pertinence. Le professionnel sait interpréter, il est donc supposé savoir juger, estimer une situation pour “savoir quoi faire”, et enchaîner des opérations après analyse du contexte (N. Munier, 2007).

Bien sûr la formation et l'expérience accroissent le potentiel d'analyse. Le professionnel choisira de faire appel à ses observations cliniques pour compléter un savoir appliqué, constitué dans une forme pré-définie. Pour “savoir agir” il est nécessaire de savoir

interpréter une situation, savoir repérer et interpréter des signes cliniques pouvant être les symptômes d'une éventuelle pathologie. "Savoir agir" c'est également "savoir transposer" et "savoir combiner" ses expériences et ses connaissances. C'est aussi savoir mobiliser les ressources théoriques et solliciter les ressources humaines.

2) - Pouvoir agir :

Le "pouvoir agir" fait référence à l'expression de la compétence, qui est elle-même rendue possible par l'organisation de l'institution (outils mis à disposition, formations proposées...) et des prises de décisions de l'autorité.

3) - Vouloir agir :

"C'est "savoir s'engager", être capable de prendre des initiatives, de faire des propositions (...) s'engager c'est mettre en jeu autant son corps, que ses désirs et ses affects." (N. Munier, 2007)

Le "vouloir agir" fait référence à la notion de "motivation pour la tâche". Selon R. Mucchielli (2009), la motivation peut se définir comme un déterminant irrationnel (désirs, émotions, sentiments, passions, croyances, etc) activé par un signal significatif (une situation qui se présente, une occasion, une circonstance, un indice...) et prenant aussitôt sa pleine caractéristique de moteur de la conduite polarisant l'attention et l'action. Pour N. Munier (2007), le "vouloir agir" c'est aussi solliciter l'éthique qui consiste à s'interroger pour chaque patient sur le sens de l'action thérapeutique dans l'intention de préserver l'aspect humain des soins.

C - Les compétences collectives :

"La compétence collective est une émergence, un effet de composition. Elle résulte de la qualité de la coopération entre les compétences individuelles" (G. Le Boterf, 2003).

Selon N. Munier (2007) les compétences collectives se retrouvent au sein même de la notion de "coopération". En parallèle avec les compétences individuelles, on retrouve trois composantes des compétences collectives:

Savoir coopérer / Pouvoir coopérer / Vouloir coopérer

1) - Savoir coopérer

- Un langage commun : *G. Le Boterf* (cité par *N. Munier*, 2007) estime qu'il est nécessaire que chacun des acteurs, en plus de dialoguer avec un jargon spécifique à la fonction qu'il occupe, puisse retrouver les autres sur le terrain d'une langue commune. Dès lors, les interactions seront "outillées" par l'utilisation de ce langage interdisciplinaire qui permettra à chacun d'apprendre et de comprendre le point de vue de son coéquipier.
- Création d'outils communs : Selon *N. Munier* (2007) la création d'outils communs tels qu'une grille d'observation, un questionnaire d'évaluation, etc, est une excellente opportunité d'apprentissage de la coopération. Chaque membre apprendra ce dont l'autre a besoin et ce qu'il peut lui apporter. Ces créations mettent en jeu à la fois un processus d'action collective ainsi qu'une action réflexive sur les pratiques professionnelles.

2) - Pouvoir coopérer:

- Mise en commun des expertises professionnelles : selon *Y-L Boulanger et coll.* (2000), l'expertise est centrale au sein de l'équipe interdisciplinaire. Il est très important que chaque membre soit rapidement à l'aise d'apporter ses observations, son évaluation des situations et ses conclusions. Dans une équipe l'expertise est une sécurité, parce qu'elle peut fournir un bon éclairage sur des questions précises. Ce qui importe ici, c'est de pouvoir mettre en commun son expertise.
- Partage des savoirs : "Dans le domaine du soin, le savoir est la principale ressource" (*N. Munier*, 2007). Par conséquent l'échange et le partage de ces savoirs sont une condition à l'émergence des compétences collectives.
- Nécessité de feedback : le feedback permet de mettre en évidence les effets de la coopération. Pour pouvoir coopérer, il faut pouvoir se rendre compte des effets de cette coopération, ses avantages ainsi que ses biais.

3) - Vouloir coopérer :

- Convivialité et solidarité: la convivialité passe par la confiance, par le respect de l'autre et du travail qu'il accomplit. Selon *Boltanski et Thévenot* (cités par *J-M Jacques et coll.*,

2004) les conduites des acteurs doivent s'inscrire dans la recherche de l'intérêt collectif. Des valeurs telles que la solidarité, l'équité, le bien commun, constituent autant de socles sur lesquels s'appuient la justification et la légitimité des conduites en organisation. Cependant, comme le précise *N. Munier* (2007), il n'existe pas une "normalisation" du plaisir d'être ensemble et du comment être ensemble.

D - Conclusion sur la compétence :

Les dimensions individuelles et collectives de la compétence sont indissociables. Pour agir avec compétence, un individu devra combiner et mobiliser non seulement ses propres ressources (connaissances, savoir-faire, croyances...) mais également les ressources de son environnement (réseaux professionnels, coéquipiers...). La réponse compétente devra être chaque jour davantage une réponse de réseau et plus seulement une réponse individuelle, même si l'interface avec un patient est assurée par une seule personne. Agir avec compétence suppose donc d'interagir avec autrui.

4 - Illustration d'un outil interdisciplinaire: le Plan d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé (P3I) :

A - Historique :

C'est à Montréal que l'approche par P3I a été introduite. Selon *Y-L Boulanger (2000)*, à la fin des années 70, les équipes multidisciplinaires se disaient insatisfaites des réunions de synthèse : les informations étaient mal transmises et non reconnaissables par tous. Quelques années plus tard, l'Office des Personnes Handicapées du Québec publie un texte dans lequel les difficultés d'intégration sociale des personnes en situation de handicap sont dénoncées (*OPHQ, 2009*). C'est donc en 1984 qu'un vaste consensus social s'est établi autour d'un projet de politique. Pendant cette période, les cercles de qualité se mettent en place dans les hôpitaux. En 1989, la loi hospitalière du Québec précisait l'importance du P3I dans les centres de réadaptation.

En France, l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) est créée en 1990. Son objectif est de favoriser la qualité en matière de soins de santé par l'évaluation des stratégies et techniques médicales préventives, diagnostiques et thérapeutiques, et par l'évaluation des pratiques professionnelles à l'hôpital et en médecine libérale.

B - Définition du P3I :

Selon *Y-L Boulanger & coll. (2000)*, le P3I est un concept normalisé sur le mode de l'Organisation Mondiale de la Santé. En effet, la structure de l'outil P3I s'appuie sur la classification internationale des déficiences, incapacités et handicap (CIH), qui est un modèle clairement identifié par les différents acteurs. Ainsi l'approche par P3I vise à synthétiser l'évaluation par les différents intervenants des problèmes organiques, psychologiques, fonctionnels et environnementaux spécifiques à un patient. Il précise les véritables handicaps sociaux, psychologiques, professionnels et/ou scolaires. Des formulations précises d'objectifs mesurables d'équipe en découleront. Ces formulations tiendront compte des attentes exprimées par le patient ainsi que son entourage face à ses diverses problématiques et aux résultats escomptés de rééducation-réadaptation. La

formulation d'objectifs doit produire un ou des résultat(s) tangible(s), ce qui représente la finalité du P3I. L'approche par P3I suppose donc la compréhension de concepts et de modèles théoriques régissant les interventions de l'équipe multidisciplinaire. Le formulaire P3I est l'outil de cette approche, le compte rendu écrit de cette démarche, propre à un patient en particulier.

C - Réaliser un P3I en équipe :

Réaliser un P3I c'est se réunir en équipe: soignants, patient et famille. Un professionnel y tient le rôle d'animateur, il organise la dynamique de groupe, un autre professionnel est désigné comme le rédacteur. Chaque intervenant peut s'exprimer et la parole est également donnée au patient et aux personnes de son entourage présentes. Le document écrit servira de base pour les soins.

Y-L Boulanger et coll. (2000) présentent deux phases du processus d'élaboration du P3I :

1) - Evaluation du patient et de son environnement, et classement de ces données selon le modèle de classification internationale.

Cette première étape, indispensable, permet une standardisation de l'information facilitant la visibilité de ce qui est important. Elle permet un recueil progressif des points évalués dès la phase aiguë. Elle facilite le transfert des informations pertinentes. Cette première phase de rédaction d'un P3I doit être complétée par l'écriture des attentes du patient. Même si elles ne sont pas réalistes, il est important de les noter car elles génèrent alors un objectif. En d'autres termes, l'équipe doit établir en premier lieu un tableau clinique du patient et recueillir les attentes du patient et de son entourage en terme de projet de vie.

2) - Synthèse, jugement et formulation d'objectifs.

La formulation des objectifs est un exercice complexe. De façon plus précise, cette phase comporte:

- La formulation des situations de handicap: cette étape est précieuse , elle favorisera une bonne intégration du patient au sein de la collectivité.

- La formulation des objectifs du P3I: c'est la description claire et précise du résultat spécifique et mesurable que l'on s'engage à produire à une date donnée.
- L'orientation probable à la sortie: domicile, résidence médicalisée....

Secondairement à la formulation des objectifs, et pour chaque objectif, sont écrits les moyens et activités mis en oeuvre. Cette deuxième phase a donc pour but de fixer un certain nombre d'objectifs choisis en concertation et de décider des moyens concrets pour y répondre, ainsi que de définir la situation de handicap prévisible à la sortie d'hospitalisation.

Critères de qualité	Définition
spécifique	il décrit un résultat spécifique et non une activité ou un vœu pieux
mesurable	il est possible de déterminer son degré de réalisation, à l'échéance prévue
réaliste et réalisable	il tient compte des contraintes personnelles, organisationnelles et environnementales: il implique un risque ni trop élevé, ni trop faible
contrôlable	celui qui en est responsable à toute possibilité de le réaliser.
motivant	Il est voulu réellement, désiré profondément. Il répond à un besoin
circonscrit dans le temps	Il fixe un délai de réalisation précis, une date d'échéance
utile et utilisable	il répond véritablement à un besoin du patient

Qualités d'un objectif bien formulé. Journal de réadaptation (Y-L Boulanger et coll. , 2000)

D - Intérêts du P3I :

Le formulaire P3I est donc l'expression écrite du portrait synthétisé de la problématique d'un patient et du plan de travail élaboré par l'équipe et le patient. Il sert de guide tout au long du processus de rééducation et de réadaptation et permet à l'équipe de contrôler, régulièrement, la qualité du travail exécuté. Les bases de construction du P3I vont dans le sens des grandes idées concernant l'évolution des soins, à savoir : respect des droits du patient, construction d'un langage commun, prise en compte des facteurs environnementaux, équipe interdisciplinaire et enfin formulation d'objectifs clairs et compris par tous.

III - Prise en charge interdisciplinaire auprès du patient aphasique

1 - Définition de l'aphasie :

A - Définition psycholinguistique : propos de *S. Chomel-Guillaume et coll. (2010).*

L'aphasie désigne un trouble du code linguistique secondaire à des lésions de l'hémisphère dominant pour le langage, en général l'hémisphère gauche. Elle se manifeste par une altération à des degrés divers de l'expression et/ou de la compréhension dans les modalités orale et/ou écrite. Selon les aires lésées et le type d'aphasie, les troubles linguistiques peuvent varier en nature et en intensité.

B - Approche psychosociale : les perturbations de la communication.

Dans sa définition, *J-M Mazaux et coll. (2007)* expliquent que l'aphasie porte une dimension psychosociale par la limitation -plus ou moins sévère- des capacités de communication qu'elle induit. C'est un drame fonctionnel, psychologique et social pour le patient et son entourage, à la fois source de détresse, de perte de confiance en soi, d'anxiété, de dévalorisation et de dépression. Les obstacles à la communication ne doivent pas seulement se résumer au déficit linguistique. Le manque d'information et les difficultés d'adaptation de la part des partenaires d'échanges de la personne aphasique sont autant de facteurs qui empêchent une communication efficace.

2 - Répercussions fonctionnelles de l'aphasie :

A - Notion importante : nature et formes de la communication

Parler, crier tout seul dans un moment de joie ou de fureur, sont des expressions de soi sans être des actes de communication. La communication a toujours une dimension sociale, elle naît de l'échange et de la réciprocité.

1) - Nature et fonction de la communication :

a) - L'information :

Nous communiquons pour échanger des informations. Pour ce faire nous utilisons divers canaux: verbal et non verbal le plus souvent, mais aussi sensoriel.

b) - La relation inter-humaine fondamentale :

En 1969, Lohisse (cité par R. Mucchielli, 1999) écrit: *"la communication est le fondement existentiel de la relation humaine"*. Selon lui, la communication porte la relation humaine de l'essence à l'existence. Selon R. Mucchielli (1999), la communication est le terrain sur lequel le lien social se développe : témoigner ou raconter ce qu'on a vu, ce qu'on a fait, convaincre, informer, transmettre, se faire comprendre, donner son opinion, répondre à l'opinion d'autrui, etc. Selon lui, s'exprimer c'est exister socialement.

c) - La communication est un besoin social :

Selon Gusdorf (cité par R. Mucchielli, 1999), communiquer est un besoin essentiel. Car communiquer c'est échanger des impressions, se faire comprendre, comprendre l'autre, écouter, pour apprendre et pour savoir. L'homme, pour vivre, a besoin d'avoir des gens autour de lui mais aussi de se retrouver en relations étroites avec certaines de ces personnes. Les rencontres, les relations humaines arrachent la vie personnelle à l'endormissement et à l'asphyxie. *"La communication s'affirme ainsi comme une des exigences fondamentales de l'Homme, aussi essentielle dans son ordre que peut être la faim dans l'ordre physiologique"* (R. Mucchielli, 1999). Lorsque ce besoin est déçu et frustré, se développe un manque, source d'angoisse ou de sentiment d'incomplétude.

d) - L'identité :

Pour *E. Cataix-Nègre* (2011), nous communiquons ce que nous sommes et nous construisons notre identité au contact des autres par l'effet de miroir qui se dégage des interactions. Les risques de recevoir des retours péjoratifs de leur image seront donc importants à considérer pour les personnes ayant des difficultés dans les interactions avec les autres.

2) - Formes de la communication :

a) - Le langage :

Selon *J-A Rondal* (2000), Le langage est un processus dynamique de signes (linguistiques, gestuels, olfactifs, pictographiques...). C'est un moyen de communication non instinctifs, pour les idées, les émotions et les désirs. Ces signes, ou symboles, sont en premier lieu, chez l'Homme, auditifs et sont produits par les organes de la parole, l'ensemble de ces signes constituera la langue.

b) - La langue :

Elle fait référence aux types de codes utilisés et aux normes qui régissent l'utilisation de ses codes: grammaire, syntaxe... Une langue peut emprunter différents codes pour fonctionner: le code gestuel, le code pictographique, le code couleur, etc. La langue est inhérente à une culture et commune dans une société donnée (*J-A Rondal*, 2000).

B - Aphasie et handicap :

L'aphasie peut altérer, à des degrés différents, les capacités de communication. En se référant à la classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap, nous allons aborder l'étude du handicap de communication, selon deux axes:

- Les déficiences de la communication et les limitation d'activités de communication et de participation.
- L'influence des facteurs contextuels sur le degré de handicap.

1) - Les déficiences de la communication et les limitations des activités :

a) - Les déficiences de la communication :

• Trouble de la communication verbale : le déficit linguistique

L'ensemble des symptômes aphasiques n'altère pas la communication verbale de la même façon. Cependant, les perturbations lexico-sémantiques, les altérations phonologiques ainsi que les dysfonctionnements morpho-syntaxiques empêchent la personne aphasique d'adapter son discours aux situations d'énonciations et de communiquer, ainsi, normalement (*J-L Nespoulous, 2010*).

Dans son étude, *Sollaud (1993)* (cité par *J-C Davier et coll., 2007*) s'interroge sur les paramètres de la communication du sujet aphasique. Les résultats obtenus suggèrent que les perturbations de la communication verbale sont bien la conséquence des symptômes psycholinguistiques, les compétences pragmatiques étant dans l'ensemble peu altérées. La conservation des règles de pragmatique des personnes aphasiques suppose une conservation relative des capacités de communication.

En 1989, *Herrmann et coll.* (cités par *B. Darrigrand, 1997*), en conclusion de leur protocole d'étude de la communication chez les aphasiques, contredisent l'affirmation qu'un déficit linguistique sévère altère de façon aussi sévère la fonction de communication. Il confirme ainsi l'affirmation célèbre de *Holland* (cité par *B. Darrigrand, 1997*) : "Les aphasiques communiquent mieux qu'ils ne parlent".

• Trouble de la communication non-verbale :

La communication ne peut pas se concevoir comme réduite aux seules performances langagières. Les signes linguistiques ne sont pas les seuls outils de la communication globale, le geste, l'intonation du discours, sont autant de moyens qui contribuent à la richesse et à l'efficacité de la communication (*C. Hérisson, 1993*).

M. Cicone et coll. (1979) ont étudié les productions et les structures du geste chez des sujets aphasiques. Suite à leurs travaux, ils remarquent que les sujets aphasiques ayant conservé un discours fluide et riche grammaticalement, produisent des gestes nombreux et structurellement complexes. En revanche, chez les personnes aphasiques ayant un trouble important de réduction linguistique, les gestes, lorsqu'ils sont produits, restent simples. Ils remarquent également que les sujets aphasiques ayant des difficultés de

compréhension des messages verbaux, ont également des défaut de pertinence de la communication gestuelle. Ces résultats ont confirmé l'idée qu'il pourrait y avoir une atteinte parallèle du geste et de la parole tant au niveau quantitatif que qualitatif.

Plusieurs travaux se sont consacrés à l'étude de la communication non-verbale chez les sujets aphasiques, et en particulier à la gestualité. Il semble qu'il n'y ait pas de véritable consensus relatif à l'utilisation et à l'efficacité du geste chez les patients. Cependant, la gestualité, lorsqu'elle est conservée, peut renforcer le langage verbal défaillant et permettre à l'aphasique d'exprimer ses émotions, ses sentiments, d'avoir une action sur son interlocuteur, autrement dit d'être acteur dans la communication (B. Darrigrand, 1997).

Concernant la prosodie, les perturbations sont variables en fréquence et en intensité. Elle peut être accélérée, diminuée, marquée par un accent tonique, un accent pseudo-étranger, une monotonie de la voix, etc. On ne peut établir de règles générales sur les perturbations de la prosodie chez la personne aphasique, en revanche, selon C. Davier et coll. (2007), la dysprosodie serait plus fréquemment marquée chez les patients souffrant d'aphasie réduite.

b) - Limitation des activités de communication et limitation de participation :

• Limitation des activités de communication :

Pour C. Davier et coll. (2007), il existe une réduction globale des activités de conversation par rapport à des sujets contrôles du même âge. Les principales incapacités de communication rencontrées dans une population d'aphasiques sont présentées dans le tableau suivant:

incapacités de communication	fréquence
Ecrire des lettres et des documents	79%
Lire des documents administratifs	68%
Remplir des documents administratifs	60%
Tenir une conversation sur un sujet complexe	59%
Utiliser des chèques et des cartes de crédit	57%
Téléphoner à des inconnus ou des personnes non familières	54%
Prendre la parole en premier avec des personnes inconnues ou non familières	50%

Principales incapacités de communication rencontrées dans une population d'aphasiques. Ces troubles ont été identifiés avec l'échelle de communication verbale de Bordeaux chez 127 sujets aphasiques dont l'âge moyen était de 54 ans. L'aphasie était d'origine vasculaire dans 93% des cas, et le délai moyen entre l'entretien et la lésion vasculaire 4,5 ans. (J-C Davier et coll., 2007).

L'aphasie a donc un retentissement important sur les activités de communication du sujet. Ces limitations d'activités sont à mettre en lien avec les facteurs environnementaux (aide de la part d'une tierce personne, accessibilité des informations,...) et les facteurs personnels (propension à utiliser le téléphone, lire et remplir des documents administratifs).

• **Limitation de participation sociale :**

En 1991, C. Hérisson (1993) crée un questionnaire afin de collecter des renseignements sur le niveau de qualité de la vie des sujets aphasiques interrogés. Les résultats de cette étude vont dans le sens d'une diminution de la participation sociale des sujets atteints. Il analyse le niveau de participation sociale des sujets aphasiques sous plusieurs angles:

- **La vie relationnelle** : plus de la moitié des personnes interrogées ne peuvent communiquer qu'avec des proches. Il s'en suit une tendance très forte au repli sur soi et à l'isolement. Cet isolement est préjudiciable car il contribue à réduire les possibilités d'échanges, et donc la faculté de s'exprimer dans des situations diversifiées.

- **La vie sociale** : aucun patient interrogé n'est prêt à engager la conversation avec une personne qu'elle ne connaît pas. Selon *J-C Davier et coll (2007)* les troubles de compréhension, sources de malentendus, d'abandon du sujet en cours, ou de rupture de l'échange, seraient les plus pénalisants. De plus, les registres de communication tels que l'humour ou l'implicite, qui requièrent des hauts niveaux d'intégration sont les plus difficiles à comprendre, et excluent souvent l'aphasique de l'échange. Beaucoup de soignants abandonnent rapidement l'échange avec des personnes présentant des troubles massifs dans ce domaine. En production, les troubles sémantiques, syntaxiques ou les jargons, peuvent rapidement rendre l'énoncé incohérent. Quant aux aspects du discours, les troubles du débit perturbent l'échange et peuvent entraîner chez l'interlocuteur un sentiment de malaise, voire d'impatience si le sujet montre des hésitations et fait des pauses allongées. L'interlocuteur préférera alors souvent s'adresser à l'entourage pour avoir des informations importantes.

Quant aux sorties, la majorité des sujets a modifié ses habitudes, un tiers d'entre eux ne sort plus du tout, ou sort beaucoup moins. Les sorties dans la famille sont généralement préférées aux sorties chez les amis, aux dîners au restaurant, aux visites d'expositions....à toute circonstance où il y aura contact avec des personnes inconnues.

- **La vie professionnelle**: seulement une petite partie des sujets aphasiques continue d'avoir une activité professionnelle. Parmi eux, un seul patient a conservé le poste qu'il occupait avant l'existence de son aphasie.

- **Les loisirs**: les activités sollicitant attention et langage comme les jeux de société sont moins pratiquées. Les personnes qui s'adonnaient à une activité artistique (chant, instrument de musique..) disent éprouver de grandes difficultés sans y trouver le même plaisir qu'auparavant. Concernant les activités physiques, seulement deux des personnes interrogées, qui pratiquaient une activité physique, ont continué (ces personnes n'ont pas de séquelles motrices).

D'après cette étude, les scores de performance linguistique et le score de retentissement social sont corrélés. Le trouble de la communication retentit d'autant plus sur la vie quotidienne que la performance linguistique est plus altérée. Le type initial d'aphasie ne joue aucun rôle.

Pour conclure, la dépression et la qualité de vie du sujet aphasique restent encore très peu connues. Des outils d'auto et d'hétéro-évaluation de la dépression et des versions

simplifiées de questionnaires de qualité de vie sont maintenant validés pour l'aphasique, tels que le SIP 65 par exemple. Ces évaluations sont primordiales pour guider la prise en charge orthophonique et la réadaptation du sujet. *Bucquet et coll.* (cité par *C. Bénaim et coll.*, 2003) affirme que la mesure de la qualité de vie diffère du concept selon lequel la santé se définirait par l'absence de maladie ou d'infirmité. Elle est devenue un outil essentiel en Médecine Physique et de Réadaptation.

2)- Influence des facteurs contextuels sur le degré de handicap :

a) - Facteurs environnementaux : principes exposés par A-C Cataix-Nègre (2011)

• Le handicap partagé :

Lors de l'échange, si un des deux interlocuteurs présente un déficit de communication, alors les deux personnes en présence se retrouveront en situation de handicap. L'interlocuteur, même valide, ne sachant pas comment se comporter pour surmonter son incapacité de décodage, sa gêne, sa maladresse, sa peur, etc, se retrouve alors lui aussi en situation de handicap. Dès lors, les deux interlocuteurs auront besoin d'aide et d'une attention particulière en fonction de leur rôle:

- le sujet qui vit avec sa déficience aura besoin d'aide pour pallier son déficit.
- l'interlocuteur, si c'est un interlocuteur privilégié, aura besoin d'aide pour mettre en place des processus d'apprentissage de communication adaptée.

• Le handicap social :

La loi du 11 février 2005, nommée "Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées" se veut anti-discriminante. Selon le texte, il s'agit d'organiser de façon systématique l'accès des personnes handicapées au droit commun (égalité d'accès aux soins, au logement, à l'école, à l'emploi, etc) et de reconnaître ainsi leur pleine citoyenneté. Malgré plusieurs décrets qui viennent rétrécir ses champs d'application, la loi d'accessibilité prévue pour 2015 existe : une société accessible qui rendra nulle les situations de handicap. En revanche, cette notion d'accessibilité n'est pas compliquée à imaginer en ce qui concerne les adaptations

nécessaires aux personnes se déplaçant en fauteuil roulant, mais en ce qui concerne le handicap de communication, le chemin est encore long. Les personnes utilisant une communication alternative et améliorée ont un rôle à jouer concernant l'accessibilisation des moyens de communication. Si les messages d'information et les demandes d'aménagement sont formulés par ces personnes elles-mêmes, les destinataires en seront d'autant plus touchés. La société a le devoir de s'accessibiliser, les personnes ont de leur côté la responsabilité de faire connaître leurs besoins. Rendre plus accessible l'information dans la cité, dans les structures, dans le quotidien en général, c'est réduire ces handicaps (A-C Cataix-Negre, 2011).

b) - facteurs personnels :

Selon le descriptif de la CIF (OMS, 2001), les facteurs personnels représentent le cadre de vie d'une personne. Il se compose des caractéristiques individuelles qui ne font pas partie d'un problème de santé ou d'un état fonctionnel. Ils incluent le sexe, l'âge, la personnalité, la condition physique, le mode de vie, les habitudes, le mode d'adaptation, le niveau d'instruction, les expériences passées,... Tous ces facteurs peuvent avoir une influence sur le handicap à un niveau quelconque. Il n'est pas possible de généraliser sur des facteurs personnels susceptibles d'influencer, en plus ou en moins, le handicap de la personne de manière générale.

3 - Caractéristiques de l'accompagnement du patient aphasique en rééducation - réadaptation :

Nous allons décrire le cadre d'intervention qui correspond à l'approche psychosociale de la pathologie aphasique. L'intervention thérapeutique doit être centrée sur la conservation des capacités de communication afin de prévenir et de pallier les situations de handicap du patient. Selon *M. Enjalbert (2002)*, cette approche sociale émane de différentes réflexions:

- L'efficacité de la communication des personnes aphasiques peut dépendre du support apporté par un interlocuteur attentif.
- On peut révéler la compétence de la personne aphasique en entraînant des personnes à communiquer avec elle.
- Leur intégration sociale en dépend.
- L'aphasie engendre un handicap de communication qui est partagé par l'ensemble des interlocuteurs du sujet et ceux-ci ont besoin d'un support de communication spécifique.

A - Accompagnement Orthophonique :

La prise en charge de l'aphasie, repose de manière quasi exclusive sur l'orthophonie (*X. De Boissezon et coll., 2007*). Parallèlement aux séances de rééducation classique de récupération langagière, dite rééducation cognitive, l'approche psychosociale et l'approche pragmatique ont connu un grand développement (*J-M Mazaux et coll, 2007*). L'idée est que l'on peut, quelles que soient les capacités résiduelles du sujet, d'une part travailler dans des contextes d'échanges naturels, d'autre part , proposer à la personne aphasique des techniques palliatives ou augmentatives permettant de rétablir la communication et de mieux prendre en compte sa souffrance et son handicap social. L'objectif principal étant de favoriser la qualité de vie du patient.

1) - Evaluer pour savoir comment agir et pouvoir informer les partenaires d'échange :

L'orthophoniste a pour rôle d'évaluer les capacités et les incapacités linguistiques, la qualité des interactions et les besoins de communication de son patient. Il s'agit de faire émerger de ces bilans des informations nécessaires pour rétablir une communication efficace (M.Enjalbert, 2002). En référence au fonctionnement interdisciplinaire, l'orthophoniste aura la responsabilité de partager avec les autres membres de l'équipe, l'évaluation qualitative et quantitative du patient, afin de partager avec elle les priorités de l'action thérapeutique et le type d'intervention qu'il sera nécessaire et judicieux de mettre en place (C. Larivière et C.Ricard, 1998).

2) - Les aides à la communication :

a) - Généralités sur les outils de communication : principes exposés par E. Cataix-Nègre (2011)

Les tableaux et les classeurs de communication, outils non technologiques, font partie des aides techniques les plus utilisés. Sur ces tableaux, ou ces fiches, sont posés des signifiants : mots, images, pictogrammes, symboles, lettres, photos, phrases... Il existe plusieurs types de supports de communication visuelle et graphique, tels que : le SAICOMSA, le SACC, le kit de communication, le C.COM... Ces aides s'inscrivent dans la démarche de rééducation du langage et de la communication. La création d'un support, avant même la phase de rééducation de l'oralisation, permettra à la personne aphasique d'accéder aux besoins élémentaires de communication, rétablir la communication est une urgence, c'est une priorité. Avec un classeur ou un carnet de communication par exemple, la personne aphasique, avec l'aide de son interlocuteur, pourra rester digne de transmettre et de recevoir des informations, de comprendre et de participer aux décisions qui la concernent, de conserver un lien avec le milieu hospitalier.

b) - Exemple du C.COM : I. Gonzalez-Charton et coll. (2007).

Le C.COM se présente sous la forme d'un logiciel, imprimable pour un outil papier imprimé (classeur). Les informations sont illustrées par un système de représentation permettant une lecture directe : les photographies. Celles-ci sont organisées par catégories

sémantiques. Les planches sont adaptables au patient et à son environnement. La structure de base du classeur de communication (<http://www.leccom.fr/classeurbase.php>) permet au sujet de :

- Expliquer sa situation : exprimer le OUI, le NON, expliquer l'aphasie ou l'accident avec l'aide de dessin...
- Exprimer des besoins : sentiments, émotions, douleur...
- Dire qui il est : présentation de son arbre généalogique, les noms et les photos des proches, sa carte d'identité, sa carte de membre d'un club important pour elle...
- Exprimer les notions de temps et de lieux : calendrier, agenda, photo des différents thérapeutes avec les heures de séance...

Puis, il sera nécessaire d'adapter et de personnaliser le classeur de communication, il faudra l'ajuster à l'environnement du sujet, en fonction des thèmes spécifiques d'échange et suivant l'évolution de la communication dans le temps.

3) - Développer les compétences des acteurs à communiquer avec la personne aphasique :

a)- Un partenaire averti :

“Un interlocuteur qui connaît et comprend les capacités de son partenaire cérébro-lésé et les incapacités réelles liées à l'aphasie, qui a confiance en ses propres capacités, est compétent pour guider la circulation des informations” (*I. Gonzalez-Chartron et coll., 2007*). Il s'agit d'une part d'éclairer les partenaires sur la nature particulière des troubles auxquels ils sont confrontés en partant de leur expérience et sur les stratégies de restauration d'échange efficace. D'autre part il s'agit de les aider à mettre en pratique des stratégies de contournement par des mises en situations, notamment par l'utilisation de planches de communication.

D'après *N.Munier* (2007), une planche d'information, accessible par tous, est recommandée. Le potentiel de communication du patient aphasique ainsi que son mode de communication privilégié (gestes, écriture, fiabilité du oui et du non...) sont ainsi connus

par tous les partenaires d'échange. Chacun peut alors se mettre rapidement à la portée du sujet aphasique.

b) - Etre un interlocuteur et un assistant de communication :

L'ensemble des thérapeutes doit être convaincu qu'un aphasique peut, au moyen de supports adaptés et d'une gestion de l'échange communicationnel de la part de l'interlocuteur, réaliser des choix et recevoir des informations (*M. Enjalbert, 2002*). Les supports de communication intègrent l'interlocuteur dans la résolution de la panne de communication. Il lit, traduit, met en forme et clarifie les messages. C'est sur lui que repose l'élaboration du message. Dans ces situations d'"expression alternative", le dialogue est tributaire des compétences de l'interlocuteur car ce dernier est une aide technique linguistique (prédiction de mots, de lettres, etc), il est doué de capacité de réponse, il peut percevoir des gênes dans l'environnement (bruits, éclairage faible, etc) et les modifier, il est également, lorsque cela est nécessaire, une aide technique motrice. Dans l'utilisation d'un classeur de communication, l'interlocuteur doit être actif dans l'échange, il doit guider la justesse de la communication en apportant au patient ses propres compétences. Le classeur de communication n'est pas un outil de rééducation, il sert à communiquer. La personne aphasique doit être accompagnée et soutenue dans la communication par l'ensemble de ses interlocuteurs.

B - Accompagnement de l'équipe soignante :

1) - Les membres de l'équipe comme environnement social du sujet :

Les membres de l'équipe soignante constituent l'environnement communicationnel privilégié du patient aphasique, il est donc nécessaire d'adapter cet environnement humain afin de diminuer la situation de handicap du sujet. L'entourage humain, en assistant les personnes dans leur compréhension et leur expression, fait donc partie intégrante du projet de réadaptation, au-delà des outils, les aidants améliorent la qualité de vie, aménagent les occasions d'éducation, de vie sociale et d'indépendance (*E.Cataix-Nègre, 2011*).

2) - Action thérapeutique de l'équipe :

a) - Observations cliniques du patient

L'ensemble de l'équipe soignante échange avec le patient aphasique en situation réelle et naturelle. Selon *N. Munier* (2007), il est intéressant que chacun des membres de l'équipe puisse rapporter ses remarques et ses interrogations concernant la communication du sujet. Chaque membre de l'équipe détient des compétences naturelles à communiquer et à détecter chez l'autre des signes particuliers (détresse, motivation, besoin...). L'équipe doit constituer un groupe de travail, les membres doivent se rassembler autour des difficultés présentées par des patients, ce qui détermine une tâche commune : pallier les difficultés de leur patient. En effet, certains aphasiques "communiquent mieux qu'ils ne parlent" (*Holland*, cité par *B. Darrigrand*, 1997), dans certains contextes, avec certains partenaires. Et d'autres non. C'est un objectif prioritaire de la rééducation de repérer ces contextes favorisant, ces partenaires privilégiés pour améliorer la communication de la personne aphasique, et la qualité de sa vie (*C. Davier et coll.*, 2007).

b) - Utilisation de l'outil de communication : exemple du C.COM (*N. Munier*, 2007)

• information

La procédure d'installation du C.COM sollicite l'entourage institutionnel. Des sessions sont organisées pour présenter et informer le personnel de l'existence de l'outil au sein de l'établissement. Le C.COM devient un outil de communication institutionnel.

• formation interne du personnel

Une formation est nécessaire pour apprendre à utiliser l'outil de communication. Il est intéressant que ces formations reposent sur une participation libre. Chaque membre de l'équipe doit prendre conscience de son rôle de partenaire de rééducation et exprimer, seul, la volonté d'agir.

• Les classeurs C.COM spécifiques :

Des classeurs spécifiques, adaptés à l'activité des différents corps de métier, sont réalisables pour et par l'ensemble du personnel. Un classeur de communication spécifique peut être réalisé pour chaque poste de soins, pour les secrétaires médicales, pour le personnel administratif, pour les agents d'entretien et de sécurité, etc...

Les moyens de transmission d'information, la volonté de tous les membres de se former ainsi que la décision de la part de chacun des membres de l'équipe de participer à la création des outils de communication sont des éléments nécessaires pour une prise en charge globale, cohérente et efficace du patient aphasique. Par un environnement rendu accessible, la qualité de vie du patient aphasique au sein de l'institution médicale, sera alors améliorée.

IV - La notion d'enquête psychosociale :

1 - Définition de l'enquête psycho-sociale : principes exposés par R. Mucchielli (1989).

La notion d'enquête doit être prise ici, au sens de recherche d'informations. A cela s'ajoutent deux idées : d'une part l'idée que cette recherche est méthodique, donc doit satisfaire à certaines exigences de rigueur, permettant d'aboutir à des résultats quantifiables. D'autre part l'idée que cette recherche s'applique à une réalité particulière : la vie d'un groupe social, ses comportements, ses opinions, ses besoins, ses attentes, ses raisons de réagir et de travailler.

2 - Les méthodes et les risques d'erreur :

A - Les méthodes :

Elles se divisent en trois catégories : la méthode d'observation, la méthode d'interview, le questionnaire. Celle à laquelle nous nous intéressons ici est la méthode de recherche par questionnaire, dit questionnaire d'auto-administration.

B - Les biais :

Le biais est la déformation ou le risque de déformation, donc d'erreur, encourue par l'enquête. Selon R. Mucchielli (1989), le questionnaire doit éviter les biais qui menacent à différentes étapes de l'enquête concernant :

- Le choix de la population visée par l'enquête
- La construction exacte de l'échantillon, c'est à dire quand on va déterminer qui, dans la population ciblée, va être interrogé.
- La construction du questionnaire (formulation des questions, leur succession...)
- La réalisation, si l'échantillon réellement interrogé ne correspond pas à l'échantillon réellement défini

- Le mode d'administration : les questionnaires administrés par un enquêteur favorisent le risque de "défense de façade" du répondant qui, spontanément, "sauvera la face" par peur d'être jugé.
- Le dépouillement et l'analyse des résultats.

3 - Les étapes de l'enquête par questionnaire : principes exposés par R. Mucchielli (1989) et F. De Singly (2011).

Une enquête sérieusement montée comporte 9 étapes :

- **étape n°1 : définition de l'objet de l'enquête et l'étude des moyens matériels**

En passant de l'idée de l'enquête à la délimitation de l'objet, on se rend compte de la surface du champ ou de l'étendue de l'enquête. En délimitant le problème, on est amené également à une plus juste estimation première des moyens tels que l'estimation du budget, du temps nécessaire pour réaliser l'enquête.

- **étape n°2 : la pré-enquête, préparation générale de l'enquête**

Elle a pour but de déterminer les hypothèses de l'enquête et par voie de conséquence, les objectifs. La pré-enquête représente un test des hypothèses. Il existe plusieurs méthodes de recherche des hypothèses, celle que nous retiendrons ici est la méthode par interview. Celle-ci se réalise auprès de personnes qui seront ultérieurement concernées par l'objet de l'enquête.

- **étape n°3 : la détermination des objectifs et des hypothèses**

C'est la synthèse finale de la pré-enquête qui éclaire les idées de départ, les décante, les filtre et permet de formuler les hypothèses. En effet, après ces diverses recherches préparatoires, on dispose d'hypothèses qui se traduisent sous forme de propositions, c'est à dire d'énoncés qui sont des réponses éventuelles au problème que l'on cherche à résoudre.

• étape n°4 : la détermination de l'échantillon

Mucchielli (1989) appelle "univers de l'enquête", l'ensemble du groupe : humain, concerné par les objectifs de l'enquête. C'est dans cet univers que sera découpé l'échantillon de personnes interrogées. Le problème essentiel est alors d'assurer la représentativité de l'échantillon. Il existe plusieurs méthodes de construction de l'échantillon, dont les 3 suivantes :

- *L'idéal statistique* : obtenu par le "tirage au sort" d'individus appartenant à la population de référence. Il est alors nécessaire d'obtenir une liste exhaustive de la population de référence pour avoir un échantillon idéal.
- *La méthode des quotas* : l'échantillon sera un modèle réduit de la population selon les critères pris en considération (sexe, âge, CSP...)
- *Les échantillons stratifiés* : la population est divisée en strates, c'est à dire en catégories homogènes du point de vue d'une caractéristique qui est retenue dans l'objet de l'enquête. Les catégories représentent plutôt des divisions naturelles ou sociales de la population.

• étape n°5 : la rédaction du projet de questionnaire

La rédaction du questionnaire correspond à la formulation des questions. La formulation de la question joue un rôle majeur. Il s'agit de réfléchir au sens global que le répondant attribuera au questionnaire et à ses différents éléments, il s'agit également de favoriser au mieux la motivation dont il fera preuve pour lire et répondre au questionnaire. Le choix des mots et la ponctuation tiennent une importance majeure concernant l'interprétation des questions par le répondant. Il est donc nécessaire de s'interroger sur les diverses interprétations possibles des questions.

Il s'agira également de choisir entre les différents types de questions, à savoir :

- *La question fermée* : modèle simple de question, généralement posée sous forme interrogative et qui a pour caractéristique de fixer à l'avance des réponses du type "approbation-désapprobation" ou "évaluation sur une gamme de jugements prévus".
- *La question ouverte* : elle laisse à l'individu la liberté complète de s'exprimer et de formuler à sa guise son opinion à la question posée.

- *La question cafétéria* : elle prévoit toutes les catégories de réponses possibles à une question du genre "ouvert". Elle est nommée ainsi car elle suppose que le répondant y trouvera ce qu'il désire parmi l'éventail de réponses proposées.

• **étape n°6 : pré-test ou mise à l'épreuve du questionnaire**

Une fois le questionnaire rédigé, il doit subir une épreuve préliminaire, une sorte de test de sa valeur, avant d'être utilisé comme instrument. Les individus auxquels sera appliqué le questionnaire pendant le pré-test doivent être dotés d'une formation scientifique en rapport avec le sujet de l'enquête et/ou d'une connaissance méthodologique à l'élaboration d'une enquête, reconnue. Les remarques faites par la population chargée du pré-test seront à collecter lors d'un entretien entre l'enquêteur et chacune des personnes constituant ce groupe.

Le pré-test doit assurer les résultats suivants : clarté et précision des termes, forme adaptée des questions, ordre satisfaisant des questions, introduction correcte du questionnaire.

• **étape n°7 : rédaction définitive du questionnaire**

Suite aux remarques obtenus par le pré-test, le questionnaire est rédigé dans sa version finale.

• **étape n°8 : choix du mode d'administration**

Le mode d'administration peut être de deux types. Pour les questionnaires dits d'auto-administration le sujet est seul devant le questionnaire pour y répondre; concernant les questionnaires par enquêteurs, l'enquêteur pose les questions et note les réponses.

• étape n°9 : dépouillement et analyse des résultats

- *analyse quantitative* : elle s'intéresse aux différentes variables que l'on a souhaité mesurer afin de confirmer ou d'infirmer les hypothèses de l'enquête. Cette analyse consiste à calculer la part, l'influence, l'importance chiffrées de ces variables.
- *analyse pratique de dépouillement des réponses aux questions ouvertes* : il s'agit de répertorier et de classer les réponses libres par concepts clés. Il faut rassembler les idées principales évoquées dans les premières réponses lues et les noter. A chaque fois que la même idée sera formulée, elle sera comptabilisée. Le dépouillement et l'analyse du contenu progressent parallèlement, on peut s'apercevoir que des idées que l'on avait choisi de dissocier, peuvent finalement se regrouper sous le même thème. Les thèmes seront bien sûr à mettre en relation avec les hypothèses de l'enquête.

Deuxième partie : ELEMENTS PRATIQUES

1- Objectifs de l'étude:

A- Objet de l'enquête:

Notre étude s'inscrit au sein de l'approche psychosociale de la pathologie aphasique. Nous recherchons principalement à évaluer les caractéristiques organisationnelles de l'approche interdisciplinaire pour l'accompagnement des patients aphasiques. Pour ce faire, nous voulons créer un outil mesurant les forces et les faiblesses des actions thérapeutiques sur le terrain.

Nous avons pu voir dans la première partie qu'il est important de favoriser un fonctionnement interdisciplinaire au sein des équipes de travail. Concernant l'accompagnement des personnes souffrant d'aphasie, l'importance de l'action interdisciplinaire se centre sur les moyens mis à disposition de chacun pour agir sur les difficultés de communication des patients, en adaptant au mieux l'environnement social, soit l'environnement institutionnel.

B - Pré-enquête :

Notre souhait de réaliser cette enquête émanait sur de seules observations cliniques, il nous a paru nécessaire de rechercher des hypothèses se basant sur un recueil d'informations concrètes.

Nous avons donc interviewé 10 personnes concernées directement par l'objet de l'enquête. Cette interview était composée de 7 questions relatives à l'action thérapeutique faite auprès des personnes aphasiques et au fonctionnement de l'équipe (cf. annexe 1)

La synthèse finale de cette pré-enquête nous a permis d'éclaircir et de clarifier nos hypothèses.

C - Hypothèse de l'enquête:

Le fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe de soins est indispensable pour la prise en charge du patient aphasique.

Notre hypothèse de départ est de penser qu'il est nécessaire de proposer des actions afin de favoriser et soutenir le fonctionnement interdisciplinaire des équipes de travail, et de faciliter ainsi l'action thérapeutique pour et avec ces patients.

Suite à l'analyse des résultats de la pré-enquête nous pensons, avant même la formulation de nos objectifs d'étude, qu'il sera nécessaire de proposer des actions de sensibilisation. En effet, sensibiliser l'ensemble des équipes soignantes sur le handicap de communication et notamment sur ses conséquences psychosociales est une première idée. Nous envisageons également la proposition d'une action sur les moyens de transmission des informations entre les différents acteurs, ainsi que sur l'utilisation des outils de communication à l'intérieur du centre.

D - Objectifs de l'étude:

Notre objectif est de mettre en évidence les différents aspects de l'organisation interdisciplinaire et d'identifier les besoins des équipes multidisciplinaires concernant la prise en charge des personnes aphasiques. Notre but est de mettre en évidence les outils que les thérapeutes ont déjà mis en place, spontanément ou non, de façon formelle ou informelle, pour agir sur les difficultés de communication des personnes aphasiques et améliorer ainsi leur action.

La première particularité de notre étude est qu'elle recueille des informations auprès des soignants, non auprès des patients, sa deuxième particularité se définit par la volonté d'avoir créé un questionnaire unique, transdisciplinaire, commun à tous les corps de métier. Ce questionnaire est destiné aux équipes professionnelles interdisciplinaires.

Nous avons utilisé un questionnaire d'auto-administration comme outil de recherche de réponses. L'objet de ce questionnaire ne représente en aucun cas un quelconque jugement concernant les pratiques professionnelles des soignants et les données recueillies font l'objet d'un traitement anonyme.

2 - Méthodologie de l'enquête :

A- Echantillonnage :

1) - Choix de l'échantillon final :

Nous avons délimité l'ensemble de la population concernée par les objectifs de l'enquête, soit "la population" de l'enquête. Nous voulions que notre groupe représente le corps médical et paramédical en milieu de rééducation et réadaptation, sans faire une analyse par profession.

Une fois la population de l'enquête ciblée, nous avons créé notre échantillon final afin de représenter au mieux la population totale de l'enquête. Notre démarche correspond davantage à la méthode des échantillons stratifiés. La taille de notre échantillon représente un compromis entre :

- le degré de précision que nous souhaitons atteindre
- le budget que nous-même nous étions donné
- le temps dont nous disposions

Après réflexion nous avons choisi de créer un échantillon de 100 personnes, en se référant :

- aux critères d'inclusion suivants :
 - professionnels médicaux, paramédicaux, psychosociaux
 - professionnel qui travaille en équipe
 - professionnel qui prend en charge des patients aphasiques
- aux critères d'exclusion suivants :
 - Orthophoniste
 - éducateur spécialisé

Cet échantillon final se compose alors de :

Corps de métier	Fréquence
kinésithérapeutes	15%
médecins	14%
ergothérapeutes	13%
infirmiers	12%
aides soignants	11%
cadres de santé	11%
assistants sociaux	7%
psychologues	6%
neuropsychologues	4%
professeurs d'activités physiques adaptées	4%
animateurs	1%

Les assistants sociaux, les psychologues et les neuropsychologues sont moins représentés dans les établissements de soins et sont parfois absents. Les éducateurs d'activités sportives adaptées sont également très peu représentés mais nous avons choisis de conserver cette population au sein de l'échantillon final. Nous estimons que les situations de communication auxquelles se confrontent ces professionnels sont intéressantes par leur aspect de situations écologiques.

Le questionnaire a été proposé à 8 services ou centres de rééducation fonctionnelle et de réadaptation des villes du sud de la France, à savoir : Angoulême, Bidart, Bordeaux, Cambo-Les-Bains, Libourne, Marseille et Saint-Jean-de-Luz. Nous avons recueilli 100 questionnaires, pour 128 distribués.

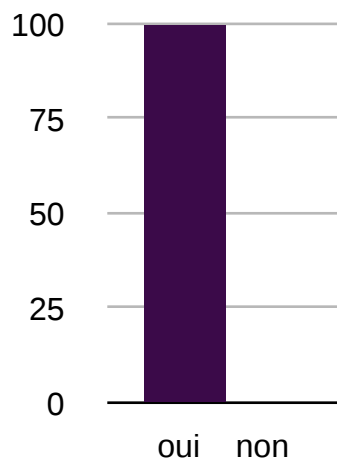
2)- Contexte de l'étude :

Nous avons choisi de présenter l'étude aux répondants par une première partie, précédant le questionnaire, qui s'intitule : "contexte de l'étude". Cette première partie est élaborée

afin d'éviter les biais d'échantillonnage. Autrement dit, cette partie est proposée afin de s'assurer que les personnes interrogées connaissent des patients aphasiques et en accompagnent régulièrement.

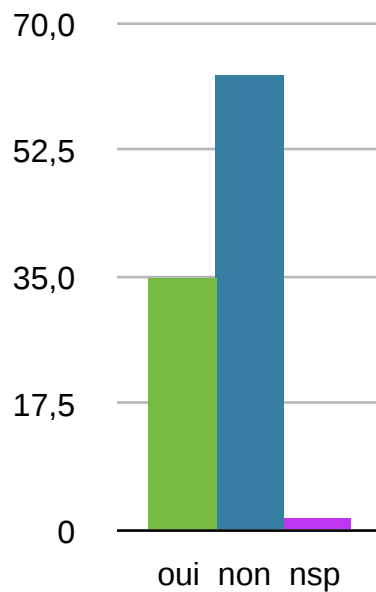
Les questions qui sont posées dans cette partie permettent également à la personne interrogée de cadrer le contexte de l'étude. Voici les réponses obtenues à ces 4 questions :

- **Parmi les patients que vous accompagnez, rencontrez-vous des personnes aphasiques?**



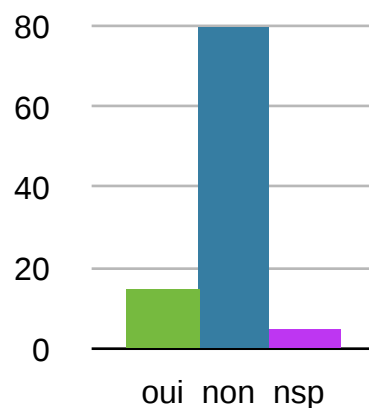
100% des personnes interrogées exercent auprès de patients souffrant d'aphasie, ce critère d'échantillonnage est donc assuré.

- **Vous arrive t-il de redouter leur prise en charge en raison de leur trouble de communication ?**



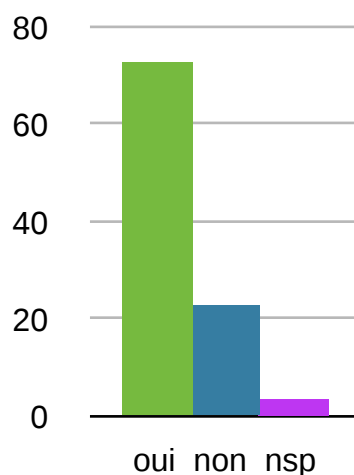
35% de la population interrogée dit redouter, parfois, l'accompagnement de patients aphasiques souffrant d'un trouble de communication. Ce chiffre est important et montre donc que certains professionnels se retrouvent parfois démunis lorsque la communication avec un patient est difficile. 63% déclarent ne pas craindre leur prise en charge. 2% ne se prononcent pas.

- **Vous arrive t-il d'éviter les situations d'échanges avec votre patient en raison de ses troubles de communication ?**



15% des individus déclarent éviter parfois, les situations d'échange avec un patient aphasique. Ce chiffre, élevé, témoigne de la détresse de certains professionnels et de l'attitude négative qui en découle. Il semble nécessaire d'agir afin que ce type de comportement, lourd de conséquences psychologiques et sociales pour le patient, ne se produise pas. 80% disent ne pas le faire. 5% ne donnent pas de réponse.

- **L'efficacité de votre prise en charge est-elle selon vous, tributaire du trouble de communication de la personne soignée ?**



73% des répondants estiment que l'efficacité de leur action thérapeutique est tributaire du degré de communication de la personne soignée. Veiller à la restauration d'une communication efficace du patient est donc une priorité et une urgence. 23% ne sont pas d'accord avec cette idée, pourtant, comme le précise *Y.L Boulanger et coll. (2000)*, il est nécessaire de connaître les désirs et souhaits du patient tout au long de sa prise en charge afin de dispenser des soins sûrs et de qualité.

B - Le questionnaire :

1) - Le plan :

Nous avons choisi de nous appuyer sur la notion de compétence individuelle et de compétence collective, telles que nous les avons décrites précédemment, pour élaborer le plan du questionnaire. Ainsi la conception de l'outil repose sur trois dimensions (ou variables) :

la savoir / le pouvoir / le vouloir

Chacune de ces dimensions a deux composantes qui sont interrogées : agir et coopérer.

dimensions	composantes
SAVOIR	- savoir agir
	- savoir coopérer
POUVOIR	- pouvoir agir
	- pouvoir coopérer
VOULOIR	-vouloir agir
	- vouloir coopérer

2)- Les questions : les types d'items

Nous avons sélectionné les types d'items et nous les avons adaptés selon la description de R. Mucchielli (1989) de F. De Singly (1992) :

- Nous avons choisi en majorité des items fermés où les réponses attendues sont de type:
 - Approbation - désapprobation
 - Evaluation sur une gamme de jugements prévus
- Très peu de questions se présentent sous la forme d'items ouverts. Ces questions sont d'abord délicates à formuler, puis très difficiles à dépouiller car le recueil des réponses demande une réelle analyse de contenu. Cependant, elles nous ont permis d'obtenir des informations utiles.
- Le dernier type d'items que nous avons choisi d'utiliser est la question "cafétéria" (R. Mucchielli, 1989), nommée ainsi car elle suppose que le répondant y trouvera ce qu'il désire parmi l'ensemble des réponses proposées. Ce type d'item facilite le dépouillement mais présente l'inconvénient de pouvoir suggérer des opinions non spontanées chez la personne interrogée.

3) - Le pré-test :

Suite à la rédaction du projet questionnaire, nous avons procédé au pré-test de celui-ci. Nous avons présenté le questionnaire à 4 orthophonistes exerçant dans un centre de rééducation et de réadaptation, et à un médecin épidémiologiste exerçant à l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED). Les modifications, suites aux remarques de ces 5 experts, ont été les suivantes :

a - Modification de la formulation de certains termes :

- Le terme "trouble linguistique" a été remplacé par "trouble du langage"
- Une définition a été apporté aux termes "échanges formels" et "échanges informels"
- Certaines marques de ponctuation ont été modifiées, ajoutées ou retirées.

b - Modifications des types d'items :

Deux questions qui se présentaient sous la forme d'items ouverts lors de la rédaction initiale ont été modifiées sous la forme d'item cafétéria :

- La question "Parmi les différentes observations cliniques que vous pouvez effectuer chez un patient aphasique, quels sont pour vous les comportements et/ou symptômes réactionnels engendrés par la pathologie aphasique"? a été modifiée par : "Parmi les différentes observations.....quels sont pour vous les 3 principaux comportements et/ou"
- Six propositions de réponses ont été créées concernant la question "Quel est pour vous le rôle de l'orthophoniste au sein de la prise en charge de la fonction communication des personnes aphasiques?"

c - Ajout de proposition de réponse :

- A la question concernant le type de code (de communication) qu'utilisent spontanément les différents thérapeutes, la proposition du code photographique a été ajoutée.

4) - Présentation des questions :

Suite aux modifications apportées par l'étape du pré-test, les questions ont été rédigées dans une version finalisée.

composantes	Questions
- savoir agir:	- l'aphasie pour vous, c'est quoi? - Pour vous, un trouble du langage se différencie t-il d'un trouble de communication? - Afin de favoriser le déroulement de votre intervention, l'accompagnement de ce type de patient nécessite t-il des adaptations? - Quels sont pour vous les 3 principaux comportements et/ou symptômes réactionnels engendrés par la pathologie aphasique? - Quelle(s) démarche(s), personnelle(s) ou professionnelle(s), individuelle(s) ou de groupe, vous ont permis de réduire l'impact du handicap de communication sur le déroulement de vos soins spécifiques? - Pensez- vous que la prise en charge de la fonction communication relève: d'une compétence individuelle? d'une compétence collective?
- savoir coopérer:	- Quel est pour vous le rôle de l'orthophoniste au sein de la prise en charge de la fonction communication des personnes aphasiques? - Quelle(s) démarche(s), personnelle(s) ou professionnelle(s), individuelle(s) ou de groupe, vous ont permis de réduire l'impact du handicap de communication sur le déroulement de vos soins spécifiques? - En cas d'échec lors d'une situation de communication avec votre patient, vous arrive t-il de faire appel aux différents acteurs de l'équipe multidisciplinaire de travail?
- pouvoir agir:	- Existe t-il dans le centre un support de communication, palliatif et/ou augmentatif, que vous connaissez? Par quel intermédiaire en avez-vous pris connaissance? - Savez-vous l'utiliser? - En avez-vous un facilement accessible dans votre salle?

composantes	Questions
- pouvoir coopérer:	- Assistez-vous à des Plans d'Intervention Interdisciplinaire Individualisés (P3I)? - De quelle façon se transmettent les projets de soins interdisciplinaires? - Le support de communication est-il spécifique à chaque corps de métier? Si oui, comment a-t-il été réalisé? - Y'a t-il des échanges formels entre vous et l'orthophoniste lorsque vous avez un patient en commun?
- vouloir agir:	- Vous arrive t-il d'établir une fiche structurée sur laquelle vous prenez note des difficultés de communication rencontrées avec les personnes aphasiques que vous accompagnez? - Vous arrive t-il spontanément d'avoir recours à un code pour faciliter vos échanges avec les personnes aphasiques? Si oui, est ce que vous l'évaluez afin de vérifier son efficacité?
- vouloir coopérer:	- Y'a t-il des échanges informels entre vous et les autres membres de l'équipe autour des problèmes de communication de vos patients? - Lorsque vous établissez une fiche structurée sur les difficultés rencontrées avec la personne aphasique que vous accompagnez, la partagez-vous avec le reste de l'équipe? - Lorsque vous utilisez un code efficace pour faciliter vos échanges avec une personne aphasique, le partagez-vous avec le reste de l'équipe?

Pour une même question plusieurs choix de réponse peuvent être proposés, chacune de ces propositions peut interroger une composante différente. Pour cette raison, la même question peut correspondre à plusieurs composantes. La question n°6 par exemple interroge les composantes "savoir agir" et "savoir coopérer", les réponses obtenues seront donc à analyser dans des composantes différentes.

5) - Mode d'administration :

Pour plusieurs raisons, nous avons choisi de proposer ce questionnaire sur un mode d'auto-administration.

La première raison est que ce questionnaire est apporté sur le lieu d'exercice des professionnels, il était en effet difficile d'imaginer pouvoir interrompre le temps de travail de chacun des répondants pour pouvoir administrer notre questionnaire.

La deuxième raison est que le mode d'auto-administration diminue le risque de "défense de façade" du répondant (sans pour autant l'annuler). La présence d'un enquêteur aurait pu engendrer un sentiment de jugement chez le répondant, se traduisant par une minimisation des opinions, par un refuge vers des stéréotypes ou d'une manière générale par des réponses en fonction de ce qui est socialement désirable.

Le questionnaire a été distribué aux personnes interrogées, soit par le cadre de santé ou le médecin du service, soit par nous-même.

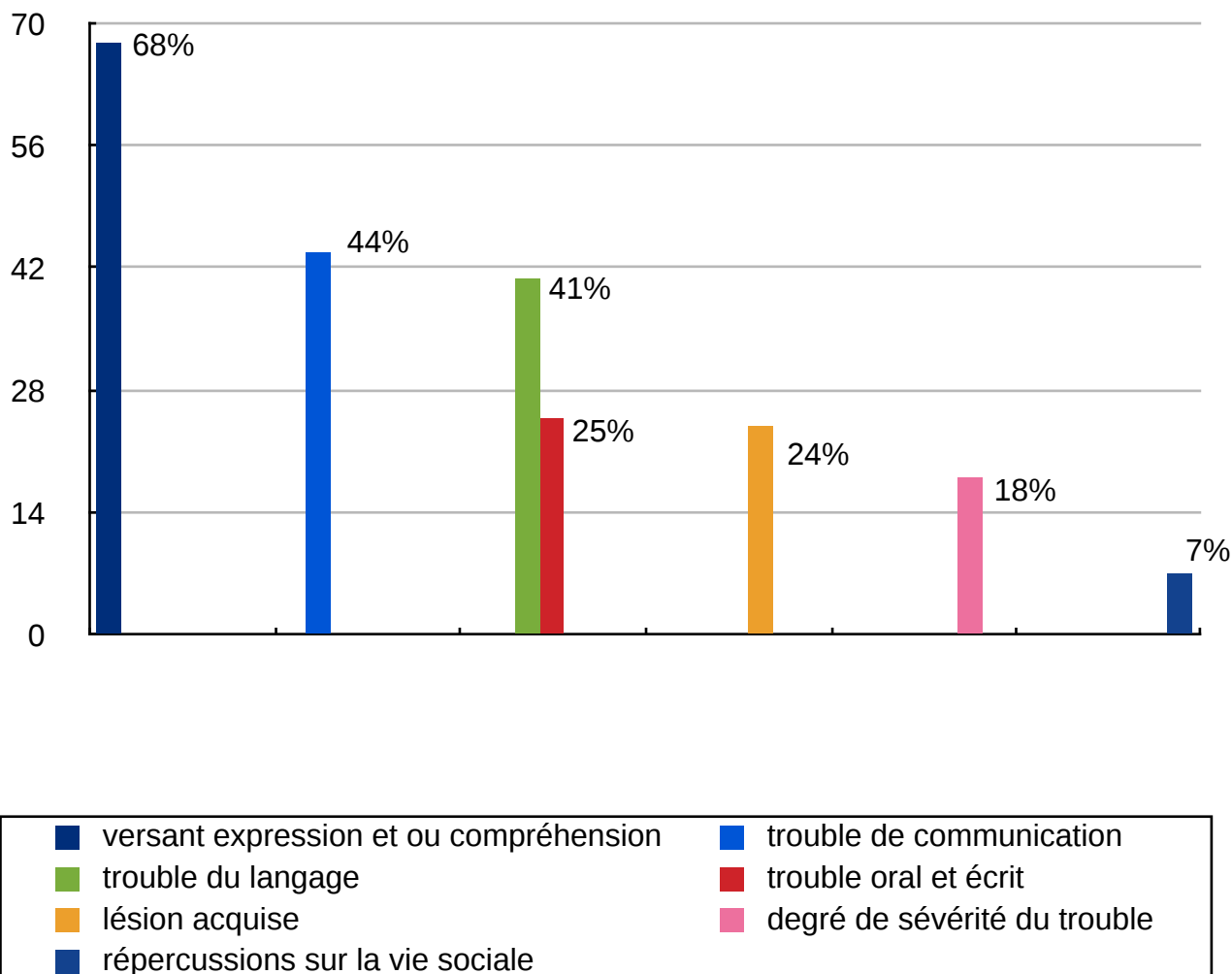
6) - Recueil des données :

Les données ont été relevées quantitativement en pourcentage, nous les avons présentées sous forme de graphique. Nous avons retenu deux types de présentation, à savoir les histogrammes pour les questions à choix multiples, et les diagrammes circulaires pour les questions à choix unique. Les questions ouvertes ont été analysées selon la méthode décrite par *R.Mucchielli* (1989); les concepts clés sont eux aussi analysés quantitativement en pourcentage et sont présentés sous forme de graphique.

3 - Les résultats : données quantitatives.

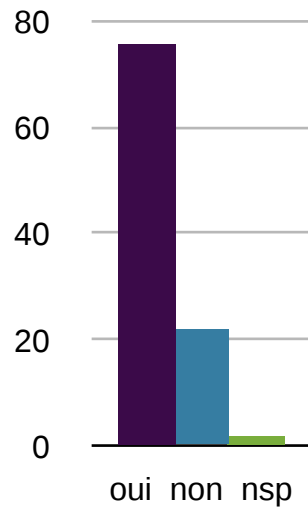
Nous allons présenter les résultats des réponses obtenus pour chaque question.

- **Question n°1 : *Pour vous, l'aphasie c'est quoi ?***



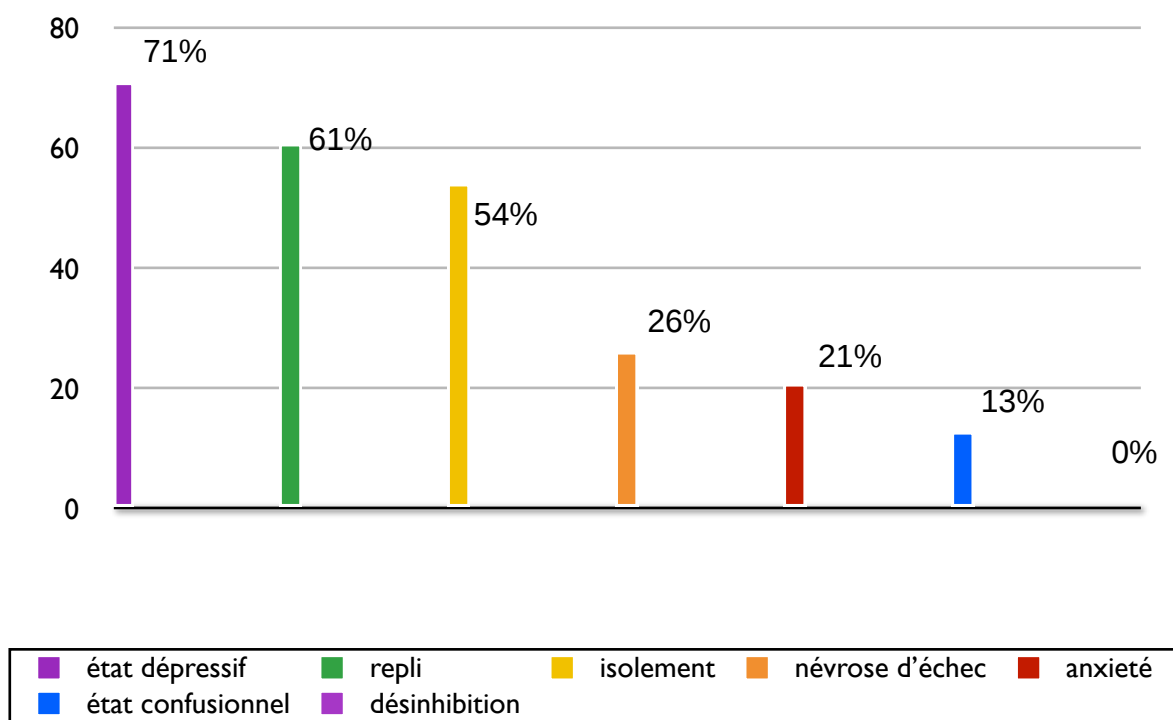
68% des répondants ont précisé que l'aphasie pouvait se manifester sur le versant expression et/ou compréhension. Parmi les personnes ayant parlé de trouble du langage (41%), 60,9% d'entre eux (soit 25% au total) ont précisé que ce trouble pouvait s'observer sur le langage écrit et/ou sur le langage oral. 24% précisent que cette pathologie est d'origine acquise. 18% parlent de degré de sévérité de la pathologie phasique. Seulement 7% ont abordé la notion du trouble en terme de répercussion sur la vie sociale. A partir de ce graphique, nous constatons que les définitions apportées par les thérapeutes sont essentiellement d'ordre médical, peu de soignants abordent l'aspect psychologique et social de cette pathologie.

- Question n°2 : *Pour vous, un trouble du langage se différencie-t-il d'un trouble de communication ?*



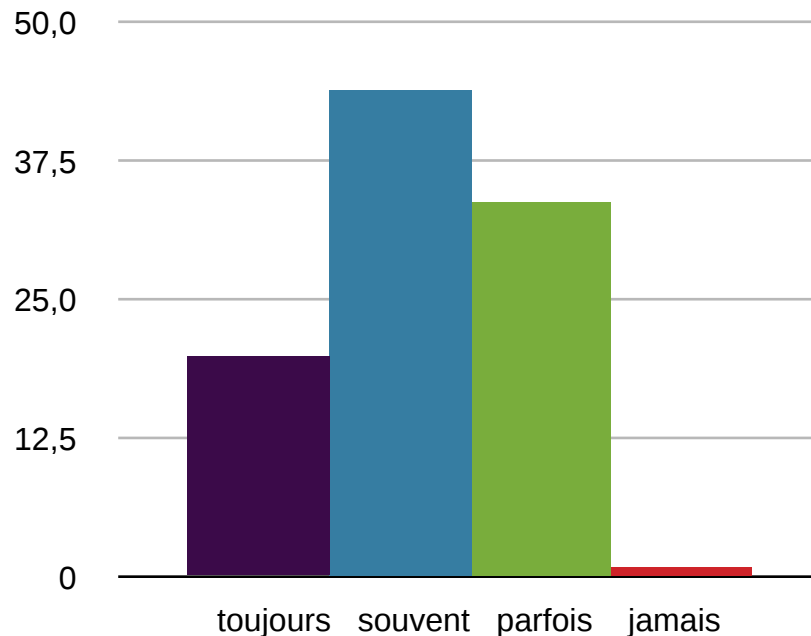
76% des personnes interrogées ont conscience qu'un trouble du langage se différencie d'un trouble de communication. 22% ne les différencient pas, et 2% ne se prononcent pas.

- **Question n°3 : Parmi les différentes observations cliniques que vous pouvez effectuer chez un patient, quels sont pour vous les 3 principaux symptômes et/ou comportements réactionnels engendrés par la pathologie aphasique ?**



Parmi le panel de propositions, les répondants définissent l'état dépressif (71%) comme le comportement réactionnel le plus couramment observé chez le sujet aphasique. La réaction de repli est également citée de façon importante (61%). La tendance à l'isolement est relevée par 54% des personnes interrogées. Environ un quart des personnes (26%) retienne la névrose d'échec comme symptôme réactionnel à l'aphasie. L'anxiété n'est citée que par 21% de la population interrogée, pourtant, comme le souligne J-M Mazaux (2007), l'état anxieux est fréquent chez le sujet aphasique. L'état confusionnel est relevé par 13% des individus répondants. Comme nous l'attendions, les comportements de désinhibition, qui ne sont pas en rapport avec la pathologie aphasique, ne sont relevés par aucun des répondants.

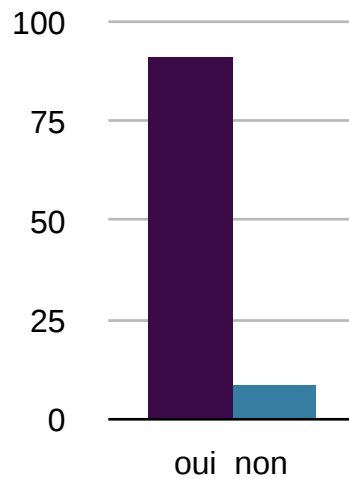
- Question n°4 : *En cas d'échec lors d'une situation de communication avec votre patient (il ne vous comprend pas ou vous ne le comprenez pas), vous arrive-t-il de faire appel aux différents acteurs de l'équipe multidisciplinaire de travail ?*



44% des individus interrogés déclarent faire appel souvent aux acteurs de l'équipe multidisciplinaire lorsqu'ils rencontrent une difficulté pour communiquer avec un patient. 34% disent demander parfois de l'aide lorsque cela est nécessaire, et seulement 20% déclarent le faire systématiquement. 1 personne dit ne jamais le faire.

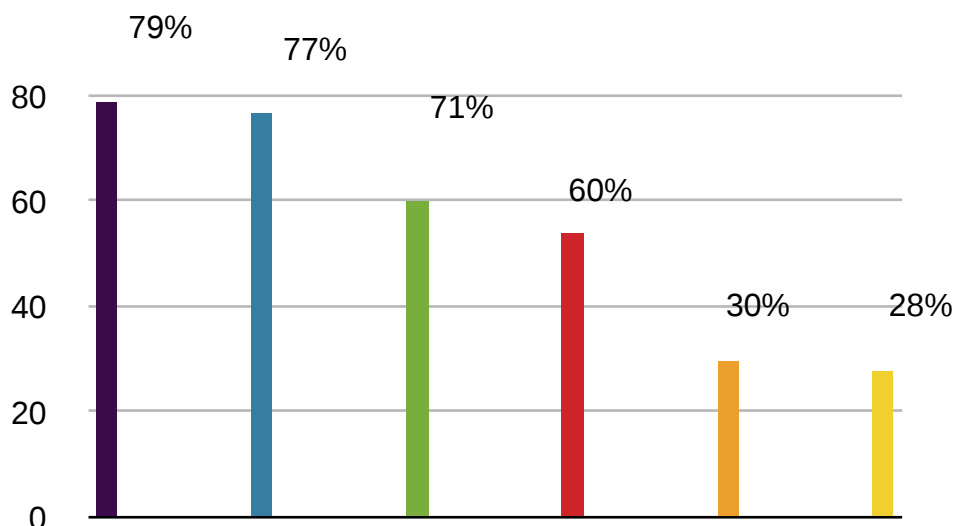
De manière générale, nous constatons que la démarche d'entraide entre les membres de l'équipe ne s'applique pas régulièrement. Pourtant, ces notions de solidarité et d'entraide font partie des grands principes du fonctionnement d'une équipe.

- Question n°5 : *Afin de favoriser le déroulement de votre intervention, l'accompagnement de ce type de patient nécessite t-il des adaptations spécifiques ?*



Comme nous l'attendions, la grande majorité (91%) des individus interrogés estime que la prise en charge de patients aphasiques requière des adaptations spécifiques.

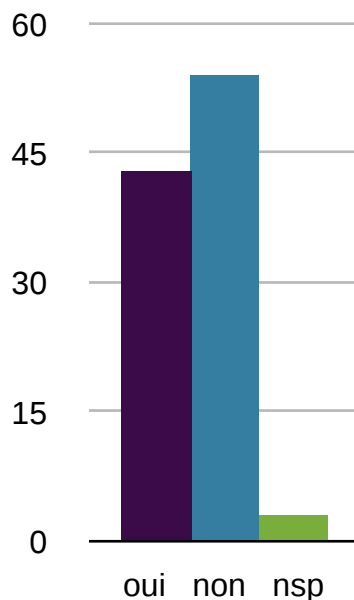
- **Question n°6 : Quelle(s) démarche(s), personnelle(s) ou professionnelle(s), individuelle(s) ou de groupe, vous a permis de réduire l'impact du handicap de communication sur le déroulement de vos soins spécifiques ?**



- expérience professionnelle
- utilisation de supports de communication
- évaluation ou transmission précise de la part de l'équipe
- sollicitation des autres membres de l'équipe pour vous aider
- mise à jour des connaissances relatives à l'aphasie
- sollicitation des proches du patient aphasique

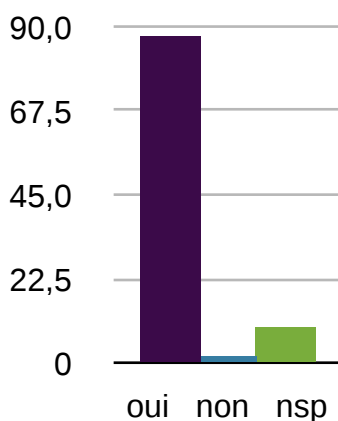
Nous constatons que 79% des professionnels interrogés savent combiner et transposer leurs expériences professionnelles afin de réduire l'impact du handicap de communication des patients sur le déroulement de leur prise en charge. 77% disent que c'est l'utilisation d'outil de communication qui leur a permis d'agir sur ce handicap de communication, 30% citent la mise à jour des connaissances relatives à l'aphasie et 28% pensent que la sollicitation des proches du patient est un bon facteur pour minimiser le retentissement du handicap de communication sur leur action thérapeutique. La sollicitation des autres membres de l'équipe est citée par 71% des répondants, 60% estiment que les évaluations ainsi que les transmissions précises sont des paramètres qui leur permettent de réduire l'impact du déficit de communication sur la dispense de leurs soins. De manière générale, les professionnels interrogés s'appuient davantage sur leurs compétences individuelles liées à l'expérience, que sur les compétences collectives liées au fonctionnement de l'équipe.

• **Question n°7 : Assistez-vous à des Plans d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé (P3I) ?**



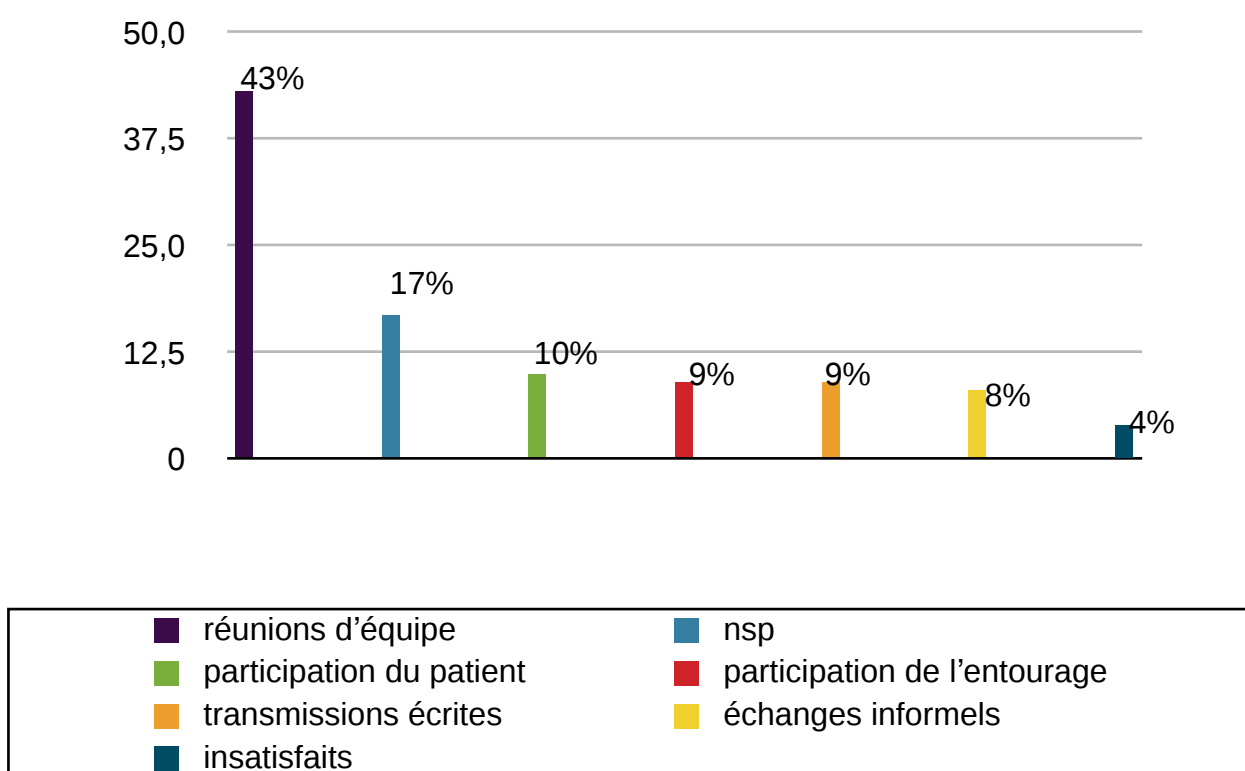
Seulement 43% des répondants assistent à des réunions de travail par P3I, qui est pourtant, selon Y-L Boulanger et coll. (2000), l'outil d'action interdisciplinaire de référence. 3% n'ont pas répondu à la question posée, et 54% disent ne pas participer à ce type de réunion.

- **Si oui, avez-vous le sentiment que cette approche par P3I reprend clairement les objectifs de vie du patient concernant ses capacités/incapacités ?**



Sur ces 43% des personnes qui participent à des réunions par P3I, 88% d'entre elles ont le sentiment que les objectifs de vie du patient concernant ses capacités/incapacités de communication sont clairement établis. 2% pensent que ce n'est pas le cas et 10% ne se prononcent pas. Or, nous pouvions attendre que la totalité des utilisateurs du P3I trouve cet outil efficace.

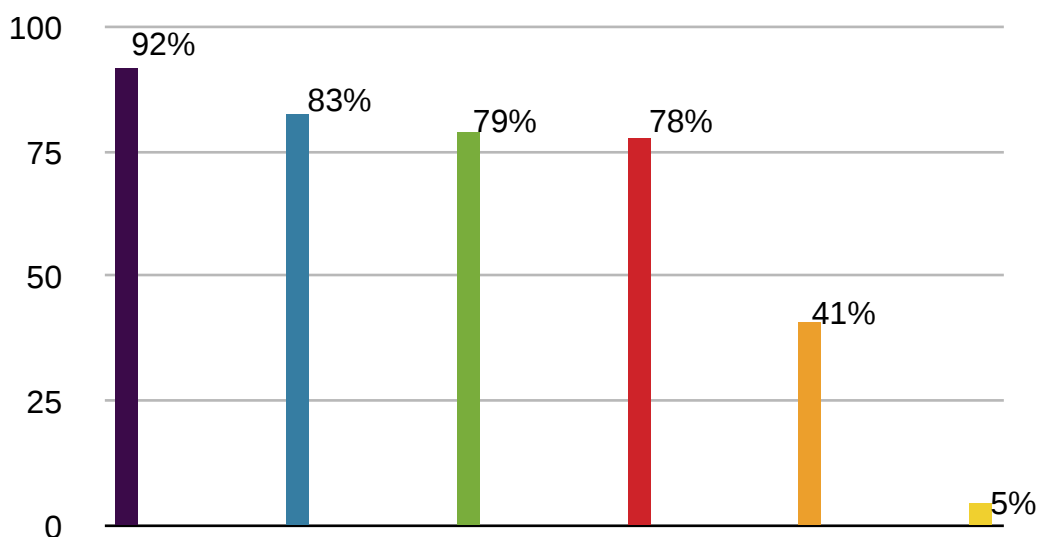
- Si non, de quelle façon se transmettent les projets de soins interdisciplinaires ?



Sur les 54% du groupe n'assistant pas à des réunions par P3I, 43% affirment que les projets de soins interdisciplinaires s'organisent au cours des réunions d'équipe. Seulement 10% des répondants parlent de réunion de synthèse pour et avec un patient en particulier, et 9% précisent que la présence de l'entourage est nécessaire à l'élaboration du projet de soin d'un patient. Rappelons que les soins aujourd'hui doivent être centrés sur le patient, et que ce dernier, ainsi que son entourage, doivent de fait, faire partie du projet de soins. 9% disent se transmettre les informations relatives au projet de soin par l'intermédiaire de

transmission écrite. 8% précisent que ces projets se transmettent également de façon informelle par des échanges non structurés entre les différents acteurs. 4% des répondants trouvent l'élaboration des projets de soins insuffisamment structurée et disent être pénalisés par une mauvaise transmission des informations relatives à ces projets. Ces résultats mettent en avant un réel dysfonctionnement concernant la formulation et la transmission au sein des équipes des projets de soins relatifs aux patients.

• **Question n°8 : Quel est pour vous le rôle de l'orthophoniste au sein de la prise en charge de la fonction communication des personnes aphasiques ?**

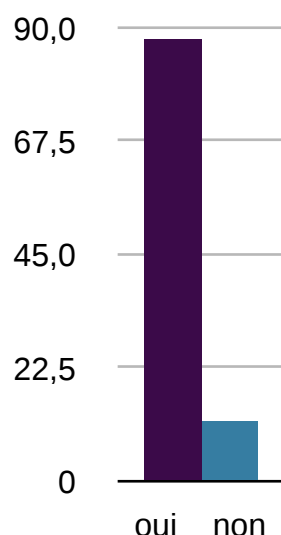


- donner au patient les moyens de pouvoir communiquer avec les différents acteurs de
- informer l'équipe des stratégies palliatives et/ou augmentatives mises en place
- donner aux acteurs de la structure les moyens de communiquer avec les personnes a
- transmettre les informations relatives aux capacités de communication du patient aph
- le seul rééducateur des troubles du langage
- le seul rééducateur de la fonction communication

Comme nous l'attendions, 92% de la population interrogée, attendent de l'orthophoniste qu'il donne au patient les moyens de pouvoir communiquer avec l'ensemble des acteurs de la structure. 83% pensent que l'orthophoniste doit informer l'équipe des stratégies palliatives et/ou augmentatives qui sont mises ou qui seront mises en place pour le patient. 79% des répondants attendent de l'orthophoniste qu'il leur donne les moyens de communiquer avec des personnes aphasiques. 78% pensent que l'orthophoniste a pour rôle de transmettre au reste de l'équipe, des informations relatives à la communication du patient.

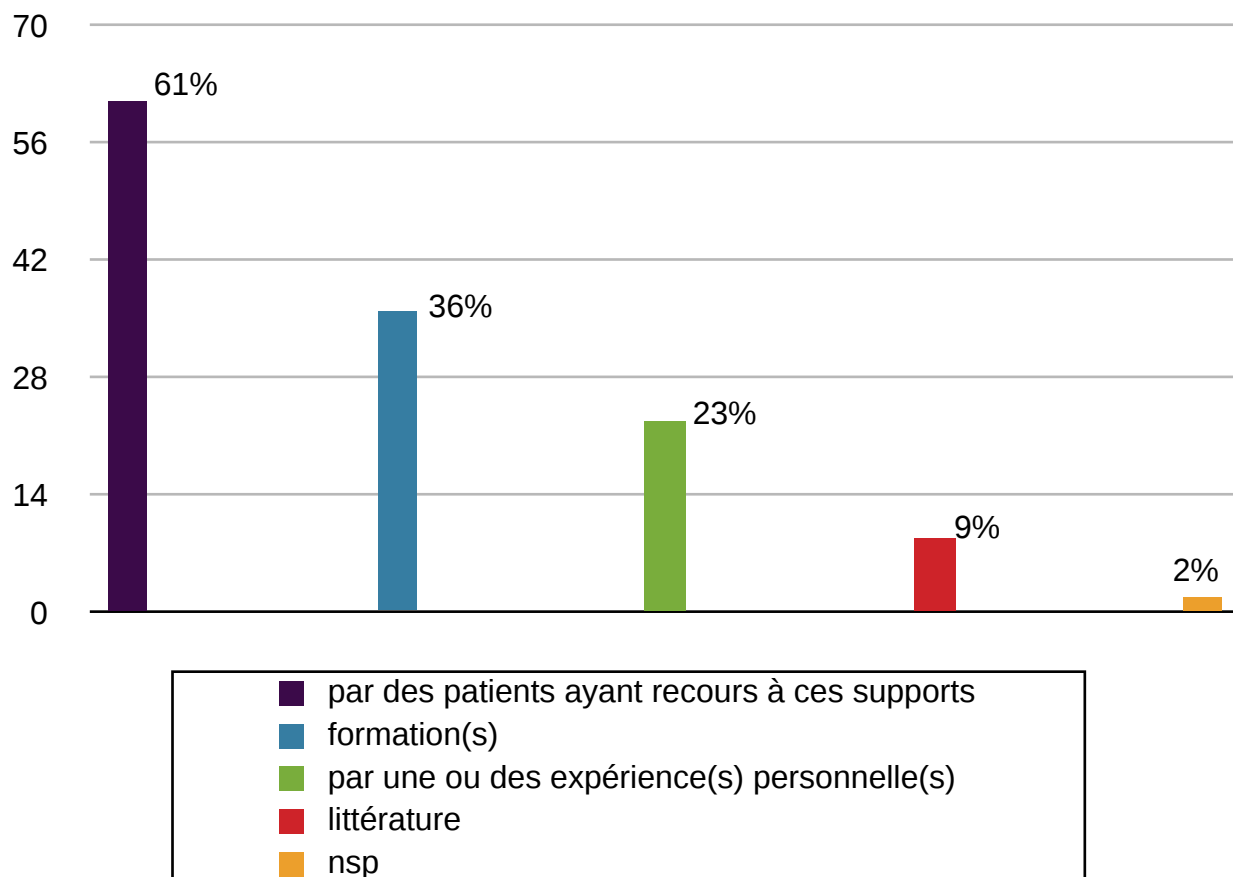
Enfin, 41% pensent que l'orthophoniste est le seul rééducateur des troubles du langage, or nous attendions que la totalité des répondants identifient l'orthophoniste comme tel. Nous pouvons d'ores et déjà regretter, même si le pourcentage reste faible, que 5% des répondants citent l'orthophoniste comme seul rééducateur des troubles de la communication.

- **Question n°9 : *Existe-t-il dans le centre un support de communication, palliatif et/ou augmentatif que vous connaissez ?***



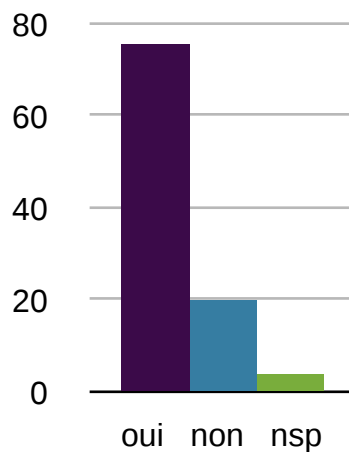
88% des répondants disent connaître un support de communication palliatif et/ou augmentatif, présent dans le centre ou service dans lequel ils exercent. On aurait pu s'attendre à ce que la totalité des soignants connaisse un support de communication présent sur le lieu d'exercice.

- Si oui, par quel intermédiaire en avez-vous pris connaissance ?



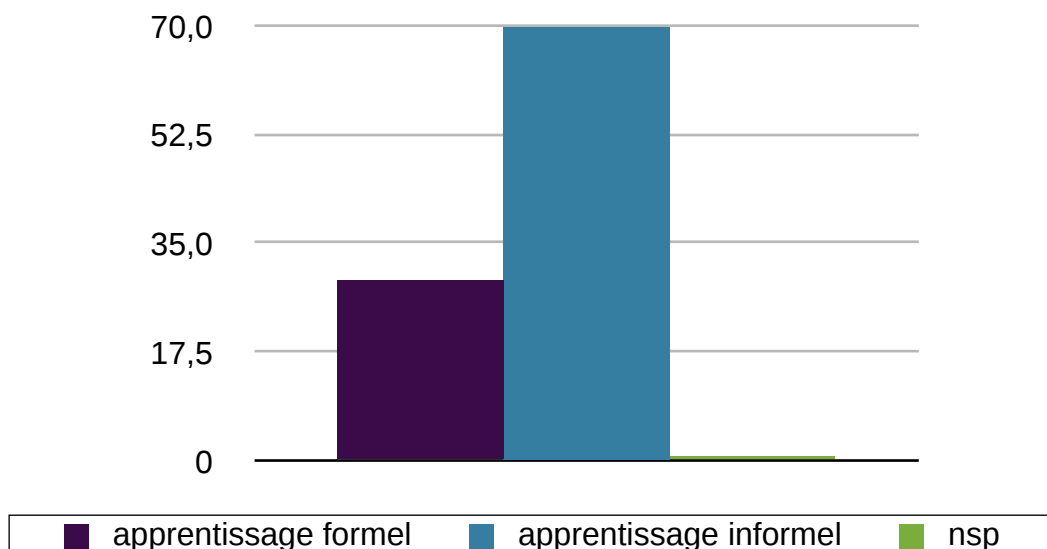
Plus de la moitié (61%) de la population interrogée déclare avoir pris connaissance d'un support de communication par l'intermédiaire d'un ou de plusieurs patients l'utilisant. Seulement 36% disent avoir participé à des formations auxquelles un outil de communication leur a été présenté. 23% ont pris connaissance de ce type de support par une expérience personnelle, et 9% citent la littérature comme source d'informations. 2% ne se prononcent pas. Nous constatons que les professionnels de santé manquent d'accès à des sessions d'informations concernant l'existence de ce type de support.

• Question n°9 bis : *Savez-vous l'utiliser ?*



Seulement 76% déclarent savoir utiliser un outil de communication palliatif et/ou augmentatif, 4% ne se sont pas prononcés.

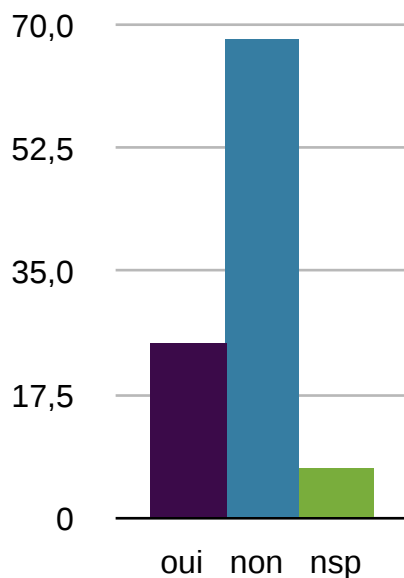
- *Si oui, comment avez-vous appris ?*



A l'intérieur des 76% de personnes qui pensent savoir utiliser un outil de communication palliatif et/ou augmentatif, 29% déclarent avoir fait un apprentissage formel pour apprendre à manipuler cet outil. 70% ont appris de façon informelle. 1% ne s'est pas

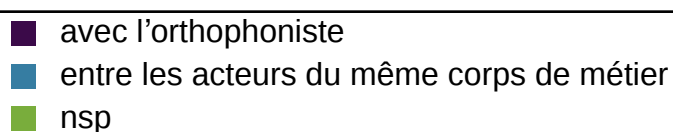
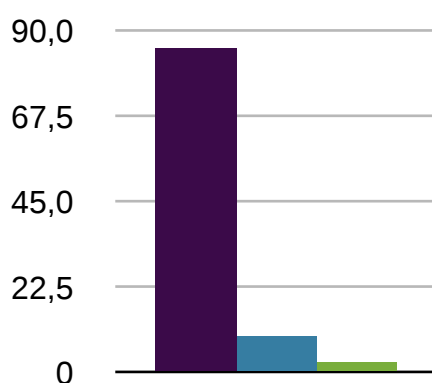
prononcé. Dès lors, on peut penser que seulement 29% des personnes connaissant un support de communication, savent réellement s'en servir.

• **Question n°10 : Ce support est-il spécifique à chaque corps de métier ?**



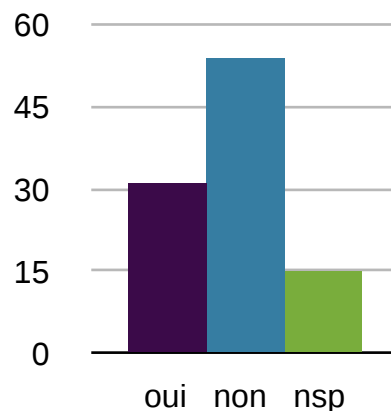
Seulement 25%, soit très peu de professionnels, ont élaboré un outil de communication où des éléments, en rapport avec leur pratique professionnelle, ont été ajoutés ou modifiés. 68% des répondants n'ont pas de support spécifique et 7% ne se prononcent pas.

• **Si oui, comment a t-il été réalisé ?**



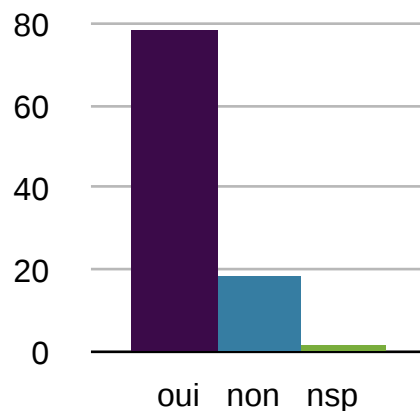
Concernant les individus ayant un classeur adapté, 86% d'entre eux l'ont réalisé avec l'orthophoniste, 10% l'ont créé entre acteur de la même profession. 3% ne se prononcent pas. Nous regrettons de constater que la réalisation d'outils communs est encore rare.

• **Question n°11 : *En avez-vous un facilement accessible dans votre salle ?***



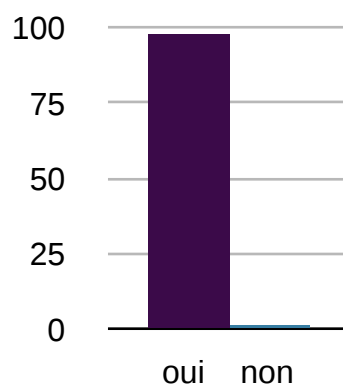
Seulement 31% des individus interrogés ont un outil de communication facilement accessible dans sa salle de rééducation ou dans son bureau. Ces résultats montrent qu'un nombre important de professionnels n'ont pas de moyens mis à disposition pour communiquer avec leur patient au cours des séances ou des entretiens.

- **Question n°12 : Y'a t-il des échanges formels entre vous et l'orthophoniste ?**



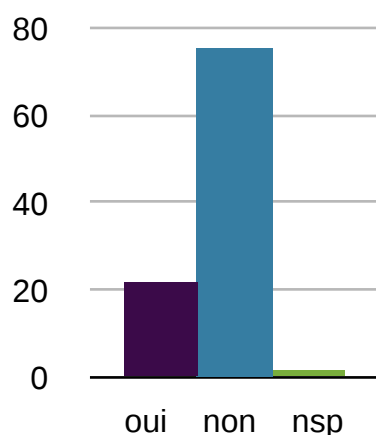
79% des répondants disent avoir des échanges formels (imposés par la structure) avec l'orthophoniste au sujet des patients qu'ils ont en commun. 19% déclarent ne pas avoir d'échanges formels avec l'orthophoniste. Pourtant, ce type d'échanges, comme le souligne *R. Mucchielli* (2004), sont indispensables au bon fonctionnement de l'équipe. 2% ne se prononcent pas.

- **Question n°13 : Y'a t-il des échanges informels entre vous et les autres membres de l'équipe autour des problèmes de communication de vos patients ?**



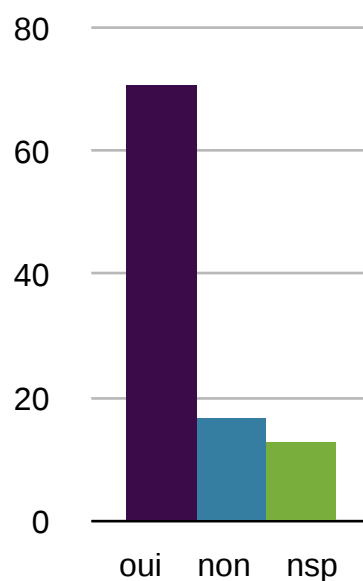
98% des répondants disent avoir des échanges informels avec leurs coéquipiers concernant les difficultés de communication des patients, ce qui est favorable à un bon travail d'équipe.

- **Question n°14 : Vous arrive-t-il d'établir une grille d'observation sur laquelle vous prenez note des difficultés de communication rencontrées avec les personnes aphasiques que vous accompagnez ?**



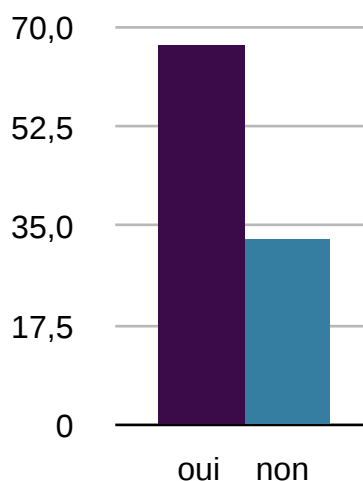
Seulement 22% des répondants disent créer une grille d'observation des difficultés de communication qu'ils rencontrent avec les personnes aphasiques qu'ils accompagnent. 76% disent ne pas le faire. 2% ne se prononcent pas. Il serait pourtant intéressant, pour un bon partage des observations et des expertises, que chacun des membres crée une grille d'observation afin de communiquer aux autres ses remarques sur les patients.

- **Si oui, est-ce que vous la partagez avec les autres membres professionnels ?**



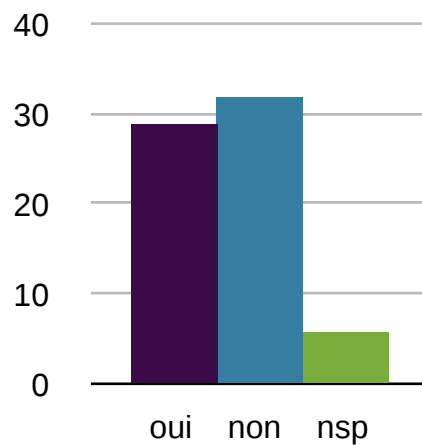
Sur les 22% des répondants qui disent créer une grille d'observation, nous regrettons que seulement 71% d'entre eux en discutent avec les autres professionnels. 17% ne partagent pas leurs observations, et 13% ne se prononcent pas.

- **Question n°15 : *Vous arrive-t-il spontanément d'avoir recours à un code pour faciliter vos échanges avec les personnes aphasiques ?***



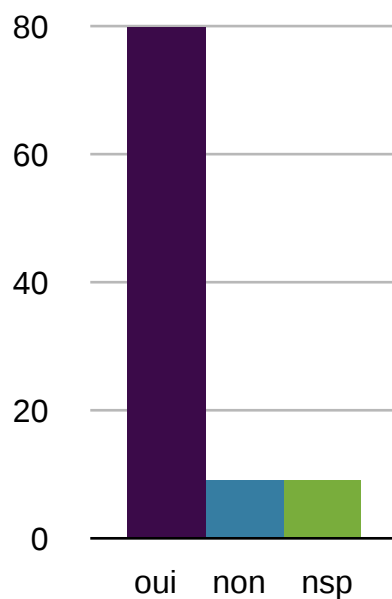
67% des personnes interrogées prennent l'initiative d'utiliser un code pour faciliter leurs échanges avec des patients aphasiques. Les 33% restant ne le font pas.

- ***Si oui, est-ce que vous l'évaluez ?***



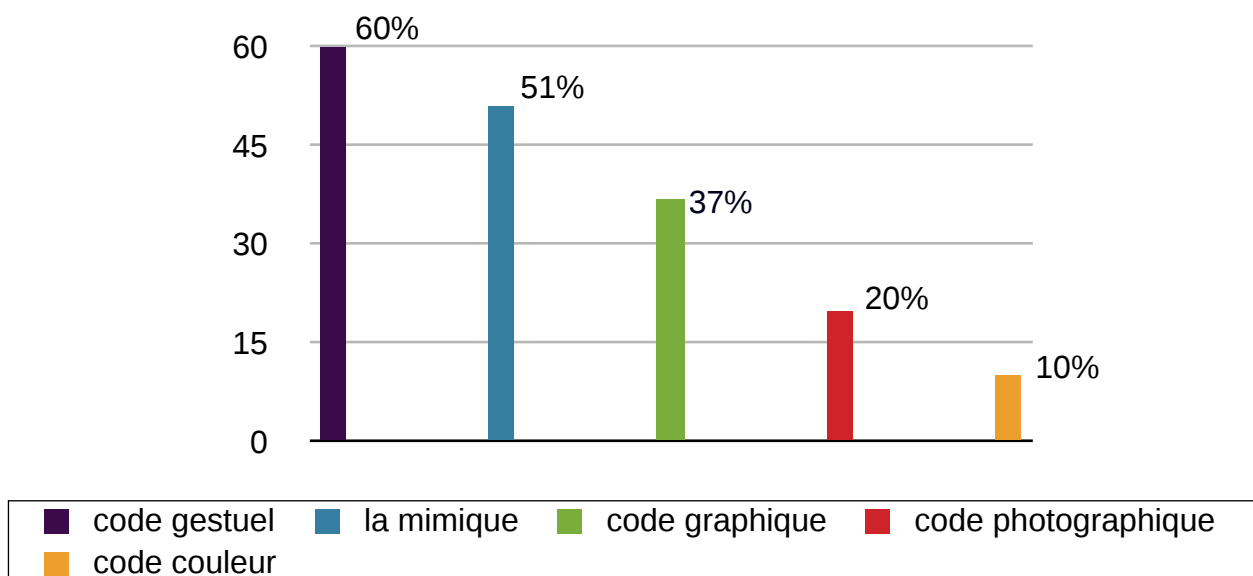
Seulement 43% des soignants qui utilisent un code de communication pour faciliter les échanges avec les personnes aphasiques, en vérifient l'efficacité. 48% disent ne pas le faire, et 9% ne se prononcent pas.

- Lorsque ce code est efficace, le partagez-vous avec le reste de l'équipe ?



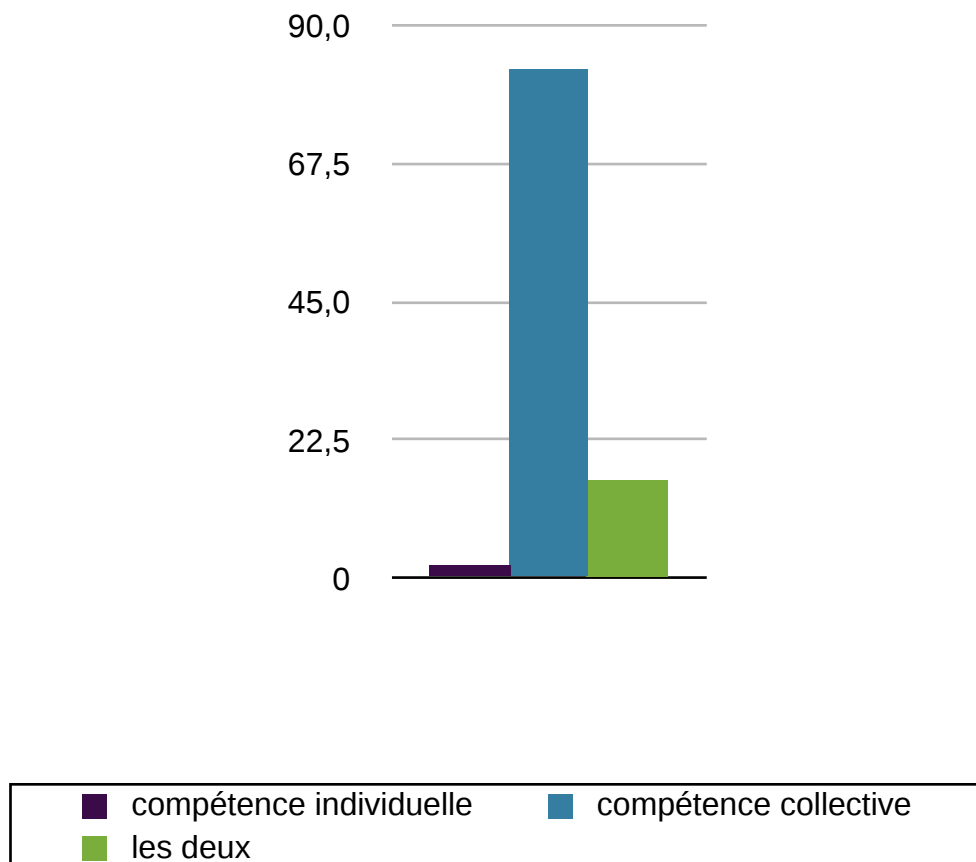
80% des personnes utilisant un code de communication qui s'avère efficace avec un patient donné, le partage avec le reste de l'équipe soignante. 9% disent ne pas le partager et les 9% restant ne se prononcent pas. Il est pourtant dans l'intérêt de l'équipe que les outils ou les stratégies qui se révèlent efficaces chez un patient, soient partagées avec le reste de l'équipe.

• **Question n°15 bis : Si tel est le cas, quel type de code utilisez-vous ?**



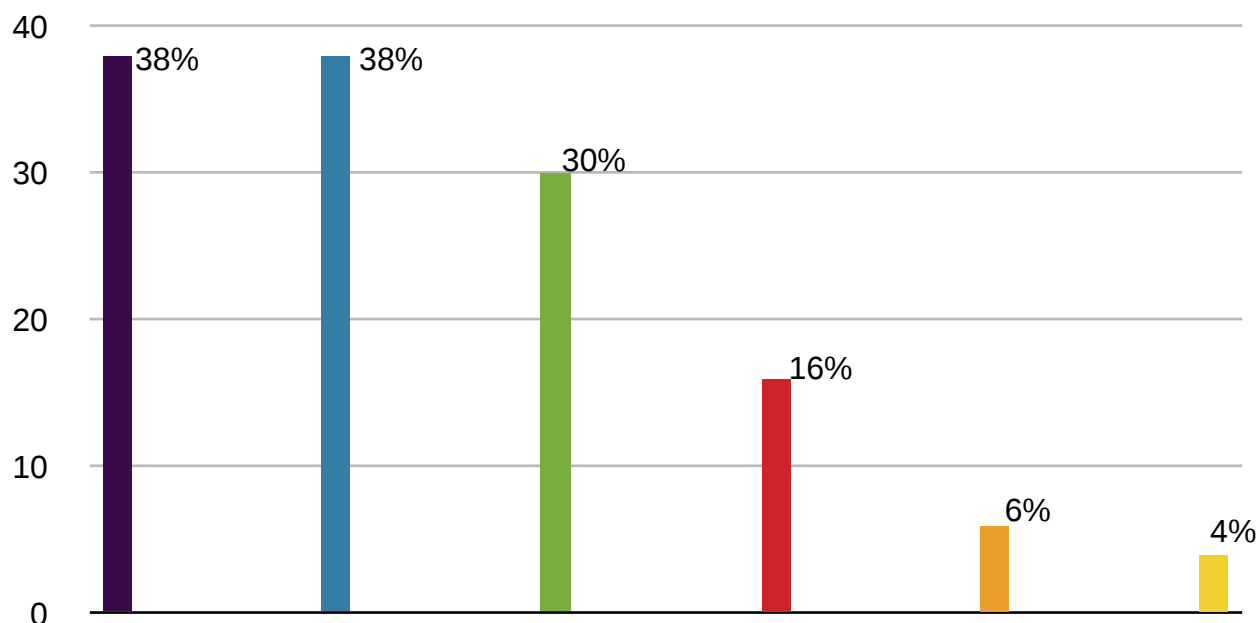
Le code utilisé le plus fréquemment par la population interrogée est le code gestuel (60%). La mimique est utilisée par 51% des répondants, vient ensuite le code graphique (37%), puis le code photographique (20%), et enfin le code couleur (10%).

- **(Question n°16) Type de compétence requis pour la prise en charge de la fonction communication :**



83% des soignants estiment que la prise en charge de la fonction communication relève d'une compétence collective, 16% disent qu'il est nécessaire de rassembler les deux types de compétences. De manière générale, l'ensemble des soignants s'accorde à penser que le fonctionnement d'équipe est le fonctionnement qui correspond à la prise en charge des patients aphasiques.

- Pourquoi ? :



- tous les intervenants stimulent l'activité de communication
- objectifs semblables
- notion d'équipe de soins
- besoin d'évaluation de l'orthophoniste
- notion de handicap social
- communiquer avec son patient est indispensable pour lui prodiguer des soins

38% des répondants estiment que chacun des acteurs de l'équipe soignante est dans la possibilité de stimuler des actes de communication avec son patient. 38% considèrent que les objectifs de soins concernant la restauration des capacités de communication, doivent être semblables pour l'ensemble des intervenants. 30% des personnes interrogées citent le terme d' "équipe". 16% précisent qu'une évaluation orthophonique est nécessaire en amont et au cours de la prise en charge du patient aphasique. En revanche, seulement 6% reconnaissent le trouble de communication comme un handicap social. Nous regrettons également que seulement 4% des répondants estiment que communiquer avec un patient est un paramètre indispensable pour mener à bien l'action thérapeutique.

4 - Discussion :

A - Analyse des résultats :

Nous avons souhaité enquêter sur les forces et les faiblesses de la pratique interdisciplinaire auprès du patient aphasique. Nous avons donc pour objectif d'analyser les différentes composantes du fonctionnement d'équipe au sein des centres et des services de médecine physique et de réadaptation.

L'analyse des résultats sera donc présentée en fonction des composantes auxquelles ces résultats font référence.

1) Savoir agir :

a) - Connaître les différents aspects de la pathologie :

La définition que font les différents thérapeutes de la pathologie aphasique est essentiellement centrée sur l'approche psycholinguistique. En effet, très peu de personnes interrogées ont abordé le concept de handicap social (7%), et l'idée de "trouble de communication" n'est citée que par 44% des répondants (soit moins de la moitié). Les répercussions, parfois dramatiques, de cette pathologie sur les activités de communication et sur la limitation de la participation sociale et citoyenne des sujets, ne sont donc que très peu considérées par l'ensemble des soignants. Pourtant, les directives politiques et sociales recommandent aux professionnels de santé d'appréhender les patients dans leur intégralité, c'est à dire dans les sphères physique, sociale et professionnelle. De ce fait, l'action thérapeutique doit agir sur les conséquences de l'incapacité fonctionnelle d'un individu en lui permettant d'être le plus autonome possible, de s'intégrer socialement, et d'accéder ainsi à une meilleure qualité de vie. Il paraît donc indispensable que l'ensemble des professionnels prenne en compte l'aspect psychosocial de cette pathologie afin d'ajuster leurs objectifs de prise en charge.

b) - “Agir nécessite de la pertinence” (N. Munier, 2007) :

Une part importante des individus ayant répondu au questionnaire fait la différence entre un trouble du langage et un trouble de la communication. En effet 76% savent qu'un sujet aphasique pourrait réussir à communiquer avec son interlocuteur, malgré la déficience linguistique. Cette analyse est importante, le soignant ne s'arrêtera donc pas au seul déficit langagier lorsqu'il souhaitera entrer en communication avec son patient. Le thérapeute sera alors attentif aux différentes tentatives de communication de la part du patient, et pourra arriver à interpréter et estimer la situation.

c) - Savoir juger une situation pour savoir quoi faire :

Savoir agir c'est aussi savoir juger une situation pour savoir quoi faire et pouvoir enchaîner les opérations nécessaires. Nous constatons que la grande majorité des soignants (91%) énonce que la prise en charge d'un patient aphasique peut nécessiter une ou des adaptations spécifiques. Ainsi, ces résultats montrent que les thérapeutes ont conscience d'un éventuel besoin de mobilisation de l'environnement lorsqu'ils dispensent des soins à une personne aphasique.

d) - Savoir faire appel à ses observations cliniques pour agir :

Les 3 principaux symptômes cités en majorité par les répondants sont : l'état dépressif, le repli et l'isolement. De manière générale, les résultats obtenus à cette question montrent une bonne capacité de la population soignante à repérer et interpréter les signes cliniques secondaires à la pathologie aphasique. Ces signes sont les marques de la souffrance psychologique du patient victime d'aphasie. Il est donc important que les professionnels sachent les repérer. Cependant, l'état d'anxiété est peu cité (21%), alors que dans les descriptions de *J-M Mazaux et coll.* (2007), celui-ci se manifeste fréquemment chez un patient aphasique.

e) - Savoir transposer et combiner ses expériences :

A la question n° 6 (*“quelle(s) démarche(s), personnelles(s) ou professionnelle(s), individuelle(s) ou de groupe, vous a permis de réduire l'impact du handicap de communication sur le déroulement de vos soins spécifiques ?”*), l'expérience professionnelle est citée en grande majorité (79%) comme le facteur le plus influent pour arriver à réduire le handicap de communication du patient sur le déroulement des soins. Ces résultats confirment l'idée que les professionnels utilisent leurs expériences pour réussir à améliorer leur pratique, comme l'avait constaté *N.Munier (2007)* en énonçant que les expériences accroissent le potentiel d'analyse.

f) - Savoir mobiliser les ressources humaines et théoriques :

71% des répondants disent solliciter leurs coéquipiers lorsqu'ils rencontrent un problème pour communiquer avec un sujet aphasique. La mobilisation des ressources humaines est le troisième facteur le plus cité pour parvenir à réduire l'impact du handicap de communication sur le déroulement des soins.

En revanche, 30%, soit peu de professionnels, consultent les ressources théoriques (publications, littérature, travaux de recherche...) afin d'optimiser leur action thérapeutique.

Les professionnels de santé mobilisent plus fréquemment les ressources humaines que les ressources théoriques, lorsqu'ils rencontrent des difficultés.

D'une manière générale, la compétence individuelle du savoir agir, telle que la définit *N.Munier (2007)*, est plutôt satisfaisante. La définition de la pathologie aphasique d'un point de vue psychologique et social est cependant à présenter et à développer auprès du personnel soignant. A cela peuvent s'ajouter la présentation et la mise à disposition de ressources théoriques (revues, ouvrages, planches...) pour l'ensemble des thérapeutes.

2) Savoir coopérer :

a) Création d'outils communs :

Seulement 25% des professionnels interrogés déclarent avoir un outil de communication adapté à leur type d'action thérapeutique (lexique, photographies de la salle, images, etc). Sur cet ensemble, 21% d'entre eux déclarent l'avoir fait avec l'orthophoniste, et seulement 3% disent l'avoir conçu en collaboration avec leurs coéquipiers de même formation professionnelle. Pourtant, la création d'outils communs favorise la mise en jeu d'actions collectives et se présente comme une opportunité d'action réflexive sur les pratiques professionnelles. Dès lors, on peut penser que les équipes ne créent que rarement des actions collectives concernant les adaptations à la communication, ne profitant ainsi que très peu de réflexions communes sur la prise en charge des déficits de communication des patients concernés. Il paraît alors intéressant de solliciter et d'encourager comme le souligne *N. Munier (2007)*, la réalisation d'outils communs.

b) Savoir ce que l'autre peut m'apporter :

La création d'outils par le groupe de travail met en jeu la notion de coopération et participe à la standardisation des procédés de travail, telle que la décrit *Mintzberg* (cité par *J-M Jacques et coll. 2004*). Par l'intermédiaire de ces travaux, de ces études, chacun des membres du groupe apprendra ce dont l'autre a besoin, et saura exactement ce qu'il peut lui apporter. Ces actions communes participent donc, pour les membres de l'équipe, à définir clairement les rôles et responsabilités de chacun, ce qui est essentiel pour un bon travail d'équipe. Les résultats obtenus au questionnaire mettent en évidence une faible propension des équipes pour les créations d'outils communs, se répercutant, ainsi, comme le précise *R. Mucchielli (2009)*, sur la qualité du fonctionnement de l'équipe.

c) Rôles et responsabilités de l'orthophoniste clairement définis :

D'une manière générale, le rôle de l'orthophoniste au sein de l'équipe est assez bien repéré par l'ensemble des professionnels. Concernant la fonction de celui-ci au sein de la prise en charge de la fonction communication, les 4 réponses les plus fréquemment données sont :

- Donner au patient les moyens de pouvoir communiquer avec les différents acteurs de la structure. En effet, l'orthophoniste doit veiller à rétablir des capacités de communication satisfaisantes chez le patient, afin de mieux comprendre sa souffrance et de réduire son handicap social.
- Informer l'équipe des stratégies de rééducation ou d'adaptations concernant la communication du patient
- Transmettre les informations relatives aux capacités de communication du sujet. Comme le précisent C. Larivière et C. Ricard (2002), l'orthophoniste a la responsabilité de partager avec son équipe l'évaluation qualitative et quantitative du patient, ainsi que les stratégies thérapeutiques qui seront mises en place.
- Donner aux acteurs de la structures les moyens de pouvoir communiquer avec le sujet aphasique. En effet, tel que le démontre I. Gonzalez-Chartron et coll. (2007), développer les compétences des acteurs à communiquer avec la personne peut faire partie, des rôles de l'orthophoniste. La formation des partenaires institutionnels à la pratique d'outils de communication, doit être réalisée par une ou des personnes compétentes en matière d'aides palliatives et augmentatives à la communication.

41% des soignants citent l'orthophoniste comme seul rééducateur des troubles du langage, tandis que seulement 5% des répondants le citent comme seul rééducateur des troubles de communication. Cet écart du nombre de réponses entre les deux catégories est important, et montre que l'ensemble des soignants distingue bien trouble du langage et trouble de la communication. Ces résultats peuvent nous amener à penser que les 95% des répondants qui n'ont pas cité l'orthophoniste comme seul rééducateur des troubles de communication, s'identifient eux aussi, comme acteurs au sein de cette prise en charge.

Le rôle de l'orthophoniste est bien identifié par les membres de l'équipe. Mais la faible tendance des acteurs à réaliser ensemble des outils de travail communs, peut être interprétée comme un obstacle à l'émergence des compétences collectives. Le travail de groupe permet aux coéquipiers d'échanger et de pouvoir toujours mieux identifier ce que l'autre peut lui apporter. Il serait donc bénéfique de favoriser la création d'outils communs.

3) Pouvoir agir :

a) - Outils mis à disposition par l'institution ou le service :

88% des soignants interrogés déclarent connaître un support de communication dans l'institution ou le service au sein duquel ils exercent. En revanche, seulement un tiers des individus dit en avoir un facilement accessible dans sa salle (ou son bureau). L'organisation de l'institution concernant la mise à disposition des supports de communication pour le personnel soignant, ne se fait donc pas correctement. Tous les soignants ne sont donc pas en mesure, lors des séances de rééducation ou des entretiens, de communiquer avec un patient utilisant une adaptation à la communication. Si la communication entre un thérapeute et son patient se révèle inefficace, alors la relation de partenariat devient impossible. Dès lors, on peut remettre en question l'efficacité et la pertinence du projet de réadaptation d'un patient souffrant d'un trouble de communication.

b) - Formations proposées pour le personnel :

Parmi les 88% de soignants qui connaissent un support de communication utilisé dans le centre ou le service au sein duquel ils exercent, seulement 36% d'entre eux disent en avoir pris connaissance par l'intermédiaire de formations. Les autres moyens d'informations cités par les répondants sont : l'expérience professionnelle (61%), une ou des expérience(s) personnelle(s), et la littérature.

D'autre part, 76% des individus interrogés disent savoir utiliser un ou des outils de communication. Or, parmi eux, très peu (23%) ont eu recours à des apprentissages formels. 20% reconnaissent ne pas savoir utiliser un support de communication.

Ces résultats nous amènent à penser que peu de professionnels participent à des formations théoriques et/ou pratiques concernant les outils de communication alternatifs et ou augmentatifs. Nous réalisons le même constat que *N. Munier* (2007), à savoir que le manque d'accès à des sessions de formation et d'information reflète l'incapacité des institutions à favoriser l'amélioration et le maintien des compétences individuelles et collectives du personnel soignant.

La composante “pouvoir agir” fait référence à l'expression de la compétence individuelle, qui est-elle même rendue possible par l'organisation de l'institution et des prises de décisions de l'autorité. Les résultats que nous avons obtenus mettent en évidence des manques, ou des dysfonctionnements au sein de cette composante. D'une part, la mise à disposition pratique et rapide, d'un outil de communication pour le personnel soignant, est nécessaire pour que chacun puisse agir au mieux avec un patient aphasique. D'autre part, afin d'optimiser l'utilisation des différents outils de communication susceptibles d'être proposés, des apprentissages formels pour l'ensemble du personnel sont recommandés. Il paraît nécessaire d'encourager l'organisation au sein des institutions, de sessions d'informations et de formations, afin de favoriser et de soutenir le développement des compétences professionnelles.

4) Pouvoir coopérer :

a) - Mise en commun des expertises professionnelles et partage des savoirs :

79% des professionnels assistent à des réunions au cours desquelles des échanges formels avec l'orthophoniste sont organisés et recommandés. 19% des soignants déclarent ne pas avoir d'échanges formels avec les orthophonistes. Ces réunions permettent un partage des savoirs propres à chaque individu et à chaque champ de compétence, par l'intermédiaire, entre autres, de la mise en commun des expertises professionnelles. La mise en commun des expertises professionnelles ainsi que le partage des savoirs sont, tels que les décrit *Munier* (2007), deux piliers indispensables de l'émergence des compétences collectives. Le concept de transversalité, que décrit *Scholtes* (2001), ne peut s'appliquer sans l'existence d'échanges formels entre les différents acteurs. En l'absence d'un fonctionnement transversal il paraîtra difficile pour les équipes de fonctionner en interdisciplinarité.

Dès lors, nous pouvons imaginer que l'absence de ce type de réunions, puisse être dommageable pour le bon déroulement du parcours de soins du patient.

b) - Objectifs communs, connus et acceptés de tous :

Il existe peu d'outils formalisant les objectifs communs. Le P3I, décrit par Y-L Boulanger et coll. (2000), est présenté comme un outil d'action interdisciplinaire efficace, reprenant clairement les objectifs de vie du patient et permettant régulièrement à l'équipe d'évaluer l'efficacité du travail exécuté. Or, seulement 43% des individus interrogés assistent à des réunion de travail par P3I, et 12% d'entre eux évoquent les limites de cette approche. Selon eux, les objectifs de vie du patient concernant ses capacités/incapacités communicationnelles ne seraient pas clairement établis. Dès lors, ces résultats nous amènent à penser que l'approche par P3I n'est pas un instrument reconnu comme totalement efficace pour les équipes interdisciplinaires.

54% des soignants déclarent ne pas assister à des réunions par P3I. Au sein de cette population, 43% déclarent que les projets de soins sont alors transmis au cours des réunions d'équipe. Nous n'avons pas obtenu plus de précisions concernant la nature et l'organisation de ces réunions, pas plus que sur les méthodes de supervision directe des processus de soins. 8% indiquent que ces projets de soins sont transmis par l'intermédiaire d'échanges informels. Seulement 10% précisent que le patient est présent pendant les entretiens (synthèses) au cours desquels les projets de soins sont définis. 9%, soit un nombre bien insuffisant, disent assister au même type d'entretien, mais précisent en plus, la présence de l'entourage du patient. Concernant ces chiffres, nous pouvons constater que les caractéristiques de la formulation des objectifs de soins, telles qu'elles sont recommandées au sein des équipes interdisciplinaires, ne sont toujours pas appliquées dans certaines institutions et services de rééducation et de réadaptation. Enfin, 4% des soignants avouent être insatisfaits de la manière dont se transmettent les projets de soins.

Moins de la moitié des répondants disent utiliser le P3I; dès lors on peut penser que l'approche par P3I n'est toujours pas inscrite dans la politique actuelle des équipes interdisciplinaires, ou que cet outil présente des limites méthodologiques et ne répond pas aux attentes des équipes de soins. De manière générale, en se référant à la description de Y-L Boulanger et coll. (2000) sur les caractéristiques d'une organisation efficace et efficiente du système de soins, l'ensemble de ces résultats témoigne d'un fonctionnement plutôt insatisfaisant concernant la formulation d'objectifs communs et des plans d'intervention.

De manière globale, les réunions d'équipe, permettant la mise en commun des expertises professionnelles et le partage des savoirs, sont fréquentes mais pas systématiques dans l'ensemble des institutions ou services médicaux. Les échanges formels sont pourtant une condition indispensable à l'émergence des compétences collectives. De plus, la formulation d'objectifs de soins, tels qu'ils sont définis par *Y-L Boulanger et coll.* (2000), ne se fait pas systématiquement au sein des équipes multidisciplinaires de travail, ou se fait de manière insatisfaisante. Il paraît indispensable de proposer des actions concernant le partage des expertises et la formulation des objectifs de soins, afin de réaliser un réel travail d'équipe autour des objectifs de vie du patient aphasique.

5) Vouloir agir :

a) - Savoir prendre des initiatives :

Pour *N. Munier* (2007), vouloir agir c'est savoir s'engager et être capable de prendre des initiatives pour formuler des idées ou des propositions d'actions. Cependant, 76% disent ne pas garder de traces écrites des observations qu'ils font sur les particularités de la communication du patient aphasique. Il est donc très intéressant d'encourager chaque intervenant, qui est donc un partenaire de communication, à rapporter ses remarques, ses interrogations concernant la communication du sujet.

De plus, environ un tiers des professionnels interrogés n'a pas l'initiative d'utiliser un code de communication pour venir soutenir les échanges lorsque ceux-ci sont difficiles. Nous pouvons dès lors nous poser une question : sans support de communication facilement accessible et sans prise d'initiative pour réussir à communiquer de façon efficace, que devient la relation de partenariat entre un thérapeute et son patient?

b) - Solliciter l'éthique en s'interrogeant pour chaque patient sur le sens de l'action thérapeutique :

67% des répondants déclarent utiliser spontanément un code alternatif ou augmentatif pour faciliter les échanges avec un patient aphasique. En revanche, seulement 42%, soit moins de la moitié, disent évaluer le code qu'ils utilisent afin de vérifier son efficacité auprès du patient. 48% disent ne pas évaluer le code de communication utilisé. Dès lors, lorsque ce code ne se révèle pas efficace, la situation d'échange est un échec et les interprétations des messages sont faussées. Dans ce cas, non seulement l'accompagnement thérapeutique peut devenir risqué, mais il perd également tout son sens.

De manière générale, moins de la moitié des soignants interrogés sollicite l'éthique, "niant ainsi", l'aspect humain des soins.

La compétence des soignants à vouloir agir pour et avec un patient aphasique est ici remise en question. Il est important que chaque intervenant se sente partie prenante du projet de soins concernant la communication du sujet aphasique, et qu'il agisse dans ce sens. D'autre part, lorsqu'un soignant met en place une "astuce" pour faciliter l'échange avec un sujet aphasique, il est nécessaire que celle-ci soit évaluée afin que son utilisation puisse être justifiée.

6) Vouloir coopérer :

Vouloir coopérer c'est vouloir entretenir des valeurs telles que la solidarité et le bien commun. Pour *Boltanski et Thénevot* (cités par Jacques et coll., 2004) ces dernières justifient les conduites des membres de l'équipe.

g) - solidarité envers la tâche :

L'interdépendance des équipiers envers la tâche se mesure, entre autres, par le partage des ressources et par l'entraide. 20% des individus interrogés déclarent demander systématiquement de l'aide aux autres acteurs de la structure lorsqu'ils se retrouvent en grande difficulté avec un patient et 45% des soignants disent faire appel aux acteurs de la structure souvent. Ces résultats témoignent d'un bon niveau de solidarité des coéquipiers.

b) - Recherche de l'intérêt collectif :

Sur les 22% de soignants qui prennent note des difficultés de communication qu'ils rencontrent avec leurs patients, seulement 71% d'entre eux disent la partager avec leurs coéquipiers. Ces résultats montrent que lorsqu'un soignant établit une grille d'observation sur les particularités de la communication d'un patient, il ne le fait pas dans un but systématique de partage avec ses coéquipiers. La recherche de l'intérêt collectif n'est donc pas constante. Dès lors, on peut se poser la question de l'utilité de ces observations si celles-ci ne circulent pas au sein de l'équipe.

Sur les 43% d'individus utilisant spontanément un code efficace de communication pour faciliter leurs échanges avec un patient aphasique, 80% en informent le reste de l'équipe. Ici encore, nous avons enregistré que la volonté de servir l'intérêt de la collectivité n'est pas systématique pour l'ensemble des soignants.

D'une manière générale, les résultats mettent en évidence un bon niveau de solidarité entre les différents acteurs de l'équipe. Quant à la recherche de l'intérêt collectif, elle est fréquente mais pas constante. Comme le souligne R. *Mucchielli* (2009), il serait intéressant d'amener les acteurs vers un partage systématique des idées, lorsque celles-ci se révèlent utiles et efficaces.

7) Mesures complémentaires :

a) - Quel est le code (alternatif ou augmentatif) de communication que les soignants utilisent le plus spontanément pour aider les échanges avec un patient aphasique :

Le code gestuel est le support de communication auquel les professionnels interrogés ont le plus recours. Très peu utilisent les codes photographiques et graphiques. Cependant, les tableaux et les classeurs de communication, qui sont les outils les plus couramment utilisés par les orthophonistes, contiennent des informations illustrées par des systèmes de représentation tels que : la photographie, l'image, des lettres, des phrases, des pictogrammes... Nous relevons donc que l'ensemble des acteurs du processus de soins ne se familiarise pas avec l'utilisation des tableaux et des classeurs de communication, qui sont pourtant les supports les plus fréquemment proposés. Les astuces de chacun pour réussir à débloquer une situation où la communication est rompue, ne sont donc pas le résultat d'un ajustement mutuel entre les professionnels. Cet ajustement est pourtant préconisé par *Mintzberg* (cité par *J-M Jacques et coll.* 2004) pour atteindre le degré de coordination nécessaire au sein de l'organisation du processus de soins.

b) - Prise en charge du patient aphasique : compétence individuelle ou compétence collective ?

A travers cette question nous cherchions à connaître l'avis des différents thérapeutes interrogés, sur le type d'organisation du travail souhaité. Pour 83% du personnel interrogé, l'accompagnement du sujet aphasique relève d'une compétence collective et, pour 14% des individus, les deux compétences (individuelle et collective) sont nécessaires. Ces résultats montrent que la grande majorité des thérapeutes (99%) s'accorde à penser, que la prise en charge d'un sujet aphasique au sein d'un institut ou d'un service de médecine fonctionnelle et de réadaptation relève d'un fonctionnement d'équipe.

Nous avons ensuite demandé à l'ensemble des thérapeutes d'expliquer leur choix de réponse. Après le dépouillement des résultats, les principaux concepts abordés sont :

- Chaque membre de l'équipe est, tout au long du parcours de soins, un **interlocuteur privilégié** du patient. Ainsi, chaque acteur, au cours de la journée, échange avec le

patient aphasique. De ce fait, les remarques et les observations de chacun sur la qualité de la communication établie avec le sujet aphasique, doivent être rapportées aux autres afin de servir l'intérêt collectif, essentiel, dont parle *Munier* (2007). Cependant, en pratique, les résultats relèvent une faiblesse concernant le partage des observations entre les différents acteurs de l'équipe.

- La deuxième idée concerne la notion d'**objectifs semblables**. Concernant le patient aphasique, la restauration d'une communication efficace, est, selon 38% des répondants, un objectif d'équipe qui doit être connu et suivi par tous.
- La notion d'**équipe** est mentionnée par 30% des répondants. Ces résultats montrent que la conscience d'équipe, qui passe par une acceptation et une volonté d'adhésion de la part des acteurs, n'est peut-être pas réellement développée chez l'ensemble des soignants.
- Le besoin d'une **transmission claire et précise des capacités de communication du patient de la part de l'orthophoniste**, n'est cité que par 16% des soignants. Or, à partir des résultats précédents, nous avons constaté que l'un des rôles majeurs de l'orthophoniste, cité par les répondants, concerne justement la transmission des informations relatives au potentiel de communication du sujet par l'intermédiaire des évaluations orthophoniques. Cette différence de résultats reflète très certainement l'effet du biais des réponses cafétéria (cf. p.48). Nous pouvons alors penser que dans la pratique, les évaluations orthophoniques, permettant d'objectiver le potentiel de communication du patient, ne sont que très peu utilisées dans la formulation des objectifs de vie du patient. Or, comme le souligne *Fortin* (2000), nous rappelons que le partage des expertises professionnelles est un pilier du fonctionnement interdisciplinaire.
- Seulement 6% des personnes interrogées décrivent **l'aphasie comme un "handicap social"**. Contrairement à ce que préconise la CIF et les pouvoirs publics, l'enquête a authentifié que les professionnels ne considèrent toujours pas l'aphasie comme limitant la participation aux activités sociales et diminuant la qualité de vie. De plus, alors que *E. Cataix-Nègre* (2011) démontre que les membres de l'équipe constituent l'environnement social du patient aphasique, il paraît nécessaire que cet environnement humain prenne conscience de l'impact du trouble de communication, afin qu'il puisse s'adapter, dans le but de diminuer la situation de handicap du sujet.

- **Communiquer avec son patient est indispensable** pour s'inscrire dans un cadre éthique. Les acteurs doivent ainsi s'interroger sur le sens de l'action thérapeutique avec et pour le patient. Cette notion va dans le sens de l'élaboration des soins centrés sur le patient, telle que la décrit *Griesser* (2010). Pourtant, seulement 4% des thérapeutes interrogés précisent qu'il leur paraît essentiel de pouvoir communiquer avec un patient pour lui assurer des soins de qualité. Il est nécessaire que chaque acteur prenne conscience de la nécessité d'être compétent pour communiquer avec un sujet aphasique.

L'ensemble de ces résultats met en évidence trois éléments. Tout d'abord, le besoin d'évaluation de la part du professionnel expert, soit l'orthophoniste, n'est que très peu cité. Les résultats nous conduisent à penser que les professionnels ne partagent donc pas suffisamment les évaluations et les informations transmises par l'orthophoniste. Cette "carence", au niveau du partage des expertises, représente une limite aux principes de *Larivière et Ricard* (1998). Le partage systématique des informations faisant suite aux évaluation orthophoniques est peu appliqué au sein des équipes de travail.

Par ailleurs, 38% des soignants estiment que la communication est l'affaire de tous. Cependant, trop peu justifie cette idée en faisant référence aux déficits de communication comme handicap social, oubliant de se considérer eux-mêmes comme environnement social du sujet aphasique. De plus, seulement quelques professionnels pensent à préciser qu'il est nécessaire de pouvoir communiquer avec une personne pour lui prodiguer des soins. Les recommandations telles qu'elles sont formulées dans la CIF et telles qu'elles sont écrites dans les textes de lois ne sont donc toujours pas appliquées, ceci constitue une limite importante en terme de qualité des soins.

Enfin, les notions d'équipe et d'objectifs semblables sont elles aussi négligées au sein des réponses apportées par les différents professionnels.

Malgré le large consensus concernant la mise en place d'un fonctionnement interdisciplinaire, on constate que l'action d'équipe, avec tous les comportements que ce fonctionnement implique d'après *Mucchielli* (2009), ne s'opère pas, ou peu, au sein des groupes de travail.

8) Conclusion :

Compte tenu de l'importance épidémiologique des pathologies vasculaires, et des conséquences fonctionnelles engendrées par ces maladies chroniques, l'aphasie reste un problème prioritaire en médecine de réadaptation. La prise en charge de ces déficits fonctionnels, psychologiques et sociaux n'est donc pas à négliger et requiert un besoin important de coordination, d'intégration, et de synthèse des équipes multidisciplinaires.

Suite à l'analyse de l'ensemble de nos résultats, il apparaît une réelle dichotomie entre la reconnaissance de chacun des répondants sur la nécessité de fonctionner en interdisciplinarité et le manque de mise en pratique au sein des équipes multidisciplinaires. En effet, les notions de transversalité, de partage des savoirs et des expertises, ainsi que l'existence d'une interaction forte entre les membres de l'équipe ne sont pas appliquées.

Les résultats obtenus viennent donc confirmer notre hypothèse de départ. En effet, il apparaît nécessaire de proposer des actions interdisciplinaires afin de favoriser l'émergence des compétences collectives et de faciliter ainsi l'action thérapeutique pour et avec les patients aphasiques. Les idées d'actions interdisciplinaires que nous développerons dans une dernière partie ne seront que des propositions complémentaires aux stratégies déjà mises en place par les acteurs de soins.

B - Limites de l'enquête :

1) Les biais :

a) - La formulation des questions :

Les questions dites, "questions cafétéria", ont l'inconvénient majeur qu'elles peuvent suggérer des opinions non spontanées chez le sujet. Nous avons élaboré 7 questions cafétéria, sur 16 au total.

Le terme "fiche structurée" de la question n°14 aurait dû être remplacé par le terme "grille d'observation", qui aurait été, plus aisément compris par l'ensemble des individus.

b) - Les phénomènes psychosociaux de la situation de réponse à des questions : La réaction de prestige ou "défense de façade"

Nous avons pris en compte les mécanismes de défense sociale, décrits par *Mucchielli* (1989) qui, intervenant de manière inconsciente, comme des réflexes, nous amènent à pondérer certaines réponses. Nous ne parlerons pas de l'intention délibérée de mentir, contre laquelle, si elle est consciente et organisée, on ne peut rien faire.

Cette réaction automatique, correspond à la peur de se faire mal juger à travers sa réponse, elle se traduit généralement par le refuge vers des stéréotypes, vers une simulation défensive, ou de manière générale par des réponses en fonction de ce qui est "désirable".

Afin d'éviter ce type de défense, il est déconseillé de débiter le questionnaire par des questions risquant de provoquer des réponses de façade. Avec, la deuxième et la troisième question de la partie "contexte de l'étude", nous avons peut être favorisé ce type de réaction.

2) Un manque :

Une partie de la composante "Savoir coopérer" n'a pas été interrogée. En effet, nous n'avons pas élaboré de question concernant l'existence, ou non, d'un langage commun. Il aurait pourtant été intéressant de savoir si les différents acteurs, en plus de dialoguer avec

un jargon spécifique à la fonction qu'ils occupent, retrouvent les autres sur le terrain d'une langue commune, soit d'une langue interdisciplinaire.

3) Le dépouillement des réponses : problème des non réponses.

Nous n'avions pas prévu de case avec la mention "sans réponse", "je ne sais pas", "sans opinion".. Par conséquent nous n'avons pas pu les coder comme telles. Ces "non-réponses" sont comptabilisées dans la présentation des résultats mais ne sont pas prises en compte dans l'analyse.

Cette non analyse des non-réponses est regrettable, car dans le dépouillement, ces réponses ont un sens. Elles peuvent, en effet, avoir diverses significations comme :

- L'ignorance réelle du thème de la question par le sujet interrogé
- Le refus de s'engager dans une réponse ferme ou dans les réponses prévues, et ceci peut avoir un sens.
- La fuite de la réponse car la question a éveillé inquiétude ou méfiance
- L'incompréhension de la question

4) Limitations budgétaires :

En fonction des limites budgétaires que nous-même nous étions fixé, nous avons créé un échantillon de 100 personnes maximum à interroger. Le coût d'impression des questionnaires, les frais de déplacement dans les différents centres de rééducation et réadaptation ainsi que les frais d'envoi des questionnaires se sont révélés relativement importants.

C - Proposition d'actions interdisciplinaires pour et avec le patient aphasique :

Comme l'explique *Munier* (2007), chaque individu a des compétences naturelles pour débloquer les situations lorsque la communication présente des obstacles. Les idées d'actions interdisciplinaires que nous développerons dans cette dernière partie, ne seront que des supports, complémentaires aux "astuces" des thérapeutes.

1) Grille de communication du patient aphasique :

Afin que les thérapeutes puissent coopérer davantage concernant la prise en charge de la fonction communication, nous avons pensé à l'élaboration d'une grille "standard" de communication du patient. Il s'agit d'illustrer de manière simple, par des icônes par exemple, le potentiel de communication du patient et son mode privilégié de communication (gestes, écriture, fiabilité du oui et du non,...). Cette grille serait ajoutée au dossier informatique du patient et permettrait, rapidement, à chacun des thérapeutes de prendre connaissance des difficultés précises de compréhension ou d'expression du patient concerné, et des stratégies mises en place par l'orthophoniste pour pallier le trouble de communication. Des "petites astuces" pourraient également être mentionnées, afin de permettre aux différents interlocuteurs du sujet aphasique, de débloquer une situation de communication. La création de ce type d'outil favoriserait la mise en commun des expertises émanant des évaluations orthophoniques du patient aphasique.

Il serait intéressant que cette grille puisse être complétée en collaboration avec d'autres soignants, en plus de l'orthophoniste, lorsque des remarques ou des idées sur la communication du patient sont faites par ces derniers.

2) Information / sensibilisation :

• Pathologie aphasique et ses répercussions :

Nous avons pu constater, suite aux résultats, qu'une grande majorité de thérapeutes considère la pathologie aphasique, et les symptômes qui en découlent, d'un point de vue purement psycholinguistique. Or ce trouble doit désormais être abordé selon une

orientation psychosociale. Des séances d'information et de sensibilisation, destinées à l'ensemble du personnel soignant, sur les difficultés spécifiques de communication des personnes aphasiques et sur leur désarroi, permettrait une réelle prise de conscience du handicap social qu'engendre l'aphasie.

- **Les outils de communication :**

Dans un premier temps, une information au personnel soignant sur l'existence des divers outils de communication semble être nécessaire. Par la suite, des sessions d'apprentissage pour l'utilisation de ces outils peuvent être proposées à l'ensemble du personnel de l'établissement ou du service. Ces formations peuvent se réaliser sous la forme d'activités pédagogiques, qui prendront elles-mêmes une forme de jeux (jeux de découverte, jeux d'application) et de jeux de rôle (S. Courau, 2006). Il est important que la participation à ces formations reste libre.

3) Entretien famille et soignants :

Comme Y-L Boulanger et coll. (2000), il nous paraît indispensable que des objectifs de soins, communs et connus de tous les acteurs, soient formulés pour et avec le patient ainsi que son entourage. Pour les établissements et les services au sein desquels ces objectifs de soins ne sont pas clairement formulés ou transmis, des réunions en présence de la famille du patient, du patient lui-même et de l'équipe soignante pourraient être recommandées. Ces réunions ont l'avantage qu'elles permettent de cibler et de définir clairement les objectifs de vie du patient, ainsi que le désir de son entourage.

4) Création d'outils communs à destination des patients :

Munier (2007) part du principe que la création d'outils communs permet l'émergence des compétences collectives. Notre enquête a relevé un score très faible en faveur de la création d'outils communs à destination des patients. Il est donc intéressant de favoriser la réalisation, par les membres du personnel, d'outils de communication spécifiques, adaptés à leur champ d'action, afin de contribuer à ouvrir les portes sur un réel travail d'équipe. La création d'outils favorisera l'action réflexive, le partage des connaissances et la sollicitation

des différents membres de l'équipe de soins. Chacun apprendra à connaître l'autre et saura exactement ce qu'il pourra attendre de lui.

5) Création d'outils communs à destination des membres de l'équipe :

Afin de favoriser le fonctionnement interdisciplinaire, nous proposons l'élaboration, en équipe, d'un outil commun autour de la création d'un langage interdisciplinaire, connu et compris par tous. Nous pourrions envisager de multiples supports ou actions tels que :

- un glossaire sous forme de livret ou de plaquette qui permettrait la création d'un langage commun, palliant ainsi les difficultés de compréhension dues à l'utilisation, par les différents acteurs, d'un jargon spécifique à leur profession.
- des temps de prises en charge multidisciplinaires, permettant la création de séances de rééducation interdisciplinaire. Par exemple, un patient hémiplégique souffrant d'aphasie sévère pourrait bénéficier d'une séance de rééducation au cours de laquelle le kinésithérapeute et l'orthophoniste travailleraient ensemble. Cette complémentarité, se basant sur une sollicitation transversale de l'action thérapeutique plutôt que concomitante, pourrait être un atout pour le partage des savoirs et des expertises, ainsi que pour l'entraide entre les équipiers.

Ces propositions ne sont que des ébauches d'idées pour continuer d'améliorer et de faciliter la prise en charge interdisciplinaire du patient aphasique. Nous avons souhaité approfondir ces pistes de réflexion afin d'aboutir à la création d'une de ces propositions mais, par manque de temps, cela s'est vite révélé irréalisable. En revanche, il serait intéressant, par le biais d'un nouveau mémoire par exemple, de développer ces pistes de réflexion, de créer certains de ces outils, puis de les évaluer afin de savoir si leur réalisation aurait une réelle efficacité.

CONCLUSION

L'objectif de notre travail de recherche était d'explorer les divers paramètres du fonctionnement interdisciplinaire des équipes de soins concernant l'accompagnement des patients aphasiques au sein des centres ou des services de rééducation fonctionnelle et de réadaptation. Nos résultats ont permis d'authentifier des "carences" au sein de ce fonctionnement interdisciplinaire. En effet, force est de constater que si chacun s'accorde pour dire qu'il est important de travailler en équipe pour assurer des soins de qualité, beaucoup se plaignent du manque de collaboration, des difficultés rencontrées dans la formulation des objectifs de soins, des échanges d'informations et du manque de moyen mis à disposition par les établissements de santé pour permettre l'émergence et le maintien des compétences individuelles et collectives.

Notre enquête relève donc le besoin, pour les équipes multidisciplinaires, de proposer des actions interdisciplinaires. Pour tenter de répondre à ce besoin nous avons élaboré quelques propositions d'outils et d'actions interdisciplinaires. D'une part, la réalisation d'outils à destination des équipes telle qu'une grille simple et rapide du potentiel de communication du patient, ou encore la création d'outils communs destinés aux patients, pourraient permettre de répondre au manque de collaboration des équipes mis en évidence par l'enquête. D'autre part, il paraît important que les institutions soutiennent la création de sessions d'information et de formation pour les équipes de travail. Enfin, pour tenter de répondre de manière adaptée aux besoins des équipes concernant la formulation et la transmission des objectifs de soins, nous avons pensé à la mise en place d'entretiens "famille et soignants". Ces types de réunions ont l'avantage qu'elles permettent de cibler et de définir clairement les objectifs de vie du patient, ainsi que le désir de son entourage.

Ces propositions d'actions interdisciplinaires sont des ébauches de notre réflexion pour continuer d'améliorer et de faciliter l'accompagnement interdisciplinaire des patients aphasiques. Il serait intéressant de développer ces pistes de réflexion, de créer certains de ces outils, puis de les évaluer afin de savoir si leur réalisation aurait une réelle efficacité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Assemblée nationale, *Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, compte-rendu n°49*, Audition de M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, sur le projet de loi relatif aux droits des malades et la qualité du système de santé n° 3258 (MM. Claude Evin, Jean-Jacques Denis, Bernard Charles, rapporteurs), Présidence de M. Jean Le Garrec, 11 septembre 2001.
2. Azéma B., Barreyre J-Y, Chapireau F., Jaeger M., (2001), *Classification internationale des handicaps et santé mentale*. Paris, CTNERHI, 15-19, 95-115
3. Bénéaim C., Péliissier J., Petiot S., Bareil M., Ferrat E., Royer E., Milhau D., Hérisson C., (2003). *Un outil francophone de mesure de la qualité de vie de la personne aphasique : le SIP-65*. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique. Volume 46, Issue 1. Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS. 2-11
4. Boulanger Y.L, Gaudreault C., Gauthier J., (septembre - décembre 2000), *Comment optimiser le travail d'équipe en rééducation - réadaptation*. Journal de réadaptation médicale, volume 20. Masson. 83-159
5. Boulanger Y-L, Staltari C., Proulx P., Zander K., Feyz M., Tinawi S., (2010), *Rééducation-réadaptation et interdisciplinarité*. Elsevier Masson: Issy-les-Moulineaux. 11-18
6. Cataix-Nègre E., (2011). *Communiquer autrement*. Editeur SOLAL, Marseilles. (pp. 107-119, 147-151)
7. Chomel-Guillaume S., Leloup G., Bernard I., (2010), *Les aphasies, évaluation et rééducation*. Elsevier Masson: Issy-les-Moulineaux. (pp. 225-232)
8. Cicone M., Wapner W., Foldi N., Zurif E., Gardner H., (1979). *The relation between gesture and language in aphasic communication*. brain and language 8, (pp. 324 - 349)

9. Courau S. (2006). *Jeux et jeux de rôle en formation*. Editeur : ESF, Issy-Les-Moulineaux. (pp. 59-69)
10. Darrigrand B. *Enquête sur la communication des personnes aphasiques*. Mémoire pour l'obtention du diplôme d'orthophoniste. Université Victor Segalen - Bordeaux 2. 1997
11. Davier J-C, Muller F., Stuit A., Darrigrand B., Mazaux J-M. (2007). *Communication et aphasie*. In aphasies et aphasiques. Elsevier Masson, Issy-Les-Moulineaux. (pp. 76-86)
12. De Boissezon X., Bodin S., Castel-Lacanal E., Marque P., Puel M., Demonet J-F. (2007). *Innovations thérapeutiques et aphasie : rééducation orthophonique, pharmacothérapie et Stimulation Magnétique Transcrânienne répétitive*. In aphasies et aphasiques. Elsevier Masson, Issy-Les-Moulineaux. (pp 273-282)
13. De Singly F. (2011). *L'enquête et ses méthodes. Le questionnaire*. Armand Colin édition, 2^e édition refondue, Paris. (pp. 24-84).
14. Dufour S., Fillet A., Flon F., *La classification internationale du handicap version 2: description, enjeux et implications*. Université Charles de Gaulle, Psychologie. Lille. 2005.
15. Enjalbert M. (2002). *Aides techniques et matériel d'assistance en gériatrie*. Elsevier Masson. (pp.55-62)
16. Fortin B., (2000), *L'interdisciplinarité: rêves et réalité*. Revue québécoise de psychologie, 17 (3), 39-40
17. Fortin B., Méthot L., (2004), *S'adapter avec humour au travail interdisciplinaire: pistes de réflexion*. Revue québécoise de psychologie, 25 (1), 99-118.
18. Gonzalez-Chartron I., Brun V., (2007). *Communication alternatives et suppléances fonctionnelles*. In : aphasies et aphasiques. Elsevier Masson, Issy-Les-Moulineaux. (pp. 251-261)

19. Gonzalez-Charton I., Munier N., Petit H., Gaujard E., Bolinches C.. *Quels principes de construction*. Le C.COM. (<http://www.leccom.fr/classeurbase.php>)
20. Griesser A-C, (2010) *Petit précis d'organisation des soins, interdisciplinarité*. Lamarre édition. Ouvrage entier.
21. Hérisson C., Simon L., (1993). *Evaluation de la qualité de vie*. Elsevier Masson. (pp. 148-187)
22. Jacques J-M, Lobet - Maris C., Rousseau A., (2004) *La modernisation de l'hôpital: kaléïdoscopie du changement*. Diffusion: Presses universitaires de Namur. (pp. 7-25)
23. Jamet F., (2003), *De la classification internationale du handicap (CIH) à la classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF)*. Politiques et institutions éducatives. La nouvelle revue de l'AIS, n°22. 2° trimestre 2003.
24. Larivière C., Ricard C., (1998), *Formation au travail interdisciplinaire*. Cahier du participant. Montréal
25. Larivière C., (2002). *L'efficacité des équipes de travail*. Les Nouvelles du Réseau conseil Interdisciplinaire du Québec. Volume 5, numéro 2, 2-7.
26. Le Boterf G., (2002), *De quel concept de compétence avons-nous besoin?*. Soins cadres n°41, 3-6.
27. Le Boterf G. (2003), *Construire les compétences individuelles et collectives*. Edition d'Organisation, Paris, p 176.
28. Loi n°2005 - 102 du 11 février 2005 "*Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*".
29. Mazaux J-M, Dehail P., Daviet J-C, Pradat-Diehl P., Brun V. (2007). *Tests et bilans d'aphasie*. In Aphasies et aphasiques. Elsevier Masson, Issy-Les-Moulineaux. (pp. 134-144)

30. Morin E. (2003). "Sur l'interdisciplinarité", *L'Autre Forum*, 5-10, mai 2003, 5-7.
31. Mucchielli R. (1989). *Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale*. ESF éditeur, Paris. (pp. 11-58)
32. Mucchielli R. (1999). *Communication et réseau de communication*. ESF éditeur, Paris. (pp. 45-66)
33. Mucchielli R. (2009). *Le travail en équipe*. ESF éditeur, Paris. Ouvrage entier
34. Munier N. *Transdisciplinarité ou compétences collectives: une histoire de positionnement*. Institut de formation des cadres de santé de Charles Perrens. Bordeaux. 2007.
35. Nespoulous J-L (2010). *Référence et modalisation: De la dissociation de leur gestion psycholinguistique et neuropsycholinguistique dans le discours aphasique*. Congrès Mondial de Linguistique Française - CMLF 2010
36. OPHQ (Office des Personnes Handicapées du Québec), (2009), *Plan stratégique 2009-2014*. Québec. Edition: Office des personnes handicapées du Québec.
www.ophq.gouv.qc.ca.
37. Organisation Mondiale de la Santé (1999). *Classification internationale du fonctionnement et du handicap, version provisoire Bêta 2*. (Organisation mondiale de la Santé, Traduction canadienne). Genève. Suisse (2000).
38. Organisation Mondiale de la Santé, (2000), *CIH-2 Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Equipe Classification, Evaluation, Enquête et Terminologie. Genève, Suisse (2001).
39. Peskine A., Pradat-Diehl P. (2007). *Etiologies de l'aphasie*. In Aphasies et aphasiques. Elsevier Masson, Issy-Les-Moulineaux. (pp. 33-44)
40. *Rapport n°4 fait au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Projet de loi adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence,*

relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, transmis par M. le Premier Ministre à M. Le Président du Sénat - Art.L. 1114-1. Annexe au procès-verbal de la séance du 9 octobre 2001

41. Rondal Jean-Adolphe (2000). *Le langage : de l'animal aux origines du langage humain*. Editions mardaga, Belgique. (pp 29 - 48)
42. Scholtes J-L, (2001). *L'hôpital se met au matriciel*. revue hospitals. BE. N°246.
43. Vignat J-P., (2000). *Révision de la classification internationale des handicaps*. Conférence d'expert (5-6 juin 2000).

ANNEXES

Annexe 1

Questionnaire de pré-enquête

Questions	
- Si vous deviez donner une définition rapide de votre métier, que diriez-vous?	
- Comment accompagnez-vous vos patients, ? - Comment définiriez-vous, en 2, 3 mots, l'accompagnement de vos patients?	
- Rencontrez-vous des patients aphasiques?	
- Avez-vous des difficultés pour communiquer avec eux?	
- Lorsque des difficultés se présentent, qu'utilisez-vous pour communiquer avec eux?	
- Dans ce cadre, qu'est-ce qui vous manque?	
- Comment percevez-vous votre accompagnement au sein de l'équipe pluridisciplinaire?	

Annexe 2

Outil de mesure : le questionnaire

Questionnaire sur la prise en charge “medico-sociale” de la fonction communication de la personne aphasique

Votre profession :

CONTEXTE DE L'ETUDE

- Prenez-vous en charge des patients aphasiques ?

☐

oui

☐

non

- Vous arrive t-il de redouter leur prise en charge en raison de leur trouble de communication ?

☐

oui

☐

non

- Vous arrive t-il d'éviter les situations d'échanges avec votre patient en raison de ses troubles de communication ?

☐

oui

☐

non

- L'efficacité de votre prise en charge est-elle selon vous, tributaire du degré du trouble de communication de la personne soignée ?

QUESTIONNAIRE

*Plusieurs réponses possibles sont proposées pour quelques questions, vous pouvez choisir de répondre par une, ou plusieurs de ces propositions.
(temps moyen de réponse estimé à 10 minutes)*

1 - L'aphasie, pour vous, c'est quoi ?

2 - Pour vous, un trouble du langage se différencie-t-il d'un trouble de communication ?

☐

oui

☐

non

3 - Parmi les différentes observations cliniques que vous pouvez effectuer chez un patient, quels sont pour vous les 3 principaux comportements et/ou symptômes réactionnels engendrés par la pathologie aphasique?

☐

replis

☐

névrose d'échec

☐

isolement

☐

état dépressif

☐

agressivité

☐

état confusionnel

☐

anxiété

4 - En cas d'échec lors d'une situation de communication avec votre patient (il ne vous comprend pas ou vous ne le comprenez pas...), vous arrive t-il de faire appel aux différents acteurs de l'équipe multidisciplinaire de travail ?

☐

toujours

☐

souvent

☐

parfois

☐

jamais

5 - Afin de favoriser le déroulement de votre intervention, l'accompagnement de ce type de patient nécessite t-il des adaptations spécifiques ?

☐

oui

☐

non

6 - Quelle(s) démarche(s), personnelle(s) ou professionnelle(s), individuelle(s) ou de groupe, vous a permis de réduire l'impact du handicap de communication sur le déroulement de vos soins spécifiques ?

☐

l'expérience professionnelles (situations similaires déjà rencontrées)

☐

la mise à jour des connaissances relatives à l'aphasie

☐

la sollicitation des autres membres de l'équipe pour vous aider

☐

une évaluation précise (ou transmission précise) de la part de l'équipe des difficultés de communication du patient

☐

l'utilisation de supports de communication

☐

la sollicitations des proches de la personne aphasique

7 - Assistez-vous à des Plans d'Intervention Interdisciplinaire Individualisés ?

☐

oui

Avez-vous le sentiment que cette approche par P3I reprend clairement les objectifs de vie du patient concernant ses capacités/ incapacités communicationnelles ?

☐

oui

☐

non

☐

non

De quelle façon se transmettent les projets de soins interdisciplinaires ?

8 - Quel est pour vous le rôle de l'orthophoniste au sein de la prise en charge de la fonction communication des personnes aphasiques ?

- ☐ c'est le seul rééducateur de la fonction communication
- ☐ c'est le seul rééducateur des troubles du langage
- ☐ transmettre les informations relatives aux capacités de communication de la personne aphasique
- ☐ Informer l'équipe des stratégies palliatives et/ou augmentatives mises en place pour optimiser les capacités de communication du patient
- ☐ donner au patient les moyens de pouvoir communiquer avec les différents acteurs de la structure
- ☐ donner aux différents acteurs de la structure les moyens de pouvoir communiquer avec les personnes aphasiques

9 - Existe t-il dans le centre un support de communication, palliatif et/ou augmentatif que vous connaissez ?

☐ oui ☐ non

Si oui, par quel intermédiaire en avez-vous pris connaissance?

- ☐ formation(s)
- ☐ littérature
- ☐ par des patients ayant recours à ces supports
- ☐ par une ou des expérience(s) personnelle(s)

9 bis - Savez-vous l'utiliser ?

☐ oui ☐ non

Si oui, comment avez-vous appris à les utiliser?

- ☐ apprentissage formel
- ☐ apprentissage informel

10 - Ce support est-il spécifique à chaque corps de métier?

☐ oui ☐ non

Si oui, comment a-t-il été réalisé?

- ☐ avec l'aide de l'orthophoniste
- ☐ entre les acteurs du même corps de métier

I1 - En avez-vous un facilement accessible dans votre salle ?

☐ oui

☐ non

I2 - Y'a t-il des échanges formels (échanges imposés par la structure de travail de l'équipe) entre vous et l'orthophoniste lorsque vous avez un patient en commun ?

☐ oui

☐ non

I3 - Y'a-t-il des échanges informels (échanges de personne(s) à personne(s) non imposés par la structure de travail) entre vous et les autres membres de l'équipe autour des problèmes de communication de vos patients ?

☐ oui

☐ non

I4 - Vous arrive-t-il d'établir une grille d'observation sur laquelle vous prenez note des difficultés de communication rencontrées avec les personnes aphasiques que vous accompagnez ?

☐ oui

☐ non

Si oui, est-ce que vous la partagez avec les autres professionnels?

☐ oui

☐ non

I5 - Vous arrive-t-il spontanément d'avoir recours à un code pour faciliter vos échanges avec les personnes aphasiques ?

☐ oui

☐ non

Si oui :

Est-ce que vous l'évaluez afin de vérifier son efficacité ?

☐ oui

☐ non

Lorsque ce code est efficace, le partagez-vous avec le reste de l'équipe ?

☐ oui

☐ non

I5 bis - Si tel est le cas, quel(s) type(s) de code utilisez-vous le plus fréquemment ?

☐

code graphique (lettre, dessin...)

☐

code couleur (ex : étiquette verte pour "oui", étiquette rouge pour "non", ...)

☐

code gestuel (ex : lever le pouce pour dire "oui", baisser le pouce pour dire "non",...)

☐

la mimique (mimique pour exprimer la douleur, le refus, le bien-être...)

☐

code photographique (photographie d'une personne exprimant la douleur, photographie de lieux, ...)

I 6 - Pensez-vous que la prise en charge de la fonction communication relève :



d'une compétence individuelle



d'une compétence collective

- Pourquoi ?

“ La compétence collective est une émergence, un effet de composition. Elle résulte de la qualité de la coopération entre les compétences individuelles.”

GUY LE BOTERF, *Construire les compétences individuelles*, Edition d'Organisation, Paris, 2003, p. 176

