



Département d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste
présenté par :

Juliette MARTIN

soutenu publiquement en juin 2018 :

**Etat des lieux des représentations et des relations
professionnelles entre l'orthophoniste et
l'ergothérapeute
Enquête auprès de professionnels de France métropolitaine**

MEMOIRE dirigé par :

Stéphanie CAËT, Maître de conférences en Sciences du Langage, Département d'Orthophonie,
Lille

Olivier JANSSEN, Maître de conférences en Psychologie, Département d'Orthophonie, Lille

Lille – 2018

A ma mère.

Remerciements

Je tiens à remercier mes directeurs de mémoire Mme Caët et M. Janssen pour leur engagement dans ce projet. Merci pour vos remarques constructives et vos conseils avisés.

Merci également à Mme Gibaru pour son implication en tant que lectrice de ce travail.

Je remercie les syndicats régionaux des orthophonistes et les délégations territoriales des ergothérapeutes pour leur coopération dans la diffusion des questionnaires.

Je remercie chaleureusement tous les professionnels, orthophonistes et ergothérapeutes, qui ont pris le temps de participer à cette étude, sans eux, rien n'aurait été possible.

Merci à toutes les belles personnes, enseignant(e)s, maîtres de stages et ami(e)s, qui ont marqué ces années de formation.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma famille qui m'a toujours soutenue, et ce surtout durant ces cinq dernières années. Simplement mais sincèrement, merci pour tout.

Résumé :

Un patient peut bénéficier de soins orthophoniques et ergothérapeutiques : ces professionnels peuvent être amenés à travailler ensemble. Une étude a été menée sur cette pluridisciplinarité paramédicale par Chabosy et Pressiat en 2004. Sept orthophonistes et deux ergothérapeutes dans deux services hospitaliers du Sud de la France ont été interrogés. Nous souhaitons donc avoir un aperçu de la situation en France métropolitaine (exercice en milieu salarié et/ou libéral) sur la représentation que l'orthophoniste se fait de l'ergothérapie et inversement. Nous voulions savoir quelles étaient leurs relations professionnelles en pratique. Deux questionnaires en ligne ont été créés et diffusés par les syndicats régionaux des orthophonistes, les délégations territoriales des ergothérapeutes, le réseau social Facebook. Les réponses de 361 orthophonistes et de 152 ergothérapeutes ont montré que les ergothérapeutes avaient une représentation plus précise de l'orthophonie que les orthophonistes de l'ergothérapie quel que soit le mode d'exercice. La formation initiale et/ou les formations continues influencent favorablement la constitution de représentations fines. Les professionnels sont d'autant plus en contact qu'ils connaissent bien leur partenaire (sans lien de la fréquence des contacts) : en sociologie, nous apprenons que les représentations se modifient par l'interaction. Enfin, des chevauchements sont perçus (positivement contrairement à l'étude de 2004) et ce d'autant plus que les représentations sont précises (surtout chez les orthophonistes). Ces résultats sont discutés en lien avec le contexte socio-médical actuel : le manque d'ergothérapeutes en libéral (absence de remboursement des soins) et d'orthophonistes en libéral et en salariat.

Mots-clés :

Orthophoniste, ergothérapeute, représentations professionnelles, pluridisciplinarité, relations professionnelles, chevauchements professionnels.

Abstract :

A patient can receive both speech and language therapy and occupational interventions, leading the professionals to work together. In 2004, Chabosy and Pressiat lead a study dealing with paramedical multidisciplinary. They interviewed seven speech therapists and two occupational therapists working in two hospital services in the South of France. Following this study, we wanted to get an overview of metropolitan France's situation (in the salaried and/or the liberal environment) regarding the representation speech therapists have of occupational therapy and vice versa. We wanted to know what their professional relationships were. Two online questionnaires were created and distributed by the regional unions of speech therapists, the territorial delegations of occupational therapists and posted on the social network Facebook. The responses of 361 speech therapists and 152 occupational therapists suggested that occupational therapists had a more accurate representation of speech therapy than the opposite, regardless of their salaried or liberal practice. Initial training and/or continuing education have a positive influence on the inception of precise representations. The more professionals are in contact, the more precise the representations are (independently of the frequency of contacts) which match the sociologic theory that, representations change

through interaction. Finally, overlaps are perceived (positively contrary to the 2004 study) and all the more so because the representations are precise (especially among speech therapists). These results are discussed in relation to the current socio-medical context where occupational therapists with a liberal status (no reimbursement of cares) and speech therapists in liberal and salaried environment are lacking.

Keywords :

Speech and language therapist, occupational therapist, professional representations, multidisciplinary, professional relationships, professional overlaps.

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	2
1. Les professions en question.....	2
1.1. Définition : quelles similitudes, quelles différences ?.....	2
1.2. L'évolution de 1947 à 2017.....	3
1.3. Formation des orthophonistes et des ergothérapeutes : quelles similitudes, quelles différences ?.....	4
1.4. Les recouvrements possibles entre l'orthophonie et l'ergothérapie.....	4
2. La sociologie des professions : identité, représentations et pratiques professionnelles.....	6
2.1. La profession et les représentations professionnelles.....	6
2.1.1. La profession.....	6
2.1.2. Les représentations professionnelles.....	7
2.2. L'identité professionnelle.....	8
2.3. Les pratiques professionnelles.....	8
2.4. Les interactions entre représentations, identité et pratiques professionnelles.....	9
3. Buts et hypothèses.....	9
Méthode.....	10
1. Population cible et lieu de l'étude.....	10
2. Le questionnaire comme moyen d'enquête.....	10
3. La procédure.....	10
3.1. La création du questionnaire.....	10
3.2. Le pré-test auprès de professionnelles.....	11
3.3. Les modifications suite aux entretiens.....	12
3.4. La diffusion des questionnaires.....	12
4. Méthode d'analyse des réponses.....	12
Résultats.....	13
1. Présentation des participants.....	13
1.1. Généralités.....	13
1.2. Mode d'exercice.....	13
1.3. Population suivie.....	13
1.4. Problématique de la nomenclature chez les ergothérapeutes.....	14
2. Connaissances de la profession partenaire.....	14
2.1. Connaissances et recherches sur la profession partenaire.....	14
2.2. Formation initiale et formations continues.....	15
2.3. Informations sur la profession partenaire.....	15
2.3.1. Durée des études de la profession partenaire.....	15
2.3.2. Définition de la profession partenaire.....	16
2.3.3. Patientèle suivie par la profession partenaire.....	17
2.3.4. Pathologies et troubles traités par la profession partenaire.....	17
2.3.5. Données socio-législatives de la profession partenaire.....	17
2.3.6. Synthèse.....	17
3. Relations professionnelles.....	18
3.1. Des partenaires de travail.....	18
3.2. Les suivis du patient.....	18
3.3. Contacts professionnels.....	19
3.3.1. Généralités.....	19
3.3.2. Réalisation de séances de rééducation communes.....	19
3.3.3. Regard porté sur ces relations professionnelles.....	20
4. Eventuels changements à apporter dans la formation initiale et/ou dans l'exercice professionnel.....	20

5.Appartenance à un réseau interprofessionnel.....	21
6.Chevauchements entre les professions.....	21
6.1.Généralités.....	21
6.2.Regard porté sur ces chevauchements.....	22
6.3.Chevauchements et situations professionnelles problématiques.....	22
7.Analyses liées aux hypothèses.....	23
7.1.Score « connaissances de la profession partenaire » et mode d'exercice.....	23
7.2.Score « connaissances de la profession partenaire » et contacts.....	24
7.3.Score « connaissances de la profession partenaire » et score « formation(s) ».....	25
7.4.Score « connaissances de la profession partenaire » et perception de chevauchements.....	25
Discussion.....	26
1.Remarques générales sur l'étude.....	26
2.Validation des hypothèses.....	26
3.L'égalité de l'accès aux soins : un enjeu de santé publique.....	28
4.Amélioration de la méthodologie.....	29
4.1.Biais et limites.....	29
4.2.Critiques et remarques soulevées par les répondants.....	30
5.Apports pour la pratique future.....	30
Conclusion.....	31
Bibliographie.....	32
Sitographie.....	33
Liste des annexes.....	34
Annexe n°1 : Synthèse de l'évolution officielle de l'orthophonie et de l'ergothérapie (A1).....	34
Annexe n°2 : Synthèse des études d'orthophonie et d'ergothérapie (A1).....	34
Annexe n°3 : Lettre d'information (A2).....	34
Annexe n°4 : Questionnaires (A2).....	34
Annexe n°5 : Exemples de modifications des questionnaires suite aux entretiens (A10).....	34
Annexe n°6 : Réponses aux questions contrôles (A11).....	34
Annexe n°7 : Figures (A11).....	34

Introduction

Un patient présentant divers troubles (de la déglutition, du langage, des fonctions cognitives...), peut bénéficier de traitements à la fois orthophonique et ergothérapeutique.

Laurence Tain (2016), démographe-sociologue a dirigé l'enquête Kalliopé (premier rapport publié en 2007) dans le Sud de la France. Cette étude avait pour objectif d'étudier la profession d'orthophoniste (démographie, patientèle, origine des professionnels...). L'ensemble des données recueillies ont été exploitées selon différents axes faisant l'objet de mémoires d'orthophonie et notamment « la délimitation du territoire de l'orthophonie dans la confrontation avec d'autres professionnels » (Chabosy & Pressiat, 2004, p.3). Notre travail se situe dans ce domaine d'étude. Les étudiantes analysaient les relations de sept orthophonistes et de deux ergothérapeutes au sein d'une équipe pluridisciplinaire dans deux services hospitaliers en neurologie (d'autres professionnels étaient interrogés mais nous nous limiterons à notre sujet d'étude). Elles ont ainsi relevé des « chevauchements » (Rostaing, 2016, p.170 ; Chabosy & Pressiat, 2004, p.45) de compétences entre les ergothérapeutes et les orthophonistes. Certaines orthophonistes envisageaient ces chevauchements comme un problème (Chabosy & Pressiat, 2004). Les enjeux de ces chevauchements sont multiples : identitaire pour les professionnels, médical pour le patient et sociétal car les soins peuvent ou non être pris en charge par la Sécurité sociale.

Dans ce mémoire, nous avons tenté de mettre au jour les représentations professionnelles des orthophonistes et des ergothérapeutes en France métropolitaine par le biais de questionnaires en ligne (un par profession). Nous souhaitons avoir un aperçu de la représentation que se font ces professionnels sur leur potentiel partenaire et comment cette représentation pouvait intervenir dans leur exercice professionnel quotidien (et inversement : comment leur pratique quotidienne pouvait influencer leur représentation). Nous voulions savoir si les professionnels considéraient que certains aspects de leur profession recoupaient celle de leur collègue et comment ils appréhendaient et vivaient ces recouvrements.

Ainsi, nous supposons d'une part, que plus les représentations étaient précises, plus les professionnels étaient en contact et moins il existait de chevauchements ou, s'ils existaient ils étaient perçus de façon majoritairement positive. D'autre part, nous supposons que les représentations étaient façonnées par deux éléments : 1) la formation initiale et/ou continue (plus les professionnels étaient formés à cette pluridisciplinarité, plus les représentations étaient précises), 2) les contacts (plus les contacts étaient fréquents, plus les représentations étaient précises ; et que les contacts étaient plus fréquents en salariat).

Dans une première partie, nous situerons le contexte théorique de notre étude. Nous commencerons par présenter chacune des professions, leur évolution et leurs éventuels chevauchements. Puis nous mettrons en lien ces éléments, constitutifs de la profession, avec les notions sociologiques de représentations, d'identité et de pratiques professionnelles. Dans une seconde partie, nous présenterons la méthodologie employée afin de recueillir et de traiter nos données. Dans une troisième partie, nous verrons les résultats de l'enquête et enfin dans une dernière partie, nous discuterons des résultats obtenus.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Les professions en question

Ce mémoire porte sur deux professions paramédicales : l'orthophonie et l'ergothérapie que nous allons maintenant présenter.

1.1. Définition : quelles similitudes, quelles différences ?

L'orthophonie et l'ergothérapie sont des professions paramédicales, c'est-à-dire que les professionnels exercent sur prescription médicale (articles L4331-1 et L4341-1 du Code de la Santé Publique : CSP, legifrance.gouv.fr).

Le Bulletin Officiel n° 32 du 5 septembre 2013 (<http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr>) définit l'orthophonie comme étant une « profession de santé relevant de la famille des métiers de soins. Elle consiste à prévenir, à évaluer et à traiter les difficultés ou troubles du langage oral et écrit et de la communication, des fonctions oro-myo-faciales, des autres activités cognitives dont celles liées à la phonation, à la parole, au langage oral et écrit, à la cognition mathématique. Elle consiste également à maintenir les fonctions de communication et de l'oralité dans les pathologies dégénératives et neurodégénératives, et à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer les fonctions verbales (...) ».

Selon l'article R4331-1 du CSP, l'ergothérapie est définie comme étant le « [traitement] des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées (...) ». L'ergothérapie s'intéresse surtout au lien entre la personne, l'activité et l'environnement. L'ergothérapeute aménage l'environnement du patient pour faciliter la réalisation des activités professionnelles, sociales ou de loisirs (Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, legifrance.fr).

Ces professions ont pour missions la réalisation de bilans, la mise en place de traitements, la prévention et la promotion de la santé. Elles s'adressent à des patients à tous les âges de la vie et présentant des troubles divers (congénitaux, développementaux, acquis). Leur vocation est de développer et de maintenir l'autonomie individuelle, sociale ou professionnelle ainsi que la qualité de vie du patient (articles R4331-1 et L4341-1 du CSP). L'orthophoniste et l'ergothérapeute collaborent avec le patient et son entourage mais aussi avec l'équipe médicale et paramédicale, les professionnels des domaines social et éducatif.

Pour résumer, l'orthophoniste et l'ergothérapeute peuvent travailler ensemble auprès d'un patient qui relève de chacun de leur domaine de compétences. Ils ont pour objectif principal de l'aider à acquérir et à maintenir un certain niveau d'autonomie et à améliorer sa qualité de vie. Nous allons maintenant retracer brièvement l'évolution de ces professions.

1.2. L'évolution de 1947 à 2017

En 1947, à l'issue de la Seconde Guerre Mondiale, la Sécurité sociale participe au remboursement de la prise en soins du langage par les orthophonistes (Kremer & Lederlé, 2012). En 1955, une formation est proposée et validée par une attestation d'études d'orthophonie mais la profession n'a pas encore de statut légal (Kremer & Lederlé, 2012). Celui-ci est obtenu par l'intégration de la profession d'orthophoniste dans le CSP, avec la loi 64-699 du 10 juillet 1964 (parution au Journal Officiel). Par la suite, le diplôme national : le Certificat de Capacité d'Orthophoniste (CCO), obtenu après trois ans d'études, est mis en place avec le décret n°66-839 du 10 novembre 1966 (legifrance.gouv.fr). En 1969, la lettre-clé Acte Médical Orthophonique (AMO) est intégrée à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

A cette période apparaît le décret n°70-1042 du 6 novembre 1970 portant sur la création du diplôme d'Etat d'ergothérapeute obtenu après trois ans d'études. Le décret n°86-1115 du 21 novembre 1986 porte sur les actes professionnels des ergothérapeutes ainsi que sur les personnes habilitées à les effectuer (anfe.fr). Ce décret pose un cadre juridique précis mais selon l'étude de Wagner (2004), les ergothérapeutes n'en sont pas satisfaits parce qu'il n'est pas assez détaillé pour que certaines compétences (comme l'intervention à domicile) soient pleinement reconnues. Ce manque de précision peut être en lien avec les recouvrements de compétences relevés par Chabosy et Pressiat (2004). Ensuite, la loi 95-116 du 4 février 1995 intègre la profession d'ergothérapeute dans le CSP et l'arrêté du 5 juillet 2010 porte sur les référentiels d'activités et de compétences des ergothérapeutes (anfe.fr). A ce jour, il n'existe pas de nomenclature des actes ergothérapeutiques (comme la NGAP pour les orthophonistes), ce qui ne permet pas le remboursement des traitements par la Sécurité sociale en libéral et rend l'exercice libéral plus difficile que l'exercice salarié (Wagner, 2004) (voir Annexe 1, p.A1 pour une synthèse). La reconnaissance de la profession dans le système de santé français n'est donc pas la même que pour l'orthophonie. Cela peut être dû à la « jeunesse » de la profession. Dans notre enquête, une question sera destinée à savoir si les ergothérapeutes souhaitent une nomenclature des actes et pour quelles raisons. En outre, en 2004, Chabosy et Pressiat évoquaient un projet de nomenclature pour structurer les pratiques : actuellement, celui-ci ne semble pas avoir abouti.

Par la suite, pour les orthophonistes, le décret n°2013-798 du 30 août 2013 modifie le CCO en lui apportant le grade master : la durée de la formation est dorénavant de cinq ans. Elle était de trois ans jusqu'en 1987 puis de quatre ans jusqu'en 2013 (Kremer & Lederlé, 2012) (voir Annexe 1, p.A1). Le 18 juillet 2017, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) ont signé l'Avenant 16 à la convention nationale destinée à « organiser les rapports entre l'Assurance Maladie et les orthophonistes » (ameli.fr). Cet avenant propose une revalorisation tarifaire et de la pratique professionnelle des orthophonistes.

Voyons maintenant les parcours universitaires pour devenir orthophoniste ou ergothérapeute.

1.3. Formation des orthophonistes et des ergothérapeutes : quelles similitudes, quelles différences ?

L'accès aux études d'orthophonie se fait, après obtention du baccalauréat, grâce à un concours spécifique à chaque centre de formation. Il en est de même pour les études d'ergothérapie qui sont aussi accessibles à la suite de la validation d'une Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES).

Les études d'orthophonie se déroulent en cinq ans dans 20 départements universitaires tandis que la formation d'ergothérapie se déroule en trois ans dans 25 Instituts de Formation en Ergothérapie (IFE). Les formations comprennent (fno.fr ; anfe.fr) :

- Des cours magistraux (1561 heures en orthophonie et 794 heures en ergothérapie) ;
- Des travaux dirigés (1597 heures en orthophonie et 1206 heures en ergothérapie) ;
- Des stages auprès de professionnels (2040 heures en orthophonie et 1260 heures en ergothérapie) (Annexe IV de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'Ergothérapeute) ;
- La réalisation d'un mémoire en vue de l'obtention du diplôme.

Des programmes de formation continue sont proposés aux professionnels afin d'actualiser leurs connaissances en suivant l'évolution de la médecine, des techniques et des pathologies (Bulletin Officiel n° 32 du 5 septembre 2013) (voir Annexe 2, p.A1 pour une synthèse).

1.4. Les recouvrements possibles entre l'orthophonie et l'ergothérapie

Comme nous l'avons vu précédemment, ces deux professions peuvent se recouper à différents niveaux :

- La patientèle (des nourrissons aux personnes âgées) ;
- Les pathologies et troubles ;
- Les objectifs (notamment l'amélioration de la qualité de vie du patient) ;
- Les moyens (par exemple : « activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail » selon l'article R4331-1 du CSP) ;
- Les savoirs théoriques enseignés durant la formation initiale puis les savoir-faire et savoir-être développés au cours des stages et des formations ;
- Les lieux d'exercice.

Néanmoins, pour un même trouble, leur approche sera spécifique. Par exemple, pour les codes de communication, l'orthophoniste va s'attacher à l'aspect compréhension du code tandis que l'ergothérapeute s'intéressera davantage aux domaines ergonomique et technique (Musset, 2014). La déglutition au cours des essais alimentaires est également prise en soins par ces deux professionnels : l'ergothérapeute s'occupe de l'installation et des outils tandis que l'orthophoniste observe le déroulement du repas (Demaison & Demeaux, 2008). Ici, le rôle de chacun est clairement défini mais qu'en est-il dans d'autres structures ?

Dans le cadre du projet Kalliopé, Chabosy et Pressiat (2004), étudiantes, ont demandé à des orthophonistes salariées à l'hôpital si des chevauchements de compétences existaient entre les différents domaines de rééducation (neuropsychologie, ergothérapie, kinésithérapie). Les sept orthophonistes interrogées ont évoqué un sentiment d'empiètement de leur domaine par les ergothérapeutes, en particulier dans la rééducation de l'écriture. Pour six d'entre elles, les chevauchements sont « plutôt [vécus] comme une nuisance à l'évolution du patient [car] les rééducateurs peuvent donner des informations redondantes, erronées ou contraires et ainsi déstabiliser le patient » (Chabosy & Pressiat, 2004, p.46). Ici, les « rééducateurs » peuvent tantôt être des orthophonistes, tantôt des ergothérapeutes. Cette mise en mots suggère d'une part, qu'il n'y a pas de réelle collaboration entre les professionnels et d'autre part, que les orthophonistes semblent penser que leur action est pertinente et que celle des ergothérapeutes ne l'est pas. Une orthophoniste considère que chacun doit rester dans son domaine de spécificité, une autre l'appuie en soulignant que les orthophonistes sont plus compétentes dans la rééducation langagière. Les ergothérapeutes interrogés semblaient d'accord avec elles sur ce point. Dans leur étude, les interactions orthophonistes-ergothérapeutes étaient limitées par manque de temps. De plus, les deux ergothérapeutes partageaient le fait que leur propre champ de compétences était difficile à cerner mais que leur décret d'actes leur permettait de se « [défendre¹] » de ces impressions d'empiètement.

Le fait qu'un trouble soit « doublement » traité semble donc être perçu négativement par ces orthophonistes salariées. Chabosy et Pressiat (2004) suggèrent que celles-ci « craignent que les dérives de prise en charge des ergothérapeutes ne leur fassent perdre leur spécificité » (p.70). Ces « dérives² » (terme particulièrement péjoratif employé par Chabosy et Pressiat) pourraient ainsi entraîner une modification des champs de compétences des orthophonistes. Ces champs de compétences constituent, entre autres, la spécificité, l'identité professionnelle de l'orthophoniste. Les orthophonistes semblent se sentir en danger du fait que d'autres professionnels réalisent des actes similaires aux leurs (sentiment qui peut être légitimé par la formation, la description officielle des champs de compétences, etc.).

D'autre part, d'un point de vue médical pour le patient, la cohérence de la prise en soins est indispensable (Freidson, 1984). Or, ce double traitement (lorsqu'il n'est pas explicité) peut paraître incohérent pour le patient et sa famille. Malgré les possibles « collaborations ou luttes » (Cresson, Drulhe & Schweyer, 2003, p.8) des professionnels, l'objectif final demeure le bien-être du patient. Ce partenariat praticien-patient nécessite donc une certaine clarté : Aïach et Fassin (1994) évoquent le « phénomène crucial » (p.167) de la précision des rôles de chacun pour une répartition optimale et efficace des activités thérapeutiques. Cette cohérence nécessite de bien comprendre le travail de l'autre et d'avoir des représentations « ajustées » des spécificités de chacun et de la façon dont on peut collaborer. Selon Rostaing (2016), « le partage de compétences et l'utilisation de matériaux communs engendrent une confusion pour la patientèle et un effet d'invisibilisation des spécificités de chaque profession » (p.171). Les orthophonistes prônent donc une prise en soins bien spécifique en orthophonie et en ergothérapie (Rostaing, 2016).

1 Ce terme est issu du mémoire de Chabosy & Pressiat (2004).

2 Ce terme est issu du mémoire de Chabosy & Pressiat (2004).

Demaison et Demeaux (2008), dans leur mémoire sur la collaboration interprofessionnelle au sein d'une équipe pluridisciplinaire, observent des chevauchements de compétences entre ces thérapeutes (orthophonistes et ergothérapeutes) sans qu'il y ait de « conflits »³ (p.63) parce que le partage des tâches se fait aussi en fonction de la disponibilité de chacun. Nous avons vu plus haut que le chevauchement de compétences pouvait être inquiétant mais du point de vue de la disponibilité par exemple, il peut être utile. En effet, au sein de cette équipe, les orthophonistes s'occupent surtout de la déglutition et les ergothérapeutes des fonctions cognitives. Les professionnels ont parfois besoin de redéfinir leur action mais cela est fait « simplement »⁴ (p.63). Une orthophoniste évoque une « certaine tolérance pour ces chevauchements, à partir du moment où ce n'est pas systématique » (p.64). Le terme « tolérance » est intéressant parce qu'il met en évidence une hiérarchie entre les professionnels. Les orthophonistes « autorisent » que les ergothérapeutes fassent parfois ce que font normalement les orthophonistes et donnent leurs conditions : « si ce n'est pas systématique ». De plus, le kinésithérapeute-cadre ajoute qu'« on ne peut fonctionner que si on accepte, (...) [non] le glissement de tâches, mais (...) de chevaucher un petit peu le travail de l'autre dans l'intérêt du patient » (p.64). Cet intérêt repose sur le fait qu'un même domaine (ex. : la déglutition) est abordé par deux professionnels de façon spécifique, avec reprise des conseils de chacun par exemple.

Les chevauchements sont donc perçus de façon très variable. Nous allons maintenant recontextualiser ces données issues de la pratique professionnelle quotidienne dans le cadre de la sociologie des professions avec les notions d'identité, de représentations et de pratiques professionnelles.

2. La sociologie des professions : identité, représentations et pratiques professionnelles

Notre sujet traite des représentations professionnelles des ergothérapeutes et des orthophonistes. Nous allons définir quelques notions qui nous permettront de cerner davantage notre propos.

2.1. La profession et les représentations professionnelles

2.1.1. La profession

Nous nous intéressons aux représentations de deux professions paramédicales : l'orthophonie et l'ergothérapie. Selon Blin (1997), « une profession se caractérise par des compétences spécifiques à partir desquelles des individus se reconnaissent et se nomment, par-delà leurs contextes d'exercice » (p.15). Que l'orthophoniste (ou l'ergothérapeute) exerce en milieu libéral et/ou en milieu salarié, il se reconnaît comme membre du groupe des orthophonistes (ou des ergothérapeutes) parce qu'il partage avec les autres membres des savoir-faire et des savoir-être.

3 Ce terme est issu du mémoire de Demaison et Demeaux (2008).

4 Ce terme est issu du mémoire de Demaison et Demeaux (2008).

L'orthophonie et l'ergothérapie sont des professions récentes, surtout en ce qui concerne la seconde (1970). Cette « jeunesse » est à prendre en compte dans la description et la précision de leurs champs de compétences. Au fur et à mesure de l'expansion de ceux-ci, nous pouvons supposer que les frontières deviennent étanches dans leur confrontation avec les professions adjacentes (l'orthophonie avec l'ergothérapie et inversement). Néanmoins, chaque groupe professionnel va se représenter sa propre profession (et celle de l'autre) d'une façon particulière.

2.1.2. Les représentations professionnelles

Nous devons d'abord évoquer brièvement les représentations sociales pour préciser ensuite les représentations professionnelles. Selon la psychosociologue Denise Jodelet (1997), une représentation sociale est une « forme de connaissance, socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (p.53). La « visée pratique » des représentations sociales, appliquée au monde professionnel, semble correspondre à l'action réelle du professionnel (méthodes, outils, etc.). Ces représentations sociales vont permettre aux individus d'un même groupe social d'agir et de s'adapter à leur environnement, de comprendre et d'interpréter la réalité de leur vie quotidienne (au niveau des actions, des échanges sociaux) et donc de se positionner par rapport à elle (Jodelet, 1997). Cette prise de position, pour les professions que nous étudions, peut se traduire par la prise en soins d'un patient par une équipe médicale et paramédicale : chacun a un rôle à jouer, chacun va apporter son savoir. Ces représentations constituent donc un moyen d'interprétation de l'environnement. Le milieu professionnel médical est un univers particulier dans lequel elles vont revêtir une forme spéciale (organisation et hiérarchie, collègues de travail, cadre...).

Les rapports entre les professionnels vont participer à la création de représentations dites « professionnelles » : de sa propre profession mais aussi de celle des autres. Blin (1997) les définit comme étant des « représentations portant sur les métiers ou les professions » (p.79). Pour lui, ce sont des représentations sociales qui évoluent dans l'interaction professionnelle et qui vont être « spécifiées par les contextes » (p.80). Ainsi, si les thérapeutes exercent en structure, les réunions (d'organisation, de synthèse ou autres) sont très fréquentes et nous pouvons supposer que les représentations sont plus précises (un grand nombre d'interactions régulières de ce genre laisse supposer que chaque professionnel explique ce qu'il fait avec le patient et pourquoi).

D'autre part, il ajoute que les « représentations professionnelles sont des représentations sociales élaborées dans l'action et la communication professionnelle (interagir et interréagir) (...) » (p.80) : ces représentations apparaissent dans les discours. De cette façon, lorsque l'orthophoniste (ou l'ergothérapeute) explique à ses collègues ses axes de travail auprès d'un patient, ce qu'il dit et la façon dont il le dit va dévoiler les représentations qu'il a de sa propre profession et va permettre aux autres de se constituer leurs représentations de celle-ci. En outre, au travers de son discours, le professionnel révèle sans doute également les représentations qu'il a de la profession de ses collègues. Réciproquement, ceux-ci, en l'écoutant, vont non seulement se construire une certaine représentation de la profession partenaire (PP ci-après) mais aussi inconsciemment redéfinir leurs représentations de la leur.

Ces représentations peuvent aller à l'encontre de celles des autres (Jodelet, 1997) et possiblement engendrer des conflits, des oppositions et une « mauvaise collaboration » (Cresson, Drulhe & Schweyer, 2003, p.148). Rostaing (2016) nous a montré que cette image selon laquelle la profession opposée « chevauche » les compétences de l'autre (dans les deux services étudiés) pouvaient conduire à des désaccords. Lorsque c'est le cas en pratique, nous supposons que les interactions pourraient permettre aux représentations de se ré-ajuster (Jodelet,1997) et aux professionnels de mieux collaborer. Les représentations étant en constante évolution (grâce à l'interaction), l'action va pouvoir être redéfinie parce que les représentations vont être modifiées. Les représentations et l'action du professionnel vont constituer son identité professionnelle, celle avec laquelle il va pouvoir se positionner en tant que professionnel dans son groupe mais aussi par rapport aux autres groupes professionnels.

2.2. L'identité professionnelle

Blin (1997) définit l'identité professionnelle comme la « résultante des interactions entre les individus en tant qu'acteurs, les groupes professionnels et le contexte professionnel » (p.182). Les groupes des orthophonistes et des ergothérapeutes vont se construire une identité pour s'approprier une place dans le système des professions en général et des professions paramédicales en particulier. De plus, à l'intérieur de chaque groupe, chaque individu se constitue une identité propre en fonction de son mode d'exercice, de son lieu d'exercice, de sa clientèle, de ses collègues, de ses croyances et projets. Cette appartenance à un groupe professionnel lie la personne aux enjeux de sa profession, aux différentes façons de l'appréhender et c'est par cette appartenance qu'elle va se différencier des autres professionnels. Ainsi, l'identification à un groupe professionnel permet de se reconnaître entre membres et de se faire connaître des autres groupes.

Dans leur mémoire, Duffau et Samain (2014) ont montré que les 20 orthophonistes interrogés (salariés et libéraux de la région Midi-Pyrénées et de l'île de la Réunion) n'avaient pas une perception précise de leur identité professionnelle ni de leurs frontières. Des résultats similaires ont été retrouvés par Richard, Colvez et Blanchard en 2012 chez les 74 ergothérapeutes répondants (de France métropolitaine et d'outre-mer). Si l'identité professionnelle est peu précise, nous pouvons supposer que les représentations professionnelles le sont aussi, d'où l'émergence d'une crainte de l'autre par peur de perdre sa spécificité.

2.3. Les pratiques professionnelles

Pour Blin (1997), les pratiques professionnelles constituent des « styles d'intervention propres à chaque groupe » (p.61), c'est l'action professionnelle en elle-même. Pour ceux que nous étudions, elles recouvrent les différentes méthodes utilisées pour une pathologie, les moyens de compensation, les activités proposées, les aménagements, etc. Les pratiques sont aussi variées qu'il existe de professionnels. Elles vont dépendre notamment des domaines de formation continue choisis, du mode d'exercice, des possibilités de collaboration avec d'autres professionnels (ex. : séances communes). Elles sont constamment en lien avec les représentations et l'identité professionnelles : c'est le point que nous allons maintenant développer.

2.4. Les interactions entre représentations, identité et pratiques professionnelles

Les représentations professionnelles participent à la constitution d'un savoir professionnel commun et d'une identité professionnelle (Blin, 1997). Par exemple, en fonction de la patientèle, du lieu d'exercice, etc., l'identité et les pratiques seront variables d'un professionnel à un autre. D'autre part, les représentations sont en interaction avec les pratiques déterminées « en fonction d'un référentiel commun » (Blin, 1997, p.54) au groupe professionnel, qui permet à ses membres d'être guidés dans leur exercice quotidien. Chez les orthophonistes, ce référentiel correspond à la NGAP tandis que pour les ergothérapeutes, le CSP remplit ce rôle.

Nous l'avons vu plus haut, les représentations professionnelles jouent un rôle fondamental dans la sauvegarde des spécificités de chaque groupe professionnel par rapport à un autre. Elles constituent l'expression d'une identité et d'une pratique ancrées dans un milieu professionnel (Blin, 1997). Dès lors qu'un individu s'identifie à un groupe professionnel, il s'approprie ses valeurs, ses attributs et ses pratiques. Les représentations, l'identité et les pratiques sont donc en constante interaction.

3. Buts et hypothèses

Chabosy et Pressiat (2004) ont étudié les relations professionnelles d'un nombre restreint d'orthophonistes (sept) et d'ergothérapeutes (deux) salariés dans deux services hospitaliers de neurologie du Sud de la France. Nous désirions étendre cette étude à l'exercice en libéral et mixte et à un contexte géographique plus large (avec un nombre de participants plus important), soit sur tout le territoire métropolitain.

Ce mémoire a donc pour but de mettre au jour l'état des représentations et des relations professionnelles entre orthophonistes et ergothérapeutes. Nous allons aussi étudier les facteurs influençant ces représentations et le lien entre celles-ci et l'exercice professionnel quotidien (interaction entre représentations et pratiques). Enfin, nous verrons dans les réponses apportées si des chevauchements sont relevés entre les deux professions et comment ils sont perçus et vécus.

Nous avons donc dégagé deux hypothèses principales :

H1 : Plus les représentations sont précises,

- a) plus les professionnels sont en contact ;
- b) moins il existe de chevauchements ou, s'ils existent, ils sont perçus de façon majoritairement positive.

H2 : Ces représentations sont façonnées par deux éléments :

- a) la formation initiale et/ou continue (plus les professionnels sont formés à cette pluridisciplinarité, plus les représentations sont précises) ;
- b) les contacts (plus les contacts sont fréquents, plus les représentations sont précises). Par ailleurs, l'exercice en salariat favorise des contacts fréquents.

Méthode

1. Population cible et lieu de l'étude

Dans l'étude de Chabosy et Pressiat (2004), seules sept orthophonistes et deux ergothérapeutes salariés dans deux services hospitaliers du sud de la France étaient interrogés au cours d'entretiens semi-dirigés. Ce mémoire a pour but de réaliser un état des lieux des représentations et des relations professionnelles des orthophonistes et des ergothérapeutes exerçant en salariat et/ou en libéral en France métropolitaine.

2. Le questionnaire comme moyen d'enquête

Nous nous intéressons aux ergothérapeutes et aux orthophonistes de France métropolitaine : le terrain de l'enquête est donc particulièrement étendu et le nombre de participants potentiellement élevé (plus de 30 sujets : Berthier, 2010). Ces éléments constituent des arguments en faveur de l'utilisation d'un questionnaire en ligne comme méthode d'enquête par rapport à des entretiens semi-dirigés (Javeau, 1990). Nous parlerons donc d' « enquête auto-administrée » (Berthier, 2010, p.201 ; Javeau, 1990, p.32). De plus, les questionnaires étant remplis par les professionnels volontaires, nous parlerons d' « échantillon de convenance » (Berthier, 2010, p.172).

En outre, concernant la réalisation matérielle de l'enquête, plusieurs points sont à vérifier, notamment les disponibilités en argent (ressources insuffisantes pour assurer des déplacements dans toute la France, une impression papier de masse, l'achat d'enveloppes et de timbres), en temps (un questionnaire en ligne concède un gain de temps non négligeable par rapport à un entretien qui aurait duré plus d'une heure). Ces éléments (Javeau, 1990) ont appuyé le choix d'une enquête par questionnaire en ligne. Berthier (2010) ajoute qu'il faut prendre en compte les moyens pour accéder aux répondants : pour une diffusion en ligne à grande échelle, les liens des questionnaires ont été transmis dans une lettre d'information (Annexe 3, p.A2) aux syndicats régionaux des orthophonistes, aux délégations territoriales des ergothérapeutes et sur le réseau social Facebook.

3. La procédure

3.1. La création du questionnaire

Dans un premier temps, grâce à la revue de littérature, à mes observations de stages et aux commentaires de mes directeurs de mémoire, j'ai élaboré deux questionnaires identiques avec deux questions en plus pour les ergothérapeutes (portant sur la volonté de création d'une nomenclature des actes et les raisons avancées). Les questionnaires sont constitués de différents types de questions (Javeau, 1990) :

- Des questions fermées en majorité : un choix possible parmi deux ou plusieurs propositions (Berthier, 2010) ;
- Des questions ouvertes : ajout de précisions, expression libre du participant ;

- Des questions semi-ouvertes : choix unique ou multiple parmi plusieurs propositions, possibilité d'ajouter d'autres réponses.

Le questionnaire comprend donc six grands axes (Annexe 4, p.A2) :

La partie I « Votre formation » (14 questions) nous permet de mieux connaître le participant (sexe, lieu et mode d'exercice) et d'avoir des informations sur sa formation initiale et continue : a-t-il déjà eu une approche de la PP ?

La partie II « Votre profession » (3 questions pour les orthophonistes et 5 pour les ergothérapeutes) s'intéresse notamment à la population (âge et pathologies/troubles) suivie par le répondant, aux professionnels rencontrés en pratique, à la volonté d'avoir une nomenclature des actes pour les ergothérapeutes.

La partie III « L'orthophoniste/L'ergothérapeute » (12 questions) questionne le répondant sur la PP (formation, patientèle, etc.) : quelle est sa représentation de celle-ci ?

La partie IV « Relations interprofessionnelles » (25 questions) s'intéresse à cette collaboration orthophoniste-ergothérapeute dans la pratique quotidienne (relations, difficultés, etc.) : comment se matérialise-t-elle, comment est-elle appréhendée ?

La partie V « Eventuels recouvrements entre les orthophonistes et les ergothérapeutes » (9 questions) interroge sur les possibles chevauchements en pratique, leurs conséquences et leur vécu.

La partie VI « Appartenance à un réseau professionnel » (4 questions) renseigne sur un engagement ou non à un réseau de professionnels : le praticien recherche-t-il, en dehors de sa pratique clinique, un travail en pluridisciplinarité ?

Il y a donc 67 questions pour les orthophonistes et 69 pour les ergothérapeutes. Le nombre de questions est variable en fonction des réponses apportées (questions-filtres). A la fin du questionnaire, les participants sont invités à ajouter librement des commentaires sur le questionnaire, sur leur pratique ou autre (Berthier, 2010).

3.2. Le pré-test auprès de professionnelles

Dans un second temps, une première version a été soumise à un petit échantillon de professionnelles des Hauts-de-France au cours d'une rencontre qui a duré en moyenne 35-40 minutes et qui était enregistrée (audio) avec consentement écrit. Les professionnelles ont été recrutées grâce au réseau constitué au fil de mes stages : une orthophoniste exerçant en libéral, une orthophoniste exerçant en salariat, une ergothérapeute exerçant en libéral et en salariat (interrogée en particulier pour sa pratique en libéral), deux ergothérapeutes exerçant en salariat. Un premier biais est retrouvé ici : j'ai demandé à l'ergothérapeute ayant une pratique mixte de répondre en fonction de sa pratique libérale, or, dans la version finale du questionnaire, je ne donne pas la possibilité aux répondants de « choisir » en fonction de quel mode d'exercice répondre : les réponses peuvent être différentes en fonction de celui-ci.

Ce prétest a permis de vérifier un certain nombre d'éléments (Javeau, 1990 ; Berthier, 2010) : un lexique compréhensible et non ambigu ; la succession logique et cohérente des questions ; la longueur ; l'éventuel besoin de séquencer des questions, etc. De cette façon, les questionnaires ont été modifiés et enrichis en fonction des retours des professionnelles. Nous allons voir quelles modifications ont été opérées.

3.3. Les modifications suite aux entretiens

Plusieurs types de modifications ont été effectués suite aux entretiens, tels que des précisions, des reformulations, des ajouts et des suppressions de questions, des modifications dans les propositions de réponses, des changements de modalité de réponse (ex. : question à choix unique transformée en question à choix multiples). Des exemples concrets sont présents en Annexe 5, p.A10.

3.4. La diffusion des questionnaires

Les questionnaires ont été créés avec Google Forms afin de faciliter la diffusion en ligne. Les liens des questionnaires étaient tous deux insérés dans une lettre d'information (Annexe 3, p.A2) expliquant notamment le thème du mémoire, les modalités de remplissage (durée, délai), la possibilité d'obtenir les résultats de l'étude (Berthier, 2010). Cette lettre a ensuite été transmise par e-mail aux syndicats régionaux des orthophonistes, aux délégations territoriales des ergothérapeutes, à mes maîtres de stages ; par post Facebook sur le mur de la promotion 2018 des étudiants en orthophonie de Lille (transmission aux maîtres de stages) et sur d'autres groupes de partage (d'orthophonistes et d'ergothérapeutes). La diffusion a été lancée le 8 décembre 2017, les questionnaires étaient en ligne jusqu'au 21 janvier 2018. Un e-mail de rappel aux syndicats régionaux et aux délégations territoriales a été envoyé le 1^{er} janvier 2018.

4. Méthode d'analyse des réponses

Grâce à Google Forms, les réponses de chaque participant ont été reportées automatiquement dans un tableau Excel. Les résultats ont été analysés selon une approche descriptive : les questions fermées étaient analysées de façon quantitative et les réponses aux questions ouvertes étaient analysées en fonction des principaux thèmes abordés (les pourcentages sont calculés en fonction du nombre de répondants par thème récurrent) ; les questions semi-ouvertes en combinant ces deux méthodes (quantitative et qualitative).

Certaines questions (fermées, semi-ouvertes ou ouvertes) portant sur la connaissance de la PP ont amené à une quantification des réponses par l'attribution de scores. Les scores additionnés (de ces différentes questions) ont donné un score total « connaissances de la profession partenaire » par participant. La moyenne des scores des participants a ensuite été calculée pour avoir un score moyen « connaissances de la profession partenaire » par profession. Cette quantification est expliquée dans les Résultats pour une meilleure compréhension.

De plus, certaines questions proposées correspondaient à des questions contrôles subsidiaires, c'est-à-dire que les réponses apportaient des précisions mais n'étaient pas directement liées à nos hypothèses de travail. Les réponses sont détaillées en Annexe 6, p.A11.

Résultats

1. Présentation des participants⁵

1.1. Généralités

Le nombre de réponses obtenues est de 361 pour les orthophonistes et de 152 pour les ergothérapeutes. Chez les premiers, nous retrouvons 2,2% d'hommes et 97,8% de femmes tandis que chez les seconds, nous avons 5,3% d'hommes et 94,7% de femmes. Les orthophonistes exercent essentiellement en libéral (68,4%) tandis que les ergothérapeutes exercent majoritairement en milieu salarié (73,7%) (notamment en raison de l'absence de nomenclature) (Figure 1., Annexe 7, p.A11). Au 1^{er} janvier 2016, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES, data.drees.sante.gouv.fr) recensait, en France métropolitaine, 24 699 orthophonistes (81% en milieu libéral ou mixte et 19% en milieu salarié). Au 1^{er} janvier 2017, la DREES recensait 10 946 ergothérapeutes (10,9% en libéral ou mixte et 89,1% en salariat). Toutes les régions sont représentées par au moins une réponse sauf la Corse pour les orthophonistes. L'année d'obtention du diplôme varie de 1973 à 2016 pour les premiers et de 1978 à 2017 pour les seconds.

1.2. Mode d'exercice

Chez les professionnels exerçant en milieu salarié, les secteurs d'activité sont divers : services hospitaliers (ex. : Médecine Physique et de Réadaptation), structures spécialisées (ex. : Institut Médico-Educatif). Chez les ergothérapeutes, 11,4% exercent dans d'autres types de lieux tels que la Maison Départementale de l'Autonomie.

Chez les professionnels exerçant en milieu libéral, 32% des orthophonistes et 45% des ergothérapeutes évoluent seuls tandis que la majorité (68% et 55%) exercent en cabinet pluriprofessionnel. Ainsi, chez les premiers, les professionnels les plus fréquemment cités sont les orthophonistes (51,5%), les médecins généralistes et spécialistes (36,1%). Peu d'orthophonistes (3,5%) évoluent dans le même cabinet que des ergothérapeutes. Chez ces derniers, nous retrouvons surtout les orthophonistes (30%), les psychologues, les kinésithérapeutes et les ostéopathes (20% pour chacune de ces professions). Cette différence peut être liée au fait qu'il y a beaucoup d'orthophonistes en libéral.

1.3. Population suivie

L'orthophonie et l'ergothérapie ont des points communs au niveau de la population à laquelle elles s'adressent : tous les âges de la vie sont concernés et tous les troubles/pathologies sont cités (pour plus de détails, voir le questionnaire, Annexe 4, p.A2, les Figures 2. et 3., Annexe 7, p.A12). Des ajouts ont été apportés (6,6% et 8%) tels que les retards simples de parole et de langage, les troubles de la fluence chez les orthophonistes et les pathologies et troubles psychiatriques, la dyspraxie chez les ergothérapeutes.

⁵ Un code couleur est appliqué pour une meilleure lisibilité : vert pour les réponses des orthophonistes et bleu pour les réponses des ergothérapeutes (ex. : x% et y%).

1.4. Problématique de la nomenclature chez les ergothérapeutes

La majorité des ergothérapeutes (79,6%) se prononce en faveur de la création d'une nomenclature des actes professionnels permettant un remboursement par la Sécurité sociale des soins ergothérapeutiques en libéral (accès facilité et démocratisé des soins en libéral et par là même le développement de la profession en libéral, amélioration des connaissances des pratiques professionnelles et des champs d'intervention, reconnaissance de la profession). Une minorité (9,9%) est partagée et 10,5% sont contre (problématique de la tarification libre des actes, des contraintes administratives éventuelles occasionnées par le remboursement). En outre, 11 ergothérapeutes ont répondu négativement car, du fait de leur exercice en salariat, ils ne se sont pas sentis concernés par la question (« *Non concerné* »). Comme nous le verrons plus tard, l'absence de nomenclature est un frein à la prise en soins des patients (pas ou peu d'orientation vers un ergothérapeute, du fait du manque de professionnels à proximité ou du coût des soins par exemple).

2. Connaissances de la profession partenaire

2.1. Connaissances et recherches sur la profession partenaire

La plupart des professionnels (76,2% et 51,3%) estime connaître un peu la PP ; 16,1% et 42,8% estiment bien la connaître ; 3% et 4,6% estiment la connaître très bien ; 4,7% et 1,3% considèrent qu'ils ne la connaissent pas du tout. Par ailleurs, certains professionnels (19,1% et 30,9%) ont déjà fait des recherches sur la PP. Celles-ci concernent :

- La PP en général (champs de compétences, possibilité de complémentarité) en vue de mieux conseiller et orienter les patients. Les orthophonistes veulent notamment préciser la différence avec la psychomotricité et s'informer du remboursement des soins ; les ergothérapeutes insistent sur la volonté de collaborer et sur la connaissance des compétences communes aux deux professions ;
- Des informations spécifiques pour les besoins d'un patient (30% et 35%) ;
- Des recherches personnelles (ex. : reconversion professionnelle).

La majorité des professionnels (85,3% et 80,9%) souhaite en savoir davantage, notamment en ce qui concerne les aménagements proposés au patient et les missions de la PP. En effet, de façon générale, ils veulent mieux la connaître (champs de compétences, compétences partagées, différences avec la psychomotricité pour les orthophonistes) (14,2% et 28,5%), mieux orienter et informer leurs patients (40,2% et 21,1%). On retrouve aussi la volonté d'échanger et de travailler en pluridisciplinarité (28,6% et 41,5%), d'améliorer le suivi du patient (10,8% et 8,9%). Les orthophonistes ajoutent l'envie d'enrichir leur culture personnelle et professionnelle (6,2%). Les professionnels qui ne désirent pas en savoir plus expliquent qu'ils ont des contacts avec les professionnels partenaires (ci-après ProP) sur leur lieu d'exercice (60% et 53,3%) ou qu'ils considèrent leurs connaissances suffisantes (31,1% et 26,7%). Chez les orthophonistes, le manque de contact avec un ergothérapeute est aussi une raison de ne pas chercher à en savoir plus (8,9%). Les contacts personnels (amis, famille) avec des orthophonistes est également un des arguments principaux des ergothérapeutes (20%).

2.2. Formation initiale et formations continues

De façon générale, 34,6% des orthophonistes et 47,4% des ergothérapeutes ont eu des informations sur la PP durant leur formation initiale ; 6,9% des orthophonistes ont eu des cours dispensés par des ergothérapeutes et 13,8% des ergothérapeutes ont eu des cours dispensés par des orthophonistes. Les thèmes communs regroupent surtout les troubles des apprentissages, les troubles cognitifs, les adaptations et aides techniques, la communication alternative, le développement de l'enfant et la présentation générale de la profession (un cours dans chaque formation).

Parmi les orthophonistes, 20,8% ont suivi des formations dans lesquelles des ergothérapeutes sont intervenus et 27,4% ont suivi des formations auxquelles des ergothérapeutes ont participé. Chez les ergothérapeutes, 30,3% ont suivi des formations dans lesquelles des orthophonistes sont intervenus et 48,7% ont suivi des formations auxquelles des orthophonistes ont participé. Les principaux thèmes (communs aux deux professions) correspondent aux pathologies et troubles pris en soins (troubles des apprentissages, de la déglutition et de l'oralité, troubles cognitifs, pathologies neurodégénératives, autisme, etc.), aux adaptations (outils informatiques, communication augmentative et alternative, etc.) et au domaine de la neuropsychologie en général. Les formations continues peuvent être internes à l'établissement (en salariat) ou externes. Elle peuvent être proposées par des associations et également prendre la forme de Diplômes (Inter-)Universitaires ou de congrès.

Nous avons donc décidé de calculer un score « formation(s) » pour chaque participant de chaque profession. Il correspond à la somme des réponses positives (« oui ») aux quatre questions suivantes, soit un total sur quatre :

- Durant votre formation initiale, avez-vous bénéficié de cours dispensés par des orthophonistes/ergothérapeutes⁶ ?
- Avez-vous eu des informations sur l'orthophonie/l'ergothérapie au cours de votre formation initiale ?
- Avez-vous fait une autre/d'autres formation(s) au cours de laquelle/lesquelles des orthophonistes/ergothérapeutes sont intervenus ?
- Avez-vous déjà fait une/des formation(s) à laquelle/lesquelles participaient également des orthophonistes/ergothérapeutes ?

La moyenne des scores de chaque participant a ensuite été calculée : elle est de 0,9/4 pour les orthophonistes et de 1,5/4 pour les ergothérapeutes. Nous observons que les ergothérapeutes participent davantage à des formations conjointes avec des orthophonistes et semblent avoir eu davantage d'informations sur l'orthophonie pendant leur formation initiale que l'inverse.

2.3. Informations sur la profession partenaire

2.3.1. Durée des études de la profession partenaire

Un point est attribué à la réponse correcte soit 5 ans d'études pour les orthophonistes et 3 ans pour les ergothérapeutes. Le score moyen « durée des études de la profession

6 En bleu, questions à destination des ergothérapeutes ; en vert à destination des orthophonistes.

partenaire » chez les orthophonistes est de 0,5/1 (bonne réponse dans 50% des cas) tandis que le score moyen chez les ergothérapeutes est de 0,6/1 (bonne réponse dans 60% des cas). Par ailleurs, 35,5% des orthophonistes et 7,2% des ergothérapeutes ont choisi l'option « Je ne sais pas ». Les ergothérapeutes semblent mieux informés sur la durée des études d'orthophonie que l'inverse, la bonne réponse apparaît plus souvent que chez les orthophonistes.

2.3.2. Définition de la profession partenaire

La question « Pour vous, que fait l'orthophoniste/l'ergothérapeute ? » a fait l'objet d'une analyse particulière. Pour les réponses des orthophonistes, en fonction des éléments cités, la cotation de chaque définition se fait selon la grille suivante (total /4) :

- Mention d'action(s) sur le patient (ex. : rééducation de la cognition, de la motricité fine, du graphisme, etc.) = 1 point au total ;
- Mention d'action(s) sur l'environnement (ex. : les outils de type ordinateur, les adaptations de type orthèses, l'installation, etc.) = 1 point au total ;
- Si l'information donnée est générale, soit simple et courte (ex. : « Elle adapte. ») = 1 point surajouté tandis que si l'information donnée est spécifique, soit détaillée et complexe (ex. : « Elle s'occupe de l'aménagement du domicile et du véhicule. Elle intervient sur les installations du quotidien : fauteuil roulant, installation en classe, lit médicalisé, lit douche. Au niveau scolaire, elle propose des outils de compensation : ordinateur (accompagnement à la maîtrise de l'outil informatique et choix du matériel (taille de l'écran /souris scan'/joystick/commande oculaire)) et petit matériel (ciseaux, antidérapant, outils de géométrie aimantés). Elle prend en charge les rééducations motrices du membre supérieur ainsi que les troubles visuo-spatiaux. ») = 2 points surajoutés.

Ex. : « Adaptation du matériel » (action sur l'environnement + information générale) = 2/4.

De la même façon, pour les ergothérapeutes répondants, la cotation se fait selon la grille suivante (total /7) :

- Mention de la communication = 1 point au total ;
- Mention du langage (langage oral, langage écrit ; incluant les troubles des apprentissages et l'aphasie) = 1 point au total ;
- Mention de la déglutition/de l'oralité = 1 point au total ;
- Mention des fonctions cognitives (attention, mémoire, fonctions exécutives, etc.) = 1 point au total ;
- Mention d'autre(s) élément(s) (voix, graphisme, cognition mathématique, motricité bucco-faciale) = 1 point au total ;
- Si l'information donnée est générale, soit simple et courte (ex. : « Rééducation. ») = 1 point surajouté tandis que si l'information donnée est spécifique, soit détaillée et complexe (ex. : « Travail autour des troubles du langage oral et écrit (problème d'acquisition chez les jeunes ou handicap acquis), troubles de l'articulation ou de la voix, troubles de la déglutition, travail autour des troubles neuropsychologiques. Trouver des moyens palliatifs à la communication verbale. Stimulation de la sensibilité de la sphère buccale. Travail avec population enfants/adultes/personnes âgées. Lien avec le médecin scolaire/enseignant/... ») = 2 points surajoutés.

Ex. : « Travail sur le langage oral et écrit » (langage + information générale) = 2/7.

Le score moyen « définition de la profession partenaire » chez les orthophonistes est de 2,5/4 et de 4,2/7 chez les ergothérapeutes. Pour avoir une équivalence, le score est transformé en pourcentages soit 62,5% et 60% de précision en moyenne. Nous pourrions conclure que les orthophonistes ont une meilleure connaissance de la PP que les ergothérapeutes mais une analyse de la répartition des réponses (Figures 4. et 5., Annexe 7, p.A13) montre que les réponses des orthophonistes sont davantage situées autour de la moyenne tandis que celles des ergothérapeutes sont plutôt situées au-dessus. Les ergothérapeutes auraient donc une connaissance plus précise de l'orthophonie que l'inverse.

2.3.3. Patientèle suivie par la profession partenaire

Un point est attribué par réponse cochée parmi 7 items (et une option « Je ne sais pas »). Le score moyen « patientèle suivie par la profession partenaire » chez les orthophonistes est de 5,7/7 et chez les ergothérapeutes de 6,1/7. Quelques professionnels n'ont pas su répondre (6,1% et 0,7%). A nouveau, les ergothérapeutes semblent davantage informés sur la patientèle suivie par les orthophonistes que l'inverse.

2.3.4. Pathologies et troubles traités par la profession partenaire

Un point est attribué par réponse cochée parmi 14 items (et les options « Je ne sais pas » et « Autre » pour les éventuels ajouts.) Chez les orthophonistes, le score moyen « pathologies et troubles traités par la profession partenaire » est de 6,6/14 tandis que celui des ergothérapeutes est de 11,9/14. Quelques orthophonistes (4,7%) n'ont pas su répondre. La même conclusion que précédemment s'applique ici.

2.3.5. Données socio-législatives de la profession partenaire

Un score est calculé à partir des bonnes réponses données aux trois questions suivantes :

- Chez les orthophonistes/ergothérapeutes, il y a une nomenclature des actes ? (oui/non)
- Chez les orthophonistes/ergothérapeutes, il y a nécessité d'une prescription médicale ? (oui/oui)
- Chez les orthophonistes/ergothérapeutes, il y a un remboursement par la Sécurité sociale ? (oui/non)

Le score moyen « données socio-législatives » chez les orthophonistes est de 1,3/3 tandis que celui des ergothérapeutes est de 2,6/3. Les ergothérapeutes connaissent mieux les aspects socio-législatifs de l'orthophonie que l'inverse.

2.3.6. Synthèse

A partir de ces sous-scores : « formation(s) », « durée des études de la profession partenaire », « définition de la profession partenaire », « patientèle suivie par la profession partenaire », « pathologies et troubles traités par la profession partenaire » et « données socio-législatives de la profession partenaire » est calculé un score global « connaissances de la profession partenaire » sur 29 pour les orthophonistes et sur 32 pour les ergothérapeutes. Afin d'avoir une vision équivalente, les scores sont à nouveau transformés en pourcentages. La moyenne de tous les scores « connaissances de la profession partenaire » est de 16,6/29 pour les orthophonistes et de 25,5/32 pour les ergothérapeutes, soit 57,2% et 79,7% de précision en

moyenne. Les ergothérapeutes ont effectivement une représentation plus précise de l'orthophonie que les orthophonistes de l'ergothérapie.

3. Relations professionnelles

3.1. Des partenaires de travail

Les orthophonistes et les ergothérapeutes travaillent avec différents professionnels, nous indiquerons les trois plus fréquemment cités. Les psychomotriciens sont mentionnés par 47,4% d'orthophonistes, les psychologues par 46,8%, les médecins généralistes et spécialistes par 37,1%. Les ergothérapeutes apparaissent en onzième position (cités par 5,3%). Dans 18,8% des cas, l'ergothérapeute est cité au-delà de la 3^{ème} position. D'autre part, les kinésithérapeutes sont cités par 47,4% d'ergothérapeutes, les orthophonistes par 41,4% et les médecins généralistes et spécialistes par 26,3%. Les ergothérapeutes semblent avoir davantage d'opportunités de relations professionnelles avec des orthophonistes que l'inverse.

3.2. Les suivis du patient

La question des autres suivis du patient est abordée lors de l'anamnèse par 65,4% des orthophonistes et par 77% des ergothérapeutes mais sans forcément spécifier lesquels. Elle a surtout pour but de connaître les autres prises en soins du patient (47% et 25,4%), d'entreprendre éventuellement une collaboration pluridisciplinaire dans un souci de coordination des soins (20% et 34,1%), d'échanger avec le ProP si besoin (10% et 21,7%). Elle peut être posée en fonction de la pathologie (9,2% et 18,8%) et pour les orthophonistes, elle sert à connaître les aménagements et adaptations mis/à mettre en place (6,5%) ou à orienter si nécessaire (7,3%).

Dans le cas où la question n'est pas posée, les professionnels le justifient par le fait que, en salariat, les autres suivis sont systématiquement connus (19,3% et 81,5%) ; 37,6% des orthophonistes n'y pensent pas systématiquement. Pour 6,4% des orthophonistes et 18,5% des ergothérapeutes, la question ne se pose pas en raison du manque de professionnels à proximité. Les orthophonistes ajoutent que le suivi peut être évoqué spontanément par le patient (15,6%), que la prise en soins ergothérapique est peu fréquente en libéral (14,7%). Certains mentionnent aussi leur méconnaissance de la profession (6,4%).

La majorité des professionnels a déjà orienté un ou des patients vers le ProP (67,3% et 78,9%) pour des demandes d'évaluation et de suivi (toutes pathologies confondues) et/ou la mise en place de moyens d'adaptation. Les orthophonistes ajoutent qu'il leur arrive d'orienter leur patient pour un aménagement du domicile. Les principales raisons pour une non-orientation vers le ProP sont les suivantes : patient déjà orienté (31,4% et 59,4%), manque de professionnels à proximité (17,8% et 9,4%), aucun patient concerné (22% et 12,5%), méconnaissance d'un ProP (31,4 et 6,3%). Des réponses ont été ajoutées (« Autre ») : l'orientation par le médecin en structure (9,3% et 34,4%) et non par l'orthophoniste ou l'ergothérapeute. Les orthophonistes ont aussi mentionné la méconnaissance de la profession (10,2%) ainsi que l'absence de remboursement des soins (8,5%) comme un frein à l'orientation du patient.

3.3. Contacts professionnels

3.3.1. Généralités

De façon globale, les professionnels interrogés ont des contacts avec le ProP, les ergothérapeutes plus que les orthophonistes (59,8% et 78,3%). Les orthophonistes salariés sont davantage en contact par rapport aux professionnels exerçant de façon mixte ou libérale (les interactions régulières en structure et la faible proportion d'ergothérapeutes libéraux peuvent expliquer ces chiffres). C'est l'inverse pour les ergothérapeutes : tous les professionnels libéraux et la majorité en exercice mixte sont en contact avec des orthophonistes (voir Figure 6., Annexe 7, p.A13). Les ergothérapeutes semblent davantage dans une dynamique de mise en relation : est-ce lié à leurs représentations précises de la PP ?

Evoquons maintenant la fréquence de ces contacts. La majorité des orthophonistes (49,1%) est en contact avec le ProP à raison d'une à plusieurs fois par an alors que chez les ergothérapeutes, la fréquence majeure oscille entre une à plusieurs fois par semaine (24,4%) et une à plusieurs fois par mois (22,7%). Les ergothérapeutes sont plus fréquemment en contact avec des orthophonistes que l'inverse. De plus, les professionnels ayant des contacts fréquents (une à plusieurs fois par jour/semaine/mois) travaillent surtout en milieu salarié ou mixte (illustration avec la Figure 7., Annexe 7, p.A14). La différence est plus marquée chez les orthophonistes. Pour résumer, chez les orthophonistes, l'exercice en salariat favorise l'existence de contacts et notamment des contacts fréquents (en lien avec la participation à des réunions de synthèse par exemple). Chez les ergothérapeutes, l'exercice libéral et mixte semblent favoriser l'existence de contacts et ceux-ci sont plus fréquents dans le cadre de l'exercice mixte (prudence dans l'interprétation car on ne sait pas si le participant a répondu en fonction de son statut libéral ou salarié). Par contre, il n'y a pas de différence majeure dans la fréquence des contacts entre l'exercice libéral et l'exercice salarié.

Les principaux motifs de prise de contact sont la demande d'informations sur un patient et sur son suivi (91,2% et 93,3%) et la demande d'informations sur une pathologie (12,4% et 12,6%). Les ergothérapeutes contactent aussi les orthophonistes pour leur proposer une rencontre (18,5%).

3.3.2. Réalisation de séances de rééducation communes

Certains orthophonistes et certains ergothérapeutes (12,9% et 27,7%) réalisent des séances de rééducation conjointement. Ces séances concernent les différents troubles et pathologies pris en soins par ces professionnels (pathologies neurologiques acquises, neurodégénératives, troubles neurodéveloppementaux, troubles des apprentissages, de la déglutition, etc.). Les objectifs sont également multiples : mise en place d'aides techniques (communication alternative et augmentative, ordinateur, aides au repas...), mises en situation, stimulation. Parmi les professionnels effectuant des séances communes, la plupart exerce en salariat (71,4% et 78,8%) ou de façon mixte (17,9% et 15,2%). Une minorité exerce en libéral (10,7% et 6%). L'exercice en salariat favorise la réalisation de séances communes.

3.3.3. Regard porté sur ces relations professionnelles

Parmi les professionnels en contact avec un ProP, des difficultés ont été rencontrées par 6,9% des orthophonistes et 16,8% des ergothérapeutes. Celles-ci reposent principalement sur la problématique des champs de compétences et de leurs limites, dans le domaine du langage et des fonctions cognitives par exemple (75% et 28,6%) et sur la communication professionnelle notamment la disponibilité et la considération de l'autre (25% et 71,4%).

La satisfaction concernant ces relations est très variable : 30,9% et 37% sont très satisfaits ; 60,2% et 54,6% sont plutôt satisfaits, 8,8% et 7,6% ne sont plutôt pas satisfaits et 0,8% des ergothérapeutes ne sont pas satisfaits du tout. Les principaux arguments en faveur d'une vision positive (très/plutôt satisfait) sont les suivants : la richesse des échanges et une bonne entente (56,7% et 51%), la complémentarité du travail (26,7% et 20,7%), l'amélioration de la prise en soins du patient (10% et 9,4%). Quelques professionnels nuancent et évoquent le manque de disponibilité du ProP (planning chargé) et le fait que la qualité de la relation dépend de la personnalité de celui-ci (6,7% et 18,9%). Une vision négative (plutôt pas satisfait, pas satisfait du tout) est surtout justifiée par des relations insuffisantes (53,3% et 60%). Les orthophonistes ajoutent leur propre manque de disponibilité (33,3%), les différences de points de vue, la méconnaissance de la profession (13,3%) tandis que les ergothérapeutes (40%) mentionnent la mauvaise qualité de la relation (absence de confiance, manque d'investissement). Les professionnels non satisfaits proposent des moyens concrets pour améliorer ces relations comme par exemple l'aménagement de temps d'échanges, la présentation systématique du professionnel aux autres praticiens (installation dans le secteur, patient commun). Les orthophonistes ajoutent l'amélioration des formations initiales respectives et le remboursement des soins ergothérapeutiques. En effet, mieux connaître la PP et les indications permettrait davantage d'orientations de patients vers celle-ci et donc plus de liens entre les deux professionnels.

Selon les répondants, la coordination, la complémentarité et la collaboration pluridisciplinaire ainsi que l'amélioration de la prise en soins du patient sont les principaux avantages de ces relations professionnelles.

4. Eventuels changements à apporter dans la formation initiale et/ou dans l'exercice professionnel

Concernant les relations entre l'ergothérapeute et l'orthophoniste, 80,6% des orthophonistes et 69,1% des ergothérapeutes sont en faveur de changements dans la formation initiale et/ou dans l'exercice des professions. Parmi eux, 73,5% et 62,9% souhaitent avoir des informations détaillées afin de mieux connaître la PP (champs de compétences, compétences partagées, partenariats, rôle, etc.) et sur les autres PP (notamment sur la psychomotricité pour les orthophonistes). Des orthophonistes font des propositions concernant l'évolution de l'exercice professionnel telles que le remboursement des soins ergothérapeutiques, un AMO pour les réunions, des fiches de postes détaillées, des rencontres avec des ergothérapeutes, des pratiques conjointes, davantage d'échanges... De leur côté, des ergothérapeutes aimeraient également plus d'échanges et de collaboration, une connaissance mutuelle des décrets d'actes.

Les orthophonistes et les ergothérapeutes proposent, pour la formation initiale, des cours (communs, donnés par un ProP) avec des exemples concrets de partenariat, des travaux conjoints entre étudiants, des stages interprofessionnels.

Parmi les professionnels qui ne souhaitent pas de changements, 45% des ergothérapeutes expliquent que les relations professionnelles dépendent du professionnel et non de la formation. Les orthophonistes et les ergothérapeutes justifient leurs réponses par une méconnaissance du contenu actuel de la formation initiale (50% et 35%) et un apprentissage sur le terrain (plutôt qu'une approche théorique en formation initiale) (15,4% et 20%). Les orthophonistes ajoutent avoir une formation et des connaissances satisfaisantes (23,1%) et la réalisation de recherches spécifiques après la formation (11,5%). Cette dernière question a semblé problématique pour 28,6% d'orthophonistes et 31,9% d'ergothérapeutes (non-réponses, « *Pas d'avis* », « *Je ne sais pas* »).

5. Appartenance à un réseau interprofessionnel

La question relative à l'appartenance à un réseau interprofessionnel a également posé problème : nous recherchions des noms de réseaux formels (ex. : TC AVC) dans lesquels évoluent des orthophonistes et des ergothérapeutes. Nous en avons obtenus quelques uns, comme par exemples Pluradys, Neurodev (76% et 76,9%) mais nous avons aussi recueilli des réponses moins précises telles que « *Périnatalité* », « *Autisme* », etc. (24% et 23,1%). Cette question est donc difficilement interprétable.

Les trois principaux arguments de l'engagement dans un réseau interprofessionnel sont : la volonté d'un travail pluridisciplinaire (58,1% et 55%), l'amélioration du suivi du patient (22,6% et 30%) ainsi que le souhait d'approfondir et de mettre à jour ses connaissances (19,3% et 15%). A l'inverse, les principales raisons évoquées pour expliquer la non-implication dans un réseau interprofessionnel sont les suivantes : l'absence d'occasion et de proposition (41,9% et 33,8%), un réseau absent du secteur ou inconnu du répondant (40,3% et 33,8%), le manque de temps (17,8% et 32,3%). De plus, 13,4% des orthophonistes et 24,4% des ergothérapeutes ont répondu ne pas savoir, ne pas être concernés ou n'ont pas répondu.

6. Chevauchements entre les professions

6.1. Généralités

Des chevauchements entre les deux professions sont perçus par 62,3% des orthophonistes et 81,6% des ergothérapeutes. Ils sont davantage constatés en libéral pour les orthophonistes et en salariat pour les ergothérapeutes (Figure 8., Annexe 7, p.A14). Nous pouvons à nouveau supposer que ces résultats sont en lien avec la prédominance de l'exercice libéral pour les orthophonistes et de l'exercice salarié pour les ergothérapeutes.

Ces chevauchements se situent aux niveaux :

- Des pathologies/troubles traités : la dysgraphie, les fonctions cognitives et la dyslexie-dysorthographe sont les plus citées par les orthophonistes ; les fonctions cognitives, la dysgraphie et la dysphagie sont les plus citées par les ergothérapeutes ;

- Des adaptations et aménagements : la prise en main de l'ordinateur et la mise en place d'un code de communication sont les plus cités ;
- Du matériel (bilans et supports de rééducation).

Les professionnels qui ne perçoivent pas de chevauchements expliquent surtout que ce sont deux professions différentes avec des missions, des objectifs et des outils différents (59,6% et 70,8%). D'autres ajoutent que ce sont deux professions qui se complètent et non qui se chevauchent (40,4% et 29,2%). Certains professionnels (12,5% et 3,6%) n'ont pu apporter de justification à leur réponse (« *Je ne sais pas* », non-réponse).

6.2. Regard porté sur ces chevauchements

Ces chevauchements sont perçus de façon positive (très/plutôt positifs) par 83,1% des orthophonistes et 83,9% des ergothérapeutes car ils permettent une meilleure complémentarité pour une prise en soins plus efficace (93,7% et 97%). Certains nuancent leurs propos (6,3% et 3%) en expliquant qu'il faut « *éviter les doublons* », éviter d'« *empiéter sur le travail de l'autre* ». Les orthophonistes ajoutent que parfois le travail de l'ergothérapeute leur semble inadapté (dans le domaine de la communication notamment). Par ailleurs, l'importance des échanges est soulignée par 8,8% d'orthophonistes et 5,6% d'ergothérapeutes. Certains professionnels (4,4% et 2,4%) n'ont su répondre (« *Pas d'avis* », « *Je ne sais pas* », non-réponse). La perception négative des chevauchements est minoritaire (17,3% et 16,1%). Les principaux arguments sont : le risque de confusion entre les deux professions par les autres professionnels, les patients et leurs familles (43,3% et 57,1%) ; le risque de redondance et de manque (effet retest par exemple) (23,3% et 42,9%). Certains orthophonistes évoquent à nouveau le travail du langage par les ergothérapeutes qui leur semble inadapté (16,7%) et 16,7% ajoutent que les ergothérapeutes ne leur semblent pas suffisamment formés (dans ce même domaine).

6.3. Chevauchements et situations professionnelles problématiques

Ces recouvrements ont entraîné des situations problématiques chez quelques professionnels (10,2% et 17,8%). Ces situations sont liées à la méconnaissance de la PP (10% et 30,8%), aux différences (de points de vue, d'objectifs, d'approches) dans le suivi (20% et 23,1%). Les orthophonistes mentionnent d'une part l'utilisation du même matériel (20%) et d'autre part le travail de l'ergothérapeute qui leur paraît parfois inadapté (50%). Les ergothérapeutes évoquent les difficultés de communication (manque de temps) avec les orthophonistes (23,1%) et le fait que leur travail est jugé inadapté par ces derniers (23,1%).

Dans ces conditions, plusieurs conséquences sont décrites. Parmi les plus citées, nous retrouvons l'effet négatif sur le patient et sur son suivi (découragement, mise en échec, etc.) (48,1% et 26,9%), les difficultés dans les relations professionnelles (tensions, besoin de rendre compte à l'équipe) (7,4% et 30,8%) et l'incompréhension du patient et de son entourage (14,8% et 7,7%). Les orthophonistes ajoutent le risque de redondance (29,6%) ; les ergothérapeutes les difficultés de collaboration et de communication (15,4%), le manque de cohérence (11,5%) et l'arrêt du suivi (7,7%). Pour essayer de résoudre ces situations, les principales solutions envisagées reposent sur des échanges ou des tentatives d'échanges avec

les professionnels (70% et 72,2%), des échanges avec le patient et sa famille (10% et 16,7%), le recours au médecin/cadre de santé (6,7% et 11,1%). 6,7% des orthophonistes mentionnent qu'aucune remédiation n'est proposée et 6,7% expliquent qu'ils modifient leur prise en soins.

Les professionnels qui n'ont pas vécu de situation problématique le justifient par une communication riche et une bonne entente (38% et 48,5%), un travail en complémentarité (28,2% et 27,3%), un manque de contacts avec le ProP (33,8% et 24,2%). Plusieurs répondants (33% et 45,6%) n'avaient pas d'explication à donner (ex. : « Non concerné », etc.).

7. Analyses liées aux hypothèses

Tout d'abord, rappelons les hypothèses :

H1 : Plus les représentations sont précises,

a) plus les professionnels sont en contact ;

b) moins il existe de chevauchements ou, s'ils existent, ils sont perçus de façon majoritairement positive.

H2 : Ces représentations sont façonnées par deux éléments :

a) la formation initiale et/ou continue (plus les professionnels sont formés à cette pluridisciplinarité, plus les représentations sont précises) ;

b) les contacts (plus les contacts sont fréquents, plus les représentations sont précises). Par ailleurs, l'exercice en salariat favorise des contacts fréquents.

Revenons au score « connaissances de la profession partenaire » (rappelons que le score moyen des ergothérapeutes est plus élevé que celui des orthophonistes). Ce score a fait l'objet de plusieurs analyses (avec des tableaux de contingence réalisés avec Excel) en fonction d'autres paramètres que nous allons maintenant développer (puis discuter dans la Discussion).

7.1. Score « connaissances de la profession partenaire » et mode d'exercice

Tout d'abord, les ergothérapeutes semblent avoir une représentation plus précise de l'orthophonie que les orthophonistes sur l'ergothérapie et ce quel que soit le mode d'exercice (Figure 9.). Chez les orthophonistes, le score moyen apparaît un peu plus élevé en milieu salarié ou mixte. Le mode d'exercice ne semble pas avoir une influence majeure sur la constitution de représentations fines de la PP dans les deux professions.

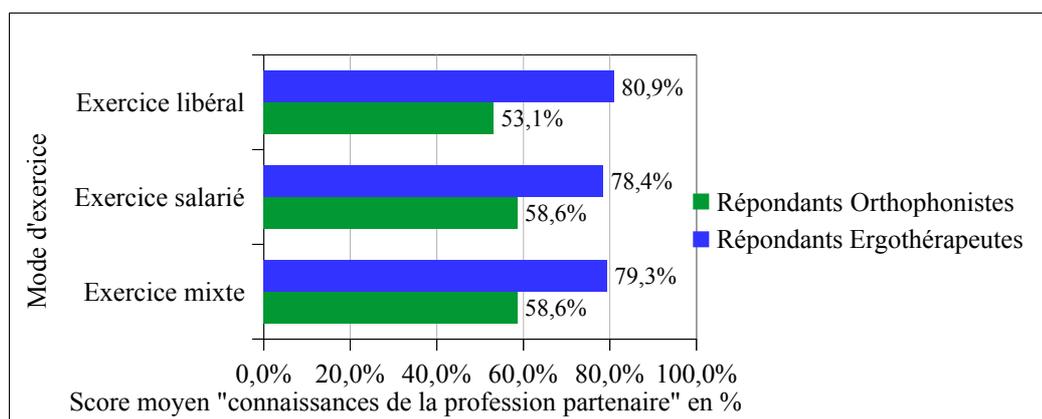


Figure 9. Score moyen « connaissances de la profession partenaire » des orthophonistes et des ergothérapeutes (en %) en fonction du mode d'exercice.

7.2. Score « connaissances de la profession partenaire » et contacts

Pour les deux professions, les représentations de la PP sont plus précises lorsque les professionnels sont en contact comme nous pouvons le voir avec la Figure 10.

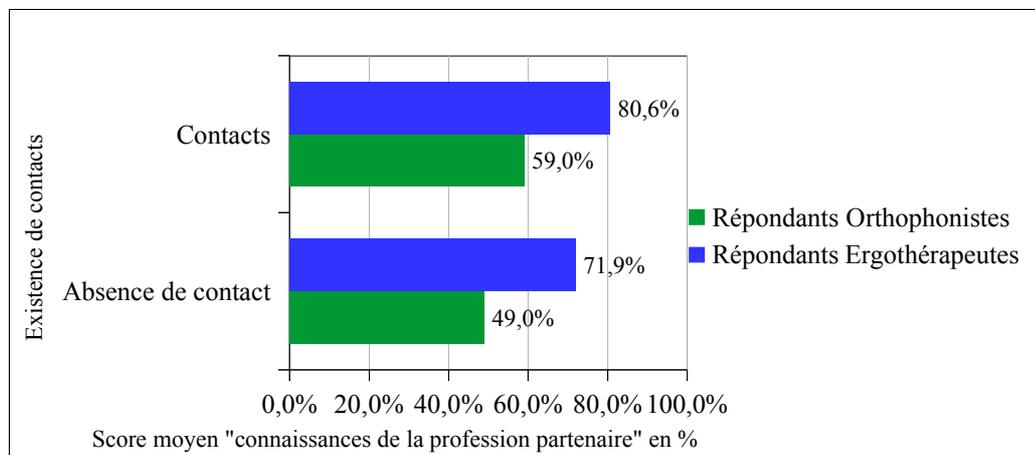


Figure 10. Score moyen « connaissances de la profession partenaire » des orthophonistes et des ergothérapeutes (en %) en fonction de l'existence de contacts avec le professionnel partenaire.

Cependant, la fréquence des contacts (fréquents : une à plusieurs fois par jour/semaine/mois et peu fréquents : une à plusieurs fois par semestre/an) ne semble pas avoir un impact majeur sur la constitution de représentations précises de la PP (Figure 11.). Etre en contact suffit pour avoir des représentations fines.

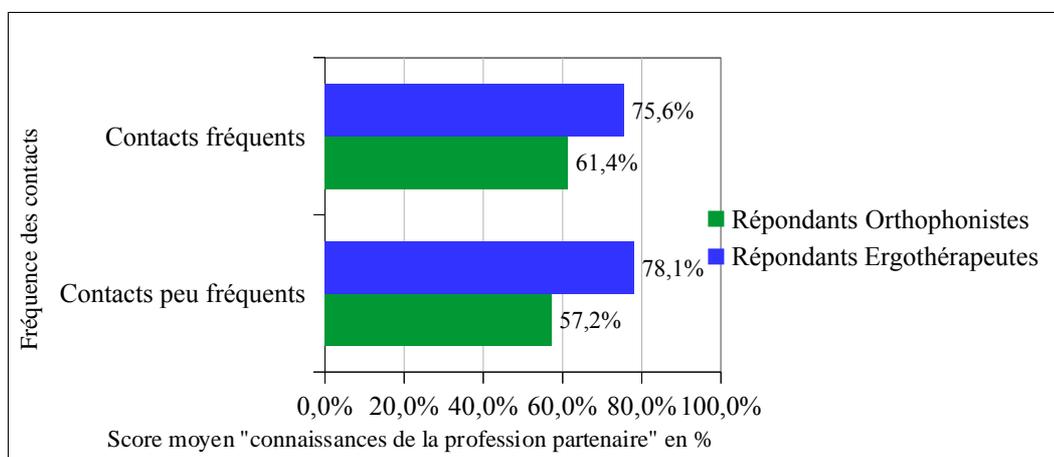


Figure 11. Score moyen « connaissances de la profession partenaire » des orthophonistes et des ergothérapeutes (en %) en fonction de la fréquence des contacts avec le professionnel partenaire.

Pour résumer ces deux derniers points, la précision des représentations :

- Ne semble pas influencée par le mode d'exercice (les représentations sont relativement stables quel que soit le mode d'exercice) ;
- Semble liée à l'existence de contacts mais pas à leur fréquence.

7.3. Score « connaissances de la profession partenaire » et score « formation(s) »

Nous pouvons également observer que les niveaux de formation (initiale et/ou continue) et de connaissances de la PP sont liés. La Figure 12. ci-dessous montre que plus le score « formation(s) » est élevé, plus le niveau de représentations est élevé.

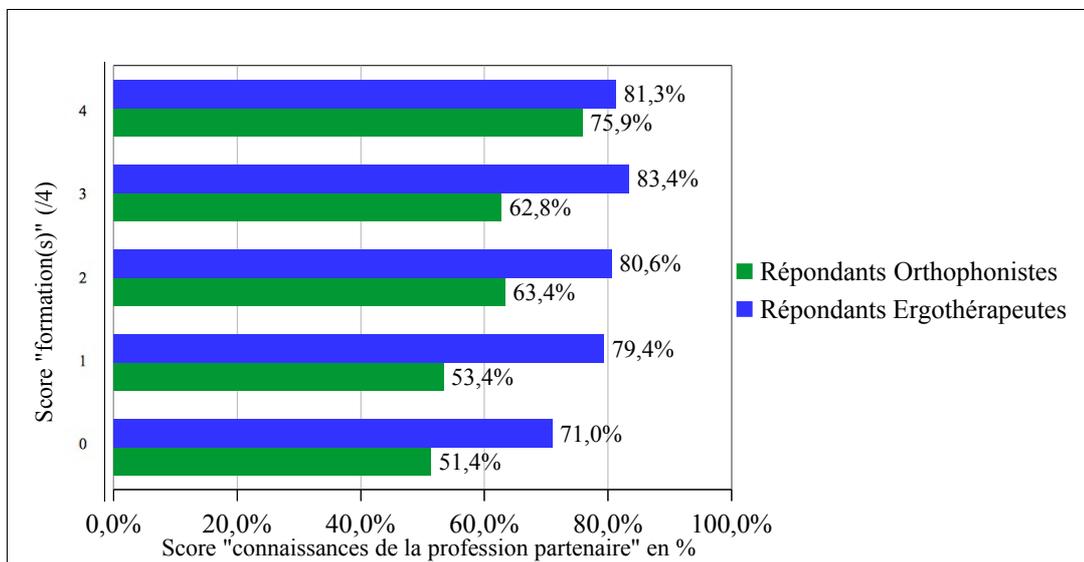


Figure 12. Score moyen « connaissances de la profession partenaire » des orthophonistes et des ergothérapeutes (en %) en fonction du score « formation(s) » (0 à 4 /4).

7.4. Score « connaissances de la profession partenaire » et perception de chevauchements

Nous avons vu que la plupart des professionnels interrogés percevait des chevauchements entre les deux professions. Quel lien peut-on faire avec leur niveau de représentations ? Il semblerait que les chevauchements soient davantage ressentis quand les connaissances sont précises (illustration avec la Figure 13.). La différence est plus marquée chez les orthophonistes. Chez les ergothérapeutes, un score de connaissances élevé ne semble pas avoir un impact majeur sur la perception ou non de chevauchements. De plus, comme observé plus haut, les chevauchements sont perçus de façon majoritairement positive.

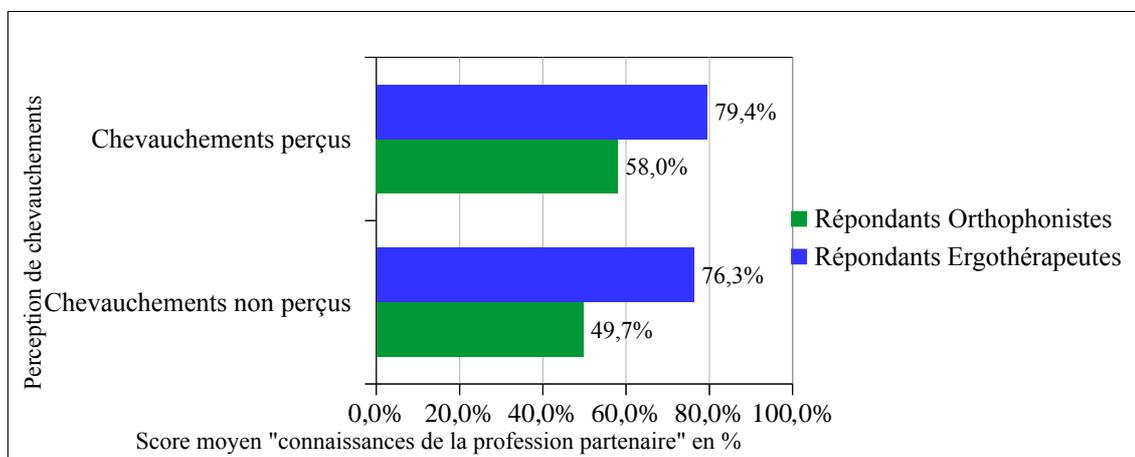


Figure 13. Score moyen « connaissances de la profession partenaire » des orthophonistes et des ergothérapeutes (en %) en fonction de la perception de chevauchements.

Discussion

1. Remarques générales sur l'étude

L'analyse des questionnaires reflète une certaine similarité dans le vécu de ces deux professions paramédicales : les thèmes principaux étaient proches, dans des proportions quasi-identiques. De plus, certains professionnels (16% des orthophonistes et 10,4% des ergothérapeutes) ont évoqué leur intérêt pour la PP après l'obtention du baccalauréat ou pour une éventuelle reconversion professionnelle.

De façon générale, les orthophonistes et les ergothérapeutes sont satisfaits des relations professionnelles qu'ils entretiennent avec leur partenaire. Des difficultés sont évoquées par une minorité de répondants dans chaque groupe. Le mode d'exercice entre en jeu dans cette mise en relation : tous les ergothérapeutes libéraux (et la majorité en exercice mixte) ont des relations professionnelles avec des orthophonistes tandis que chez ces derniers, l'exercice salarié favorise l'existence de contacts.

Les ergothérapeutes semblent avoir une représentation plus précise de l'orthophonie que les orthophonistes de l'ergothérapie (ce qui peut expliquer qu'ils soient plus en contact avec ces derniers que l'inverse). Ils souhaitent tous avoir davantage d'informations l'un sur l'autre, d'une part pour mieux orienter et conseiller leurs patients et d'autre part pour pouvoir échanger et entreprendre un travail de collaboration pluridisciplinaire (« *Eviter les répétitions et les oublis* »). Nous retrouvons cette volonté de cohérence du suivi évoquée par Freidson (1984). L'objectif final étant d'améliorer la prise en soins du patient et son bien-être, comme nous l'avons vu avec Cresson, Drulhe et Schweyer (2003). Dans l'espace libre à la fin du questionnaire, 15% des orthophonistes et 18,9% des ergothérapeutes insistent sur l'importance d'un travail en réseau autour du patient. Ces liens professionnels restent un atout pour le bénéficiaire du traitement.

2. Validation des hypothèses

H1 a) Plus les représentations sont précises, plus les professionnels sont en contact.

Cette hypothèse est validée dans les deux professions. En effet, le score « connaissances de la profession partenaire » est plus élevé lorsque les professionnels sont en contact. Comme nous l'avons vu avec Blin (1997), les représentations professionnelles évoluent constamment grâce aux interactions professionnelles. Néanmoins, nous ne pouvons établir de strict lien de causalité : est-ce que les professionnels sont en contact parce qu'ils ont une représentation précise de la PP ou bien ont-ils une représentation précise du fait de leurs contacts ? En fait, il s'agirait plutôt d'un cercle vertueux : les connaissances sont précises, donc les professionnels entrent en contact, leurs représentations s'affinent grâce à ces derniers et les praticiens se contactent à nouveau.

H1 b) Plus les représentations sont précises, moins il existe de chevauchements ou, s'ils existent, ceux-ci sont perçus de façon majoritairement positive.

De même que dans l'étude de Chabosy et Pressiat (2004), des chevauchements sont relevés par la plupart des professionnels. Les résultats montrent que, plus les représentations

de la PP sont précises, plus les professionnels évoquent des chevauchements : cette partie de l'hypothèse n'est pas validée. Chez les orthophonistes, la différence est plus marquée (plus les représentations sont précises, plus ils perçoivent de chevauchements) mais chez les ergothérapeutes, elle est moindre (la précision des représentations ne semble pas avoir un impact majeur sur la perception ou non de chevauchements). Nous pouvons supposer que lorsque les professionnels connaissent de façon plus détaillée la PP, ils sont plus à même de déceler des chevauchements lorsque les champs d'action sont proches.

Ces chevauchements sont davantage constatés en libéral pour les orthophonistes et en salariat pour les ergothérapeutes, ce qui est en lien avec le mode d'exercice principal pour chaque profession. Ils sont perçus de façon positive par une grande majorité de professionnels, cette partie de l'hypothèse est donc validée dans les deux professions. En effet, selon les répondants, ils permettent une meilleure complémentarité pour une prise en soins plus efficace. De façon générale, par rapport au mémoire de Chabosy et Pressiat en 2004 (elles rapportaient que six orthophonistes sur sept considéraient ces chevauchements comme « nuisibles » à l'évolution du patient), les réactions sont davantage positives. Nous pouvons supposer qu'il y a 14 ans, la jeunesse de ces deux professions entraînait peut-être la volonté d'avoir un champ d'intervention clairement distinct pour une reconnaissance propre, une légitimité dans le système de santé. En outre, une faible proportion de professionnels a déjà vécu une situation problématique concernant ces chevauchements. Globalement, nos résultats tendent donc plutôt vers les résultats obtenus par Demaison et Demeaux (2008) qui expliquent que l'existence de chevauchements n'entraîne pas de « conflits » (p.63) et que les actions sont redéfinies « simplement » (p.63). Pour rappel, Aïach et Fassin (1994) insistent beaucoup sur la précision des rôles de chacun : nous avons vu que la première solution évoquée pour remédier à ces chevauchements problématiques était l'échange avec le professionnel.

Dans notre étude, une ergothérapeute salariée résume bien la situation des chevauchements : *« Entre professionnels paramédicaux on a tous des champs de compétences qui se chevauchent car les patients sont un tout et pas seulement des petits bouts que chacun rééduque (...). Notre richesse est donc l'approche utilisée pour travailler ces compétences chacun à notre manière et ainsi donner au patient le plus de possibilités (...) pour réussir sa rééducation ».*

H2 a) Ces représentations sont façonnées par la formation initiale et/ou continue (plus les professionnels sont formés à cette pluridisciplinarité, plus les représentations sont précises).

Cette hypothèse est validée dans les deux professions. Nous pouvons nous rendre compte de l'importance de la formation initiale et des formations continues dans la constitution de ces représentations et donc dans les relations de ces professionnels. De plus, la majorité des répondants propose d'enrichir la formation initiale avec davantage d'interventions sur la PP ou par un ProP, de stages interprofessionnels, d'études de cas conjointes entre étudiants des deux filières.

H2 b) Ces représentations sont façonnées par les contacts (plus les contacts sont fréquents, plus les représentations sont précises). Par ailleurs, l'exercice en salariat favorise des contacts fréquents.

Lorsque les professionnels sont en contact, le score « connaissances de la profession partenaire » est en effet plus élevé mais il ne semble pas y avoir d'influence majeure de la fréquence (fréquents/peu fréquents) de ces contacts. Pour résumer, les représentations sont façonnées par l'existence de contacts professionnels mais pas par la fréquence de ceux-ci. Le seul fait d'avoir des contacts professionnels permet d'affiner ses représentations de la PP. Cette partie de l'hypothèse est invalidée dans les deux professions. Nous retrouvons donc bien ici l'argument avancé par Jodelet (1997) selon lequel les interactions professionnelles permettent le ré-ajustement des représentations qui va lui-même permettre une modification des pratiques.

Comme nous l'avons vu précédemment, la seconde partie de l'hypothèse est validée chez les orthophonistes. En général, en milieu salarié, les professionnels participent à des réunions régulières (de synthèse par exemple), ils sont donc amenés à être en contact fréquemment. Nous pouvons aussi préciser ici que ce mode d'exercice (et la proximité d'une équipe pluridisciplinaire) favorise la réalisation de séances communes auprès d'un patient. Chez les ergothérapeutes, il semblerait que les contacts soient plus fréquents en exercice mixte : nous ne pouvons pas conclure car nous ne savons pas en fonction de quel statut le participant a répondu concernant la fréquence de ces contacts (biais méthodologique). Par contre, nous n'observons pas de différence majeure dans la fréquence des contacts entre l'exercice libéral et l'exercice salarié.

Ainsi, c'est plutôt l'existence de contacts professionnels que le mode d'exercice qui conditionne la précision des représentations de la PP.

3. L'égalité de l'accès aux soins : un enjeu de santé publique

Différentes problématiques sont abordées au fil des questionnaires. D'une part, les ergothérapeutes semblent favorables à la création d'une nomenclature des actes professionnels permettant un remboursement des soins par la Sécurité sociale. A plusieurs reprises, les orthophonistes évoquent cette absence de remboursement comme un frein au suivi du patient qui en aurait besoin. Les ergothérapeutes ne peuvent s'installer en libéral et ne peuvent donc créer un réseau de proximité autour du patient. D'autre part, certains patients ayant des besoins en ergothérapie sont orientés vers des orthophonistes (non formés) car les soins sont remboursés : le traitement ne peut, dans ces conditions, être optimal. En outre, une nomenclature des actes permettrait un meilleur encadrement de la profession et une meilleure reconnaissance dans le système de santé français : ces arguments étaient déjà avancés en 2004 par Wagner.

Ensuite, quelques professionnels mentionnent des éléments de façon mineure mais non moins intéressante. D'une part, trois orthophonistes et quatre ergothérapeutes citent le manque de ProP (en salariat et en libéral), ce qui entraîne la nécessité de pallier cette absence par le professionnel sur place (qui n'est donc pas formé spécifiquement). Cet argument rejoint le

précédent : c'est de nouveau le patient qui pâtira de ces contraintes. Idéalement, pour chaque profession, une « solution » peut être proposée (en réalité, ce n'est malheureusement pas si simple). Ainsi, la création d'une nomenclature des actes ergothérapeutiques permettrait une installation en libéral et donc la constitution d'un réseau de soins plus efficace et bénéfique pour le patient. Ensuite, la revalorisation des actes orthophoniques et la création de postes en salariat permettraient d'avoir plus d'orthophonistes au sein des équipes pluridisciplinaires. Nous pourrions avancer l'idée selon laquelle une prise en soins pluridisciplinaire régulière et cohérente optimiserait l'évolution du patient et entraînerait par exemple des soins moins longs et donc moins coûteux.

D'autre part, une orthophoniste et trois ergothérapeutes soulèvent le problème de la méconnaissance des deux professions par les médecins prescripteurs (« *Rééducation prescrite aux deux professions* », « *Les internes avaient déjà du mal à savoir comment prescrire* »). Des informations plus approfondies concernant les professions paramédicales à destination des autres intervenants médicaux et paramédicaux pourraient être pertinentes pour une meilleure prise en soins. Cette orthophoniste ajoute que « *notre métier en pâtit puisqu'on nous croit interchangeables donc sont recrutés préférentiellement les ergothérapeutes (Bac + 3 tandis que nous Bac + 5 donc à risque d'être plus coûteux ! Et on ne fait pas de prise en charge motrice donc en fait on est moins utiles selon ceux qui n'y connaissent pas grand chose !* ».

Nous retrouvons donc bien trois enjeux majeurs : identitaire pour les professionnels, médical pour le patient et sociétal (remboursement des soins par la Sécurité sociale et égalité de l'accès aux soins).

4. Amélioration de la méthodologie

4.1. Biais et limites

La méthodologie de cette étude était adaptée mais quelques points peuvent néanmoins être modifiés en vue d'un prolongement de ce travail (aux régions et territoires d'outre-mer par exemple). Concernant le questionnaire, la question portant sur le lieu de formation (supprimée au fil de l'élaboration des questionnaires) aurait finalement dû être conservée pour voir les différences au niveau de la formation initiale (entre les écoles françaises et par rapport aux écoles belges par exemple). De plus, il aurait été pertinent de donner davantage la possibilité de répondre en fonction de chacun des statuts (libéral et salarié) en cas d'exercice mixte (biais méthodologique).

Ensuite, notre étude ne se fonde pas sur un échantillon représentatif de professionnels car nous n'avons pas procédé à un tirage au sort aléatoire. Par ailleurs, les résultats sont biaisés initialement car les répondants doivent avoir accès à un ordinateur, être adhérents aux listes de diffusion des syndicats régionaux et des délégations territoriales et/ou avoir accès au réseau social Facebook. Berthier (2010, p.205) l'explique bien : « Les internautes ne sont pas représentatifs de la population globale ». Nous ne pouvons donc extrapoler les résultats à la population générale des orthophonistes et des ergothérapeutes.

4.2. Critiques et remarques soulevées par les répondants

Nous allons aborder les principales critiques et remarques des répondants (partie « Remarques » du questionnaire). Selon 4,2% des orthophonistes et 9,4% des ergothérapeutes, le questionnaire a paru davantage orienté sur la pratique libérale (par rapport à l'exercice en salariat ou mixte) : nous nous sommes effectivement basés sur la pratique libérale mais les questions ouvertes permettaient de contrebalancer ce biais. Par contre, l'exercice mixte n'a véritablement pas suffisamment été pris en compte. Les réponses peuvent varier en fonction du mode d'exercice et les questions fermées ne permettaient pas de faire cette distinction. Il faut donc lire ces résultats précautionneusement car on ne sait pas comment le participant a procédé : a-t-il répondu en fonction de son exercice libéral ou salarié ?

D'un point de vue pratique, une remarque sur le questionnaire était fréquente : sa longueur (évoquée par 12,6% d'orthophonistes et 24,5% d'ergothérapeutes). Le nombre de questions était conséquent mais nous avons considéré que pour mettre au jour ces représentations, il fallait questionner de nombreux points. De plus, pour certaines questions, il aurait été approprié d'ajouter « Non concerné » dans les propositions de réponses. Quelques questions auraient dû être explicitées comme par exemple celle portant sur les réseaux interprofessionnels ou celle sur les éventuels changements à apporter dans la formation initiale et/ou dans l'exercice des professions.

De façon générale, le thème du mémoire semble avoir suscité l'intérêt des professionnels : le nombre de répondants est assez important et 18,5% et 28,3% l'ont exprimé dans la partie « Remarques » du questionnaire. Sept orthophonistes et huit ergothérapeutes m'ont fait part par e-mails de leur curiosité quant aux résultats de l'enquête et de leur volonté de lire ce mémoire.

5. Apports pour la pratique future

Cette étude a montré l'importance de connaître ses partenaires de travail afin de pouvoir optimiser la prise en soins. Il est toujours riche de croiser les regards, pour s'améliorer, trouver de nouvelles pistes, échanger. En formation initiale, la pluridisciplinarité est fortement mise en avant. Les professionnels répondants nous ont également expliqué qu'ils étaient en demande de travailler ensemble mais que les contraintes au quotidien, et notamment le manque de temps, étaient un frein à une prise de contact régulière et de qualité.

Pour finir, ce travail a permis de comprendre que les relations professionnelles étaient complexes et variées mais aussi qu'elles dépendaient beaucoup de l'interlocuteur et du milieu d'exercice. Ces relations professionnelles reposent sur un élément majeur qui est la communication : communiquer pour le bénéfice du patient, pour partager ses observations et adapter la prise en soins, et communiquer pour résoudre des difficultés relationnelles. Les interactions professionnelles (que nous avons pu étudier dans la partie Sociologie) sont la clé d'un partenariat professionnel bénéfique pour le patient.

Conclusion

Nous souhaitons étudier la façon dont chaque professionnel (orthophoniste et ergothérapeute) se représentait la profession partenaire et comment ces représentations pouvaient influencer leur pratique quotidienne et leur mise en relation notamment. Nous recherchions également s'ils considéraient que leur profession pouvait, par certains aspects, recouper celle de l'autre et quels sentiments étaient liés à ces chevauchements.

Trois cent soixante et un orthophonistes et cent cinquante-deux ergothérapeutes ont répondu aux questionnaires diffusés sur Internet (listes de diffusion des syndicats régionaux des orthophonistes, des délégations territoriales des ergothérapeutes et réseau social Facebook).

Les réponses aux questionnaires ont montré plusieurs éléments. D'une part, les ergothérapeutes semblent avoir des connaissances plus précises sur l'orthophonie que les orthophonistes sur l'ergothérapie. Les informations acquises au cours de la formation initiale et/ou au cours de formations continues sont un atout dans la constitution d'une représentation fine de la profession partenaire. Les professionnels sont d'autant plus en contact avec leur collègue qu'ils ont une bonne représentation de la profession de celui-ci (importance de l'interaction professionnelle dans la constitution des représentations professionnelles). Enfin, plus les professionnels ont une représentation fine de la profession partenaire, plus ils perçoivent de chevauchements (surtout chez les orthophonistes). Cependant, ces chevauchements sont plutôt ressentis de façon positive et engendrent peu de situations problématiques.

Les professionnels interrogés sont clairement dans une volonté de connaissance de l'autre, d'échange et de collaboration pluridisciplinaire mais les circonstances d'exercice actuelles ne le permettent pas toujours. En effet, les ergothérapeutes en libéral sont peu nombreux du fait de l'absence de remboursement des soins par la Sécurité sociale ; les orthophonistes sont également en sous-effectifs (en libéral et en salariat) par rapport à la demande croissante de soins. Etre informé de ce que fait le partenaire et la mise en relation sont des éléments fondamentaux pour la bonne prise en soins du patient et une évolution positive de celui-ci.

Ce travail n'avait pas pour but initial de relever des incohérences au niveau du système de santé français mais au vu des résultats obtenus, un enjeu de santé publique émerge : l'égalité de l'accès aux soins.

Bibliographie

- Aïach, P., & Fassin, D. (1994). *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Anthropos.
- Berthier, N. (2010). *Les techniques d'enquête en sciences sociales : méthodes et exercices corrigés* (4ème). Paris : A. Colin, impr. 2010.
- Blin, J.-F. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris ; Montréal : Éd. l'Harmattan, DL 1997.
- Chabosy, C., & Pressiat, C. (2004). *Territoires de l'orthophonie à l'hôpital : collaborations et tensions interprofessionnelles dans l'exercice de l'orthophonie dans deux unités de soins*, Mémoire pour le Certificat de Capacité d'Orthophoniste, Université Claude Bernard, Lyon 1.
- Cresson, G., Drulhe, M., & Schweyer, F.-X. (2003). *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*. Rennes : Ed. de l'École nationale de la santé publique, 2003.
- Demaison, C., & Demeaux, S. (2008). *Interprofessionnalité et orthophonie au sein d'un service de rééducation post-réanimation*, Mémoire pour le Certificat de Capacité d'Orthophoniste, Université Claude Bernard, Lyon 1.
- Duffau, S., & Samain, A. (2014). *Les représentations des orthophonistes sur leur profession*, Mémoire pour le Certificat de Capacité d'Orthophoniste, Université Toulouse 3.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Payot.
- Javeau, C. (1990). *L'enquête par questionnaire : manuel à l'usage du praticien* (4e édition revue.). Bruxelles : Editions de l'Université de Bruxelles ; [Paris] : Editions d'Organisation, cop. 1990.
- Jodelet, D. (1997). *Les représentations sociales* (5ème). Paris : P.U.F., 1997, c1989.
- Kremer, J.-M., & Lederlé, E. (2012). *L'orthophonie en France* (7^e édition, pp. 7-35).
- Musset, L. (2014). *L'ergothérapie et l'aide alternative à la communication : quelle utilisation pour l'enfant et ses parents ?*, Mémoire pour le Diplôme d'Etat d'Ergothérapie, Institut de formation en ergothérapie de Rennes.
- Richard C., Colvez A., Blanchard N. (2012). *Etat des lieux de l'ergothérapie et du métier d'ergothérapeute en France. Analyse des représentations socio-professionnelles des ergothérapeutes et réflexions pour l'avenir du métier*. *Ergothérapies*, 48, pp. 37-46.
- Rostaing, C. (2016). Des orthophonistes dans deux services hospitaliers : de la difficulté de faire équipe. In *Le métier d'orthophoniste* (2^e édition, pp. 163–174). Presses de l'EHESP.
- Tain, L. (2016). *Le métier d'orthophoniste* (2^e édition). Presses de l'EHESP.
- Wagner, C. (2004). *L'ergothérapie dans le champ des professions paramédicales : positions, prises de position et représentations*. Thèse pour le doctorat de sociologie, Université de Metz.

Sitographie

<http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 20/04/2018) : Code de Santé Publique.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_sur_le_metier_d_orthophoniste.pdf (consulté le 16/10/2016).

<http://www.anfe.fr> (consulté le 14/02/2018).

<http://www.fno.fr> (consulté le 14/02/2018).

<http://www.has-sante.fr> (consulté le 13/03/2017).

<http://www.ameli.fr> (consulté le 03/04/2018).

http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/32/86/2/BO_ESR_5_9_2013_267862.pdf (consulté le 15/01/2018).

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr> (consulté le 04/02/2018).

Liste des annexes

Annexe n°1 : Synthèse de l'évolution officielle de l'orthophonie et de l'ergothérapie (A1).

Annexe n°2 : Synthèse des études d'orthophonie et d'ergothérapie (A1).

Annexe n°3 : Lettre d'information (A2).

Annexe n°4 : Questionnaires (A2).

Annexe n°5 : Exemples de modifications des questionnaires suite aux entretiens (A10).

Annexe n°6 : Réponses aux questions contrôles (A11).

Annexe n°7 : Figures (A11).