

JAFFRY-GRANJON Joëlle
Promotion 2001-2002

BETTEFORT Marielle
Directeur de recherche

Fenêtre sur Réadaptation

**Un regard sur l'organisation d'une
équipe pluri-professionnelle**

I.F.C.S.
Institut de Formation des Cadres de Santé
LYON - BRON-C.H. « LE VINATIER »
95, Boulevard Pinel
69677 BRON

I.F.R.O.S.S.
Institut de Formation et de Recherche sur
les Organisations Sanitaires et Sociales
Université Jean Moulin - Lyon III
18 rue Chevreuil - 69007 LYON

A Camille et à Maëlle, pour leur amour
et leur patience vis-à-vis d'une maman
à temps partiel,

A Frédéric, pour ses encouragements
et son soutien au quotidien.

« La difficulté n'est pas de comprendre les idées nouvelles, elle est d'échapper aux idées anciennes qui ont poussé leurs ramifications dans tous les recoins de l'esprit. »

John Maynard KEYNES

*Un film n'est pas fait pour une
promenade des yeux, mais pour y
pénétrer, y être absorbé tout
entier.*

Robert Bresson

PRÉAMBULE

Tout au long de cette année à l'Institut de Formation de Cadres de Santé du Vinatier, j'ai tenté de mettre en lien les différents travaux réalisés pendant ces dix mois.

Le choix du titre de ce travail de recherche, ainsi que les sous-titres proviennent donc de ma vision de la fonction cadre où le cadre de santé est comparé à un metteur en scène.

J'ai donc choisi de présenter mon mémoire, en suivant les différentes étapes de la réalisation d'un film.

*Quand un metteur en scène a fini
son film, il ne lui appartient plus.*

*Ce qui reste à la fin, c'est
comment le film est passé à
travers soi.*

Juliette Binoche

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier pour son soutien et sa disponibilité, **Marielle BETTEFORT**, qui a dirigé ce travail de recherche.

Mes remerciements vont également à **l'équipe pédagogique** de l'I.F.C.S. (lire Institut de Formation des Cadres de Santé) du Vinatier et à **Geneviève ROBERTON**, sa directrice.

Je remercie également pour son aide méthodologique et ses encouragements, **Agnès CORNUD**, intervenante à l'I.F.C.S. du Vinatier.

Je remercie également toutes les personnes qui, de près ou de loin ont participé à l'aboutissement de ce travail de recherche :

- **Les personnes interviewées ;**
- **Emmanuelle et Monique**, pour leur aide dans la recherche bibliographique ;
- La promotion 2001-2002 de l'I.F.C.S. du Vinatier et en particulier, **Jocelyne**, sans qui cette année aurait sûrement été monotone.

Enfin, j'aurai une pensée particulière pour tous mes proches sans qui ce travail n'aurait pu être mené jusqu'à son terme.

1 INTRODUCTION

LE CHEMINEMENT

Ergothérapeute diplômée d'Etat depuis 1994, j'ai exercé ma profession dans deux centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelles (C.R.R.F.), puis dans un Centre d'Informations et de Conseils en Aides Techniques (C.I.C.A.T.).

Que ce soit avec l'une ou l'autre des expériences, le travail auprès du patient ne se faisait jamais seul, mais bien au contraire, en collaboration avec d'autres intervenants de terrain. Cette mise en commun des compétences permettait d'offrir au patient une prise en charge holistique.

Dans ce travail de recherche, je m'en tiendrai à mes expériences en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles.

Le centre de réadaptation est un lieu où les séjours des patients sont relativement longs ou, tout du moins, qui permettent de mener un traitement à court et à moyen terme, voire à long terme.

Le centre de réadaptation regroupe plusieurs catégories de professionnels ; médicaux, paramédicaux, administratifs, logistiques. Ce regroupement de différents horizons, enrichit la prise en charge, mais peut créer également des difficultés.

1.1 Les situations d'appel

L'une des situations d'appel se déroule lors de ma première prise de poste en tant qu'ergothérapeute. Je travaillais dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, spécialisé en traumatologie et rhumatologie. Ce centre réunissait quatre médecins de Médecine Physique et de Réadaptation, un service kinésithérapie, situé au rez-de-chaussée, un service ergothérapie situé au premier étage, deux services infirmiers (deuxième et troisième étages), un professeur de gymnastique et une assistante sociale.

Le service ergothérapie était divisé en quatre secteurs en fonction du type de pathologie : secteur main, secteur épaule, secteur membres inférieurs et poly traumatismes et secteur dos.

Je travaillais en alternance au secteur « membres inférieurs » et au secteur « mains ». Ce dernier se distinguait par une organisation particulière. En effet, ce secteur avait pour originalité de rassembler deux ergothérapeutes et quatre kinésithérapeutes (répartis selon 4 tranches horaires) dans la même pièce, au sein du service d'ergothérapie. Le patient qui bénéficiait de soins de rééducation, se rendait dans ce mini service et passait d'un thérapeute à l'autre selon son planning.

J'ai trouvé que la cohérence de prise en charge, la communication entre les thérapeutes au sujet des patients étaient très bonnes, meilleures que dans le deuxième secteur où j'intervenais. Les thérapeutes étaient immédiatement informés des bilans réalisés par leur collègue, sur les objectifs et les techniques relatives à la prise en charge du patient. Cela permettait également un réajustement du plan de traitement en fonction du bilan effectué et en évitait la redondance.

La deuxième situation d'appel se déroule dans un centre de rééducation et de réadaptation polyvalentes.

Ce centre se situait dans un ancien château, certes joli, mais peu fonctionnel. Les bâtiments recevant la rééducation étaient des locaux dispersés dans une grande cour (un bâtiment pour le service ergothérapie, deux bâtiments séparés pour la kinésithérapie, un pour le professeur de gymnastique, l'orthophoniste, la diététicienne et la psychomotricienne étant tous les trois dans le bâtiment central). Les services étaient donc très éloignés les uns des autres. Il y avait une mauvaise communication entre les différents intervenants auprès du patient, nous avions moins d'information sur le patient (ou à retardement), sur son évolution (en dehors de réunion de synthèse une fois tous les 15 jours). Avec certains collègues kinésithérapeutes, nous avions cependant une volonté de prise en charge cohérente, mais nous étions obligés de nous déplacer, d'où une perte de temps, au détriment des autres patients.

Ces deux situations avec dans un cas des dysfonctionnements et dans l'autre un aspect original, m'ont amenée à penser que les données architecturales pouvaient être en cause.

D'où un premier questionnement :

Dans quelles mesures le Cadre de Santé peut-il intervenir sur l'organisation de travail et spécifiquement, sur celle des locaux ou de la structure, pour améliorer la communication et la qualité de la prise en charge pluridisciplinaire d'un patient ?

Mes situations d'appel abordent le problème d'organisation spatiale, mais après les séances de travail en commun à l'Institut de Formation des Cadres de Santé, ont été abordés les sujets d'organisation plus générale comme les réunions de synthèse ou l'organisation du programme de la prise en charge du patient.

Après des entretiens exploratoires et des recherches bibliographiques, je me suis alors demandée si derrière cette organisation spatiale, il n'y aurait pas d'autres possibilités d'organisation, donc ma **question centrale de recherche** est la suivante :

Quels sont les facteurs d'organisation, que peut proposer un cadre de santé, afin d'améliorer la cohérence de la prise en charge pluri-professionnelle, dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles ?

1.2 La problématique

J'ai donc entamé une phase exploratoire pour non seulement vérifier la pertinence de mon sujet, mais également pour connaître avant tout, l'avis des prescripteurs et des « bénéficiaires ».

Profitant de mon stage d'encadrement hospitalier, j'ai interrogé des médecins ainsi que des patients.

Je me suis appuyée sur un compte-rendu mensuel des fiches de sortie des patients, leur demandant leur avis sur leur séjour, les points positifs et les points négatifs.

Il apparaît que la cohérence de prise en charge ne va pas de soi.

Cette dernière n'est pas assez coordonnée, ni systématisée.

En ce qui concerne les difficultés rencontrées par la pluri-professionnalité, ont été cités :

- Le manque et les difficultés de communication, de concertation ;
 - L'absence de réunion de synthèse ;
 - L'absence de protocole commun ;
 - Les missions mal définies ;
 - Les problèmes relationnels ;
 - Le conflit de génération ;
 - Le comportement tribal.
- « Chacun veut garder son territoire, garder ses prérogatives »

La visite du site de l'Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé¹ et la lecture du chapitre O.P.C. (Organisation de la Prise en Charge du Patient) confortent mon idée sur le fait que la coordination des différents professionnels est prépondérante.

Cette phase de pré-enquête et de lecture m'a encouragée dans le choix de mon étude, a enrichi les objectifs de ce travail et a permis d'élaborer **ma problématique** :

- **Quelle est la part des représentations des professionnels de santé sur la pluri-professionnalité ? Et en quoi ces représentations ont une influence sur l'organisation ?**

Ces représentations peuvent être influencées par une connaissance ou une non-connaissance des autres professionnels.

- **Ont-ils toujours connaissance des rôles des autres ?**

Si la connaissance des autres professionnels peut influencer l'organisation, leur conception du travail en équipe pluri-professionnelle diffère peut être selon les professionnels.

¹ Anaes

URL : www.anaes.fr

- **Comment les professionnels conçoivent-ils le travail en équipe pluri-professionnelle ?**

Les situations d'appel et la phase exploratoire ont montré que les représentations n'étaient pas les seuls facteurs conduisant à tel ou tel type de prise en charge des patients et que l'organisation avait également de l'importance.

- **Quelle est la part des modes d'organisation dans la possibilité de travail pluri-professionnel ?**

L'organisation implique des notions de management. Le Cadre organise les activités dans son service.

- **Comment les cadres des différents services peuvent-ils favoriser la prise en charge pluri-professionnelle ?**

Pour répondre à ma problématique, j'ai choisi de réaliser un travail de recherche de type exploratoire, me permettant ainsi de recueillir des données sur le terrain et de les confronter ensuite avec différents concepts.

Le prochain temps de mon travail définit un cadre de référence, c'est-à-dire quelques mots clés pour établir un langage commun.

J'enchaînerai avec la méthode que j'ai employée, pour aboutir aux résultats.

Puis, je relierai les données du terrain aux auteurs dans l'analyse, qui aboutira sur une synthèse globale puis, une conclusion viendra clore ce travail de recherche.

Dorénavant, le lecteur se rendra compte de l'emploi du « nous », celui-ci correspondant aux auteurs, aux personnes interviewées, à mon directeur de recherche et à moi-même.

2 LE CADRE DE RÉFÉRENCE

LE DÉCOR

2.1 Le centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle

2.1.1 Historique

Sans faire de ce paragraphe un historique détaillé de la rééducation, il nous semble important de citer quelques noms et quelques grandes étapes qui ont permis son expansion.

Le chirurgien Amédée BONNET (1809, Ambérieu-en-Bugey – 1858, Lyon) fut non seulement un précurseur en chirurgie ostéo-articulaire, mais il a également cherché à corriger les attitudes vicieuses articulaires, en inventant des appareils de rééducation, permettant ainsi de mobiliser les articulations ankylosées.

Bien que les concepts de rééducation et de réadaptation existaient peu auparavant, les deux guerres mondiales ont exigé, vu le nombre de mutilés, des efforts thérapeutiques et favorisé l'impulsion de cette discipline médicale. Elles ont permis l'essor des connaissances anatomo-pathologiques et des techniques pour le traitement des dysfonctionnements physiques.

« En 1917, le Dr KOINDJY à L'Hôpital de la Salpêtrière, ouvre en France un service de rééducation fonctionnelle par le travail pour les blessés militaires. »² et l'ordonnance du 04 octobre 1945 portant sur l'organisation de la sécurité sociale envisage le reclassement professionnel des malades et des accidentés du travail.

² Gabriel GABLE, « Historique de l'ergothérapie », *Ergothérapie : Guide pratique*, Paris, A.N.F.E., septembre 2000, p. 38.

Cette notion nécessite au préalable une rééducation fonctionnelle et les années 1950 ont permis alors le développement de ces deux axes.

En 1953, le Pr. PIERQUIN crée à Nancy « l'Institut Régional de Réadaptation Fonctionnelle, Professionnelle et Sociale ». Cet institut a pour vocation la réadaptation pour tout individu quels que soient son âge et sa pathologie.

« L'enseignement médical de la spécialité ne fut officiellement institué qu'en 1964 avec l'instauration d'un Certificat d'Etudes Spéciales. »³ La création d'une Chaire de rééducation fonctionnelle médicale en 1972 accentue l'autonomie de cette discipline.

Les années qui suivent, voient la transformation des anciens sanatoriums en centres de réadaptation, qui se spécialisent dans la rééducation d'affections neurologiques, traumatologiques...

Les progrès en médecine et en réanimation ont favorisé également l'expansion des centres de rééducation en parallèle avec l'apparition et/ou l'augmentation de certaines pathologies (traumatisés crâniens, traumatisés médullaires...)

Dans les années 1970, le Dr Ph. WOOD a défini le handicap avec un aspect tridimensionnel, la déficience, l'incapacité et le désavantage social. Cette tri-dimension du handicap a également modifié les stratégies de la réadaptation générale.

En effet, désormais elle ne se contente pas des aspects de rééducation pure, mais englobe toutes les dimensions du handicap, en les déclinant en notions de rééducation, de réadaptation et de réinsertion.

2.1.2 Les missions

L'action de rééduquer est celle de « soumettre quelqu'un à un traitement afin de rétablir chez lui l'usage d'un membre, d'une fonction. »⁴

La notion de réadaptation appelle « l'action de se réadapter à une activité interrompue pendant un certain temps. »⁵

³ Jacques BOURRET, La rééducation fonctionnelle et l'hôpital Henry Gabrielle, La médecine à Lyon, Paris, Editions Hervas, 1987 p 213.

⁴ Le petit Larousse grand format, Larousse, 1992, p. 867.

⁵ *Ibid.*, p. 859.

Si l'action de réinsérer signifie « insérer de nouveau », il faut rajouter l'action de « réintroduire, en particulier dans un groupe social. »⁶

Pour Walter HESBEEN, la réadaptation est le but poursuivi et les moyens utilisés sont la rééducation fonctionnelle, la réinsertion qui est scindée en deux pour devenir, la réinsertion sociale et le reclassement scolaire ou professionnel.

Même s'il est possible de définir ces mots de façon distincte, il nous semble préférable d'en décrire les missions d'une façon plus globale, car ces trois actions sont indissociables et s'imbriquent les unes dans les autres.

Nous emploierons désormais le terme de réadaptation, sous-entendus les deux autres aspects que sont la rééducation et la réinsertion.

L'objectif principal de la réadaptation est de rendre à l'individu, une fonction maximale, pour favoriser un retour à l'état antérieur ou, tout du moins, de favoriser un maximum d'autonomie, une réinsertion sociale et/ou professionnelle, ainsi qu'une qualité de vie décente. « L'Organisation Mondiale de la Santé a défini en 1974 la rééducation et la réadaptation comme « l'utilisation associée et coordonnée de mesures médicales, sociales, éducatives et professionnelles pour entraîner ou réentraîner l'individu au meilleur niveau possible de ses capacités. »⁷

Tous les moyens humains et matériels doivent être mis en œuvre pour répondre à ces objectifs et « adaptés aux besoins et aux spécialités de chaque structure : équipes pluridisciplinaires spécialisées, de haut niveau de formation initiale et continue, coordonnées par le médecin de Médecine Physique et de Réadaptation, dans des équipements techniques et hôteliers évolutifs. »⁸

⁶ *Ibid.*, p. 872.

⁷ M. C. MOREL-BRACQ, « les modèles conceptuels en ergothérapie », *Ergothérapie : Guide pratique*, Paris, A.N.F.E., septembre 2000, p. 73.

⁸ Charte de Qualité en Médecine Physique et de Réadaptation (annexe 1), <http://www.cpod.com/monoweb/fedmer/chartefedmer.html>

2.2 Les professionnels

Comme précédemment cité, le centre de réadaptation est un lieu où peuvent se côtoyer plusieurs catégories de professionnels.

Sans en faire une liste exhaustive, une description des différentes familles de professionnels et de quelques-uns d'entre eux s'impose :

- Le **personnel médical**, en général constitué d'au moins un médecin de Médecine Physique et de Réadaptation, et parfois de médecins spécialisés (neurologue, pédiatre...) en fonction de la spécialisation dominante du centre de réadaptation. Par exemple, dans un des centres où j'ai exercé, un des médecins était gériatre ;

- Le **personnel paramédical**, avec des sous-catégories :
 - Le **personnel de rééducation** ;
 - Le kinésithérapeute a pour objectif principal, une récupération de la fonction articulaire et musculaire. Ses principaux moyens sont la mobilisation active et passive. Le statut légal de la kinésithérapie date de 1946 ;
 - L'ergothérapeute a pour objectif principal, l'autonomie du patient, dans les gestes de la vie quotidienne, de la vie sociale et/ou professionnelle. Les moyens sont entre autres, les situations d'activité, le réentraînement ou la réalisation d'adaptation de l'environnement. La première école date de 1954 et le Diplôme d'Etat est créé en 1971 ;
 - L'orthophoniste s'intéresse aux troubles de la communication humaine et de leurs séquelles associées. La profession est légalisée en 1964.
 - Le psychomotricien appréhende le patient dans sa globalité, pour le traitement des troubles du développement psychoaffectif et du développement psychomoteur. Le Diplôme d'Etat est créé en 1974.

- Le **personnel soignant** ;
 - L'infirmier prodigue des soins dans les dimensions biologiques, psychologiques et sociales du patient.
 - L'aide-soignant participe à la prise en charge globale du patient, exerce par délégation de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité ;
- Le **psychologue** ;
- Le **diététicien**...
- Le **personnel administratif**
- Le **personnel « logistique »**, ménage, lingerie, cuisine...

2.2.1 La pluri-professionnalité

La terminologie employée pour définir l'ensemble des professions, est complexe. Tous les termes sont employés dans le langage commun, même s'ils ont un sens différent.

Nous avons choisi ce terme de pluri-professionnalité, au lieu de pluridisciplinarité, car nous exerçons des professions et non des disciplines. Les disciplines sont les matières enseignées en université, telles que les mathématiques, la biologie, la philosophie... Cependant, la littérature n'abordant pas la pluri-professionnalité, le cadre conceptuel se fera autour du mot **disciplinarité**.

Nous aborderons également les termes d'**interdisciplinarité** et de **multidisciplinarité**, permettant ainsi de clarifier ces différentes notions.

Le terme d'intradisciplinarité qui définit « les membres de l'équipe comme des personnes qui évoluent dans une même discipline »⁹, et celui de transdisciplinarité ne seront pas étudiés.

⁹ Patrick FOUGEYROLLAS, Julie LAVOIE, de la pluri, à la multi vers l'interdisciplinarité de l'approche-programme, <http://noemed.univ-rennes1.fr/sisrai/art/approche-programme.html>

Les termes suivants peuvent être définis de cette façon :

- **Pluridisciplinaire** : Qui concerne simultanément plusieurs disciplines. Il a pour synonyme le mot multidisciplinaire ;¹⁰
- **Interdisciplinaire** : qui établit des relations entre plusieurs sciences ou disciplines.¹¹

Pour P. FOUGEYROLLAS, directeur scientifique de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec et J. LAVOIE, laboratoire de recherche sociale :

« Les membres d'une équipe pluridisciplinaire et les membres d'une équipe multidisciplinaire sont peu en interaction entre eux. (...) Une équipe fonctionnant sous une approche multidisciplinaire se caractérise par la présence de plusieurs disciplines, la juxtaposition de celles-ci de façon parallèle et sans rapport apparent entre elles. Quant aux membres d'une équipe évoluant selon un mode pluridisciplinaire, seulement quelques disciplines sont présentes et en interaction. »¹²

L'interdisciplinarité demanderait plus d'interactions entre les différents membres de l'équipe et « (...) permet une compréhension intégrée des problèmes et des besoins. En d'autres termes, les échanges d'informations résultant des nombreuses interactions permettent aux membres de l'équipe un enrichissement mutuel au niveau des connaissances, de la satisfaction des besoins des clients et de l'évaluation globale de ceux-ci. »¹³

L'avis de Jean WERTHEIMER, Professeur honoraire de l'université de Lausanne est plus nuancé : « « transdisciplinarité » et « interdisciplinarité » s'adressent plutôt aux aspects de coordination et d'information mutuelle alors que « multidisciplinarité » et « pluridisciplinarité » se réfèrent plus à ceux de coalition et d'addition des forces. »¹⁴

¹⁰ Le petit Larousse, op. cit., p. 785.

¹¹ Ibid., p. 557.

¹² Patrick FOUGEYROLLAS, Julie LAVOIE, op. cit.

¹³ Loc. cit.

¹⁴ Jean WERTHEIMER, « La pluridisciplinarité », *Gérontologie et Société*, 88, mars 1999, p. 40.

Au regard de ces différents concepts, nous pensons que, dans l'objet de recherche, il s'agit bien de « pluri-professionnalité », puisqu'en centre de réadaptation, les professionnels y sont nombreux et que l'addition des forces est un des objectifs de la réadaptation. Nous garderons ce terme pour le reste de ce travail.

Cependant, selon Walter HESBEEN, « Les professionnels de la réadaptation font partie de l'équipe pluridisciplinaire dont les actions s'articulent sur une véritable démarche interdisciplinaire. »¹⁵ Dans ce cadre là, l'inter-professionnalité pourrait être envisagée pour englober une partie de la cohérence de la prise en charge pluri-professionnelle.

2.2.2 La cohérence

En premier lieu, il est permis de définir la cohérence par « l'harmonie logique entre les divers éléments d'un ensemble d'idées ou de faits »¹⁶ et le terme cohérent rajoute une notion supplémentaire puisqu'il est stipulé « qui présente des parties en rapport logique et harmonieux, dont toutes les parties se tiennent et s'organisent logiquement. »¹⁷

Au regard de cette première définition, nous pouvons déjà envisager que les différents éléments sont les professionnels et l'ensemble de faits, les objectifs de réadaptation du patient. Cela signifierait, que la cohérence de la prise en charge, est l'harmonie logique entre les différents professionnels, autour des objectifs thérapeutiques du patient.

« La cohérence et son corollaire la cohésion sont des principes fondateurs de la qualité. »¹⁸ Pour ces auteurs, la cohérence s'associe à un discours, des idées, la cohésion aux actions et aux équipes.

¹⁵ Walter HESBEEN, *La réadaptation Aider à créer de nouveaux chemins*, Paris, [Lamarre, 1994] Seli Arslan, 2001, p.17.

¹⁶ Le petit Larousse, *op. cit.*, p. 240.

¹⁷ *Loc. cit.*

¹⁸ P. DUCALET, M. LAFORCADE, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris, Seli Arslan, p. 184.

En faisant référence au manuel d'accréditation, la prise en charge globale du patient est nécessaire pour qu'elle soit de qualité. Cela signifie que les actions des différents intervenants doivent être imbriquées et coordonnées pour répondre à une logique de qualité de prise en charge.

Sans cette cohérence, le patient serait rééduqué par fonction et le centre de réadaptation deviendrait une juxtaposition de professionnels « libéraux » et perdrait les caractéristiques de ses missions.

Afin d'éviter cette éventualité, le centre de réadaptation doit répondre à certains critères d'organisation.

2.3 L'organisation

Organisation, dans un sens primaire, est synonyme de l'action d'organiser, de structurer, d'arranger. Le troisième sens parle de groupement, d'association, en général d'une certaine ampleur, qui se propose des buts déterminés.¹⁹

Organiser signifie combiner, disposer pour le bon fonctionnement.

« En sociologie, une organisation est un système ouvert sur l'environnement, dont la fonction est de produire des biens ou des services. »²⁰

Les divisions des tâches, la distribution des rôles, les systèmes de communications, l'autorité sont des traits caractéristiques aux organisations.

Dans ce travail de recherche, il s'agit bien d'explorer les modes d'organisation et apprendre comment ils vont se combiner pour produire le service relatif à un centre de réadaptation, c'est-à-dire la prise en charge pluri-professionnelle d'un patient.

Ces quelques notions étant définies, nous allons décrire la méthode que nous avons choisie de suivre afin de mener cette recherche....

¹⁹ Le petit Larousse, op. cit., p. 724.

²⁰ Françoise RAYNAL, Alain RIEUNIER, *Pédagogie : dictionnaire des concepts clés*, Paris, ESF, p. 255.

Qu'on écrive un roman ou un scénario, on organise des rencontres, on vit avec des personnages ; c'est le même plaisir, le même travail, on intensifie la vie.

François Truffaut

3 LA MÉTHODOLOGIE

LE CASTING

3.1 *Choix du terrain*

Devant réaliser un stage d'encadrement dans un centre de réadaptation, nous avons choisi ce lieu comme terrain d'enquête.

L'établissement est agréé pour 100 lits d'hospitalisation complète de rééducation polyvalente. C'est un organisme privé à but non lucratif.

Il y a environ 100 postes ou équivalents temps plein pour environ 125 employés.

Le 1^{er} janvier 2000, leur organisme de gestion a changé. Avant cette date, la direction de la CPAM administrait le C.R.F. (on était en présence d'un paradoxe puisque l'organisme qui versait les ressources, devait également les dépenser). Maintenant, l'établissement est géré par l'U.G.E.C.A.M. (Union de Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) de Bourgogne-Franche-Comté. Les pouvoirs étant séparés, la gestion est de ce fait plus proche des besoins des structures de santé.

Les raisons pour lesquelles il a été choisi sont les suivantes :

- Sa structure, son importance et sa composition sont similaires à celles des centres précités dans les situations d'appel ;
- Le fait d'y réaliser un stage, a permis d'étoffer l'enquête par de l'observation et d'intégrer leur mode de prise en charge du patient ;

3.2 Choix de la population

L'organisation est l'un des axes du management. Il apparaissait important de cibler l'enquête sur les responsables des différents services. C'est pourquoi nous avons choisi d'interroger, au regard de l'organigramme paramédical (annexe 2) :

- Un cadre ergothérapeute
- Un cadre kinésithérapeute
- Un cadre appareilleur
- Une infirmière générale
- Deux cadres infirmières

De plus, nous avons envisagé d'interviewer également deux personnes qui ne sont pas cadres, mais qui les remplacent lorsque ceux-ci sont absents, c'est-à-dire :

- Une adjointe kinésithérapeute
- Une adjointe ergothérapeute

Pour étoffer l'analyse, il est apparu judicieux de questionner deux autres professionnels car ils font partie de l'équipe pluri-professionnelle et participent à la prise en charge des patients. Il s'agit d' :

- Une orthophoniste
- Une psychologue

3.3 Choix des outils

3.3.1 L'entretien

Cet objet de recherche étant basé sur un mode exploratoire, il est primordial de recueillir des données qualitatives. Pour atteindre cet objectif, l'entretien semi-directif est le plus adapté.

La grille d'entretien a été conçue au regard de la problématique (annexe 3).

Le sujet est présenté comme abordant l'activité d'un centre de réadaptation. Ce thème est volontairement flou pour ne pas influencer les réponses surtout en ce qui concerne la deuxième question.

La première question « Quel est le principal objectif de votre travail ? » permettra d'aborder le sujet tout en restant vague et d'envisager des similitudes éventuelles.

Les autres questions sont classées selon 5 axes annexés à la problématique :

- Les représentations et les liens entre les professionnels ;
- La connaissance du rôle des autres professionnels ;
- L'organisation et la prise en charge du patient ;
- La pluri-professionnalité ;
- Les possibilités d'organisation.

Une dernière question concernant la sémantique a clos l'entretien et des relances, écrites en italique, ont été prévues, au regard de la phase d'exploration. Cette grille a été testée et réajustée.

3.3.2 L'observation

Le stage d'encadrement a permis, en parallèle avec les objectifs et les activités relatifs au stage, d'enrichir ce travail de recherche en matière d'observation.

Dans un premier temps, un plan du rez-de-chaussée du centre (annexe 4) a permis d'interroger 15 patients sur leur circuit quotidien. Ils ont décrit leur prise en charge journalière, ainsi que les circulations à l'intérieur du centre (allers-retours).

Ce stage a permis également d'observer une réunion hebdomadaire dite « d'étage ».

3.4 Les limites

Le facteur temps a été une des principales limites de ce travail de recherche et en particulier concernant la part des observations. Il aurait été plus rationnel d'établir une grille d'observation précise, permettant d'évaluer les échanges entre les différents professionnels et de repérer éventuellement les lieux de rencontres informelles où l'ajustement de la prise en charge des patients se fait par l'oral.

3.5 La démarche

3.5.1 Organisation des entretiens

Lors de la première semaine de stage « encadrement hospitalier », le Directeur de l'établissement a été sollicité afin d'obtenir l'autorisation de réaliser une enquête au sein de son centre de réadaptation. Ce qui a été accordé.

Lors de la deuxième semaine de stage, les rendez-vous avec chacune des personnes que nous souhaitions interviewer, ont été pris. Une salle a été mise à disposition, ceci permettant d'être dans un lieu calme, en dehors de leur service.

Une fois le planning établi, les rendez-vous ont été confirmés par écrit précisant la date, l'heure et le lieu. Le cadre du service s'est proposé de confirmer les rendez-vous une semaine avant.

3.5.2 Lors des entretiens

Lors des entretiens, une présentation succincte de l'objet de recherche a permis d'expliquer que ce mémoire portait sur l'activité d'un centre de réadaptation. Un thème vaste a été volontairement choisi pour ne pas influencer les personnes interviewées. Tous les entretiens ont été enregistrés et complétés par prise de notes, puis retranscrits littéralement.

3.5.3 Tri et classement des données

Vu le volume de données recueillies, et avant d'envisager leur analyse, il a été nécessaire d'élaborer une stratégie de tri et de classement afin de ne perdre aucune information et de cibler les réponses au regard de la problématique.

Dans un premier temps, les éléments objectifs, importants et utiles à la problématique ont été surlignés pour chaque interview,

Ensuite, un tri sur un tableau de format A1, à double entrée a été nécessaire avec d'un côté les questions, en séparant les réponses spontanées des réponses après relance (si nécessaire), de l'autre, les différentes personnes interrogées, en sachant qu'elles ont été regroupées selon les catégories professionnelles du cadre de référence.

Chaque case du tableau a été remplie avec les données des entretiens.

Nous avons pu ainsi procéder à l'analyse des résultats, par question et au regard de la problématique, selon quatre items :

- Similitudes
- Différences
- Indicateurs
- Synthèse

Les résultats sont présentés sous forme de tableau en annexe 5.

Le meilleur cinéma, c'est celui où
l'action est longue et les dialogues
brefs...

John Ford

4 LES RESULTATS

LES DIALOGUES

Rendus à ce stade de ce travail de recherche, nous ne souhaitons pas exprimer les résultats de façon linéaire, question par question, afin d'éviter un effet redondant, mais ils seront utilisés au fur et à mesure de notre analyse.

Nous avons également choisi cette manière d'analyse, au vu des premiers résultats. En effet, nous avons tenté d'étudier s'il y avait des similitudes de réponses, entre différents corps professionnels.

N'en ayant pas mis en exergue, le choix de l'analyse s'est porté sur une analyse par axes.

Pour mettre en place notre analyse, au vu de l'importance des données de terrain, nous avons choisi d'utiliser le procédé suivant :

- Nous sommes partis des indicateurs et nous avons repéré trois axes principaux : l'équipe, la communication et le patient. (Cf. grille d'analyse en annexe 6).
- En recueillant les mots clés que les personnes avaient exprimés lors de la question « comment définissez-vous la pluri-professionnalité ? », nous avons remarqué que les réponses pouvaient être classées selon les mêmes axes :

EQUIPE
Complémentarité, Harmonie
Parfaite collaboration, Collaborer les uns avec les autres
Action des divers intervenants
Mise en commun des données et exploitation
Conscience de son identité professionnelle
Rôle bien défini
Techniques et moyens différenciés

Spécificité, Adaptabilité, Polyvalence Compétence, Respect

COMMUNICATION

Communication orale, Communication Echanges, Ouverture d'esprit Bonne entente Ecoute des collègues Ecoute du patient
--

PATIENT

Ecoute du patient Pour un même patient Objectif commun Vital Evolution
--

Pour synthétiser ces résultats et organiser l'analyse, nous garderons la même logique, c'est-à-dire que ces axes seront repris et mis en corrélation avec le thème de l'organisation, thème de fond de ce sujet de recherche. Les résultats des entretiens seront réinsérés au fur et à mesure de l'avancement de l'analyse et l'observation menée (annexe 7) viendra si nécessaire, corroborer ou compléter les données recueillies.

Monter un film , c'est lier les
personnes les unes aux autres et
aux objets par les regards .

Robert Bresson

5 ANALYSE DES RÉSULTATS

LE MONTAGE

5.1 *L'organisation et le travail en équipe*

5.1.1 La division des tâches

Bien qu'elle n'ait pas été abordée lors des entretiens, il nous apparaît utile de définir dans un premier temps, ce qu'est la division des tâches.

« La structure d'une organisation peut être définie simplement comme la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination. »²¹

Pour Philippe BERNOUX²², cette division des **tâches** est une des composantes qui caractérise l'organisation d'un groupe : « le travail (...) doit être réparti entre les individus d'une manière assez claire pour que l'un n'empiète pas sur l'autre. ». Le cadre kinésithérapeute rejoint cette idée ; la pluri-professionnalité est « réalisable si chacun respecte l'autre sans empiéter sur le travail de l'autre, ça c'est très important. »

Mais Philippe BERNOUX va au-delà de cette terminologie, puisqu'il précise qu'à cette division des tâches, s'ajoute une **distribution des rôles**. Le rôle que chaque acteur va jouer, lui est propre et lui permet de réaliser sa tâche à sa manière.

Il apparaît évident que, dans un centre de réadaptation, chaque intervenant a une tâche bien précise et définie. Nous avons vu précédemment, dans le cadre de référence, que chaque profession se définit par des actions qui lui sont propres. Cependant, chaque professionnel réalise sa tâche selon des axes qui lui sont propres.

²¹ H. MINTZBERG, Structure et dynamique des organisations, Paris, Editions d'organisation, 1982, p. 18.

²² P. BERNOUX, La sociologie des organisations, Paris, Essais, 19, p. 118.

Le cadre kinésithérapeute souligne que les rôles de chacun se définissent au regard des **textes législatifs**.

Même si le terme rôle n'est pas exactement comme l'entend Philippe BERNOUX, il est vrai que les textes, et en particulier les décrets d'actes relatifs à chaque profession, permettent de définir quelle tâche telle profession est apte à réaliser et influence de surcroît, la division des tâches.

La définition des actes professionnels pourrait être en corrélation avec la notion d'appartenance à un même corps.

5.1.2 L'appartenance à un même corps

En sociologie, le sentiment d'appartenance est le plus souvent associé à l'entreprise. Nous pensons qu'il peut être envisagé et associé à un corps professionnel.

L'appartenance à un même corps peut être décomposée en trois axes :

- La notion d'équipe et de groupe
- L'identité professionnelle
- Le langage et la culture

5.1.2.1 La notion d'équipe et de groupe

Si nous croisons les résultats de la question « qui fait partie de votre équipe ? » et « quelles sont les personnes qui font partie de l'équipe pluri-professionnelle ? », nous analysons plusieurs choses :

A la première question, où le terme de pluri-professionnalité n'a pas été abordé :

- la définition de l'équipe reste « mono professionnelle » puisque huit personnes sur dix nomment leur propre profession lorsqu'il s'agit de décrire leur équipe.
- Le cadre kinésithérapeute et le cadre ergothérapeute énumèrent les membres de leur service, en relation avec l'organigramme, c'est-à-dire

pour le service kinésithérapie, les kinésithérapeutes, les brancardiers et le moniteur d'éducation sportive.

- L'orthophoniste exprime : « je n'ai pas d'équipe je suis la bête rare à temps partiel » et la psychologue précise qu'elle « appartient au service médical », ensuite, qu'elle n'a pas d'équipe, mais souligne qu'elle appartient à la « grande équipe ».

A la question sur l'équipe pluri-professionnelle, toutes les personnes interrogées évoquent les professionnels de santé, comme faisant partie de l'équipe pluri-professionnelle, mais seulement quatre leur associent des professions logistiques. Les deux ergothérapeutes et le cadre kinésithérapeute parlent d'acteurs de soin.

Il est donc possible de mettre en corrélation ces données avec plusieurs concepts :

5.1.2.1.1 Le Groupe

Dans le cadre de ce travail, il est clair que les professionnels sont autre chose qu'un regroupement de personnes unies par une proximité physique, sans lien entre eux, comme par exemple une foule.

Nous pouvons donc envisager le concept de « groupe » et en particulier, dans un premier temps, celui de groupe primaire.

Le **groupe primaire** ou « restreint » peut signifier une « poursuite en commun et de façon active des mêmes buts .»²³ Les termes utilisés pour désigner un groupe primaire sont parmi d'autres, le collègue, l'équipe. Selon R. MUCCHIELLI, l'équipe est un groupe primaire typique, puisque les relations sont directes et il y règne une unité d'esprit et d'action.²⁴

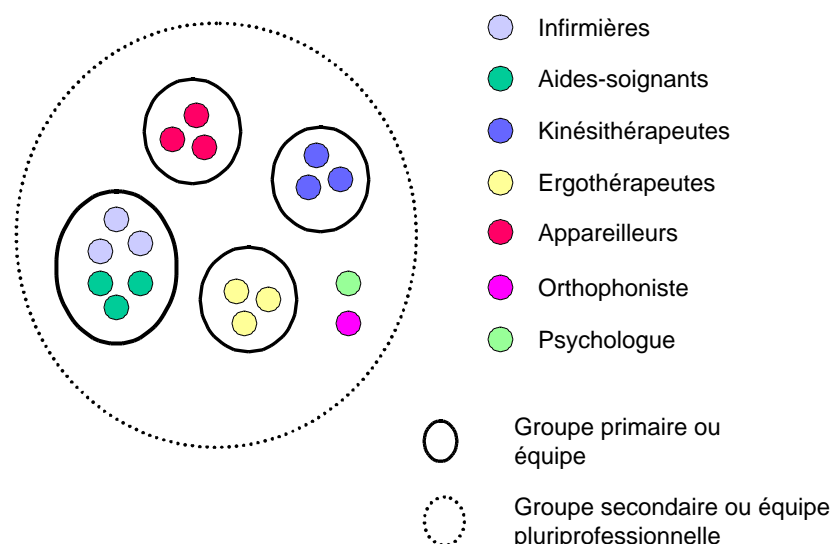
²³ D. ANZIEU, J.-Y. MARTIN, La dynamique des groupes restreints, Paris, P.U.F., [1968] 2000, 12^{ème} édition, p. 36.

²⁴ R. MUCCHIELLI, Le travail en équipe, Paris, Editions E.S.F., 1978, p. 5.

Le **groupe secondaire** ou organisation est « un système social qui fonctionne selon des institutions (...), à l'intérieur d'un segment particulier de la réalité sociale. »²⁵ Il s'agit donc d'un mélange de groupes primaires régi par une structure de fonctionnement. Il est rajouté que les rapports entre les personnes sont généralement froids, impersonnels. Les groupes secondaires sont plus importants en nombre et les contacts sont épisodiques.

Lorsque nous lisons « une poursuite en commun » et « objectifs communs », la notion de groupe restreint pourrait être l'équipe pluri-professionnelle. Cependant, dans le langage commun, l'équipe désigne spontanément un groupe de professionnels, comme par exemple, l'équipe des kinésithérapeutes, l'équipe des ergothérapeutes avec une nuance pour les infirmières interrogées qui considèrent leur équipe comme étant l'équipe soignante, regroupant les infirmières et les aides-soignantes. De plus, lorsqu'il s'agit de l'ensemble des différents professionnels, le mot équipe est toujours associé à un adjectif ; « grande équipe », « équipe pluridisciplinaire ».

Au regard des données du terrain et du concept de groupe, le schéma suivant peut résumer l'organisation du centre de réadaptation.



Ce schéma pouvant exprimer les notions de groupe primaire et secondaire, attardons nous maintenant sur l'acteur.

²⁵ *ibid.*, p. 40.

5.1.2.1.2 L'acteur

Le cadre kinésithérapeute définit l'équipe pluri-professionnelle par les **acteurs** de soin. Même s'il est le seul à exprimer le mot « acteur », il est judicieux d'aborder cet indicateur.

L'acteur est un individu ou un groupe qui participe à une action et qui a des intérêts communs pour cette action.²⁶

Il est impossible de parler d'acteurs sans citer Michel CROZIER. Les individus sont essentiellement des acteurs car ils agissent selon leurs propres envies, selon leurs idées et leurs stratégies.

Même dans ces situations de dépendance et de contrainte, non seulement les hommes ne s'adaptent donc pas passivement aux circonstances, mais ils sont capables de jouer sur elles et ils les utilisent beaucoup plus souvent qu'on ne croit de façon active.²⁷

En sociologie des professions, l'appartenance à une profession pouvant déterminer le comportement des acteurs, nous allons donc aborder **l'identité professionnelle**.

5.1.2.2 L'identité professionnelle

L'orthophoniste exprimait lors de la définition de la pluri-professionnalité, la nécessité de connaître son identité professionnelle : « ~~je~~ ~~dis~~ d'abord, conscience de son identité professionnelle, cela me paraît vital pour ne pas empiéter sur le domaine des autres. »

Le mot « identité » peut être défini de la façon suivante :

L'identité est un « caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe ». La définition en psychologie est la conviction d'un individu d'appartenir à un groupe social, reposant sur le sentiment d'une communauté géographique, linguistique, culturelle et entraînant certains comportements spécifiques²⁸.

²⁶ Cours de Magali ROBELET, I.F.C.S. « Le Vinatier », 13 février 2002.

²⁷ Michel CROZIER, Erhard FRIEDBERG, *L'acteur et le système*, Paris, Editions du seuil, 1977, p.43.

²⁸ Le petit Larousse, op. cit., p. 530.

« Appartenir à une collectivité, c'est partager avec les autres membres suffisamment de points communs pour se reconnaître dans le NOUS qu'elle forme (...) ; c'est s'identifier assez à ce NOUS pour y puiser, du moins pour une part, sa propre identité psychique et sociale. »²⁹

L'identité professionnelle complète le sentiment d'appartenance à un même corps. Lors de l'obtention d'un diplôme, nous obtenons une identité professionnelle, puisque ce diplôme nous permet de faire partie précisément d'une catégorie de professionnels. Dans le langage courant, nous exprimons notre identité professionnelle par « je suis ergothérapeute », par exemple. Nous ne disons pas « je suis titulaire d'un diplôme d'ergothérapeute ».

Dans ce cadre précis, l'identité professionnelle est assimilée à la profession.

Nous pouvons donc reprendre les critères de définition d'une profession :³⁰

- Les professions traitent d'opérations intellectuelles associées à de grandes responsabilités individuelles ;
- Leurs matériaux de base sont tirés de la science et d'un savoir théorique (logique de discipline)
- Les professions comportent des applications pratiques et utiles
- Leurs savoirs sont transmissibles par un enseignement formalisé
- Elles tendent à l'auto organisation, dans des associations ou syndicats
- Leurs membres ont une motivation altruiste.

Les professions et leurs identités sont également intimement liées à un **langage commun**.

5.1.2.3 Le langage et la culture

L'orthophoniste exprimait la notion de langage commun de la façon suivante : « il y a d'autres professionnels qui ont des techniques et un langage qui leur sont propres et je pense que par leur langage, on peut cerner leur exercice. » Elle évoque une anecdote :

²⁹ Michel LESNE, cité par Camille PETIT, Le cadre de l'an 2000, pédagogue de l'interculturel, Soins Cadres n° 34, 2^{ème} trimestre 2000, page 20.

³⁰ Magali ROBELET, op.cit.

Et le frein apporté par le langage de chacun. Si on veut communiquer cela suppose aussi que l'on connaisse un peu les techniques de l'autre, un peu. Les termes qu'il utilise. Je me souviens au début quand j'ai été arrivée ici, d'avoir parlé d'un patient en disant qu'il avait des problèmes articulaires. Pour moi c'était lié à l'articulation et un kiné qui m'a « agressée » j'ai dit, en disant « quoi, vous vous occupez des articulations !! ». Je suis tombée un petit peu en me disant : bon il faudrait quand même savoir de quoi on parle, tous ensemble !

Il n'est peut être pas anodin que ce soit l'orthophoniste, qui aborde ce sujet. Elle décrit son objectif de travail. « C'est essentiellement la remise en communication, d'abord des patients, puisque les patients que j'ai vus sont, en général porteurs de pathologie du langage. »

Le langage et, en particulier celui relatif aux termes techniques, peut renforcer l'appartenance à un même corps. En effet, ce fait permet aux professionnels, d'utiliser les mêmes mots, afin de définir les actes relatifs à leur profession. Ce langage est donc connu et reconnu par les pairs. « Le langage est alors vu comme élément d'une culture qu'il contribue largement à façonner ; il traduit le rapport d'un sujet ou d'un groupe à des valeurs sociales et culturelles. »³¹

La culture est une norme de comportement, valeurs et pratiques de travail construites par un groupe pour faire face à ses problèmes d'adaptation. Stabilisée comme la bonne manière de faire, la culture est un élément essentiel de l'identité professionnelle.³²

Il est donc possible de résumer l'appartenance par cette citation :

L'adhésion à des normes communes (...) facilite non seulement les rapports avec les autres, car les normes partagées fournissent un cadre de référence commun, mais elle permet aussi d'entreprendre des actions salutaires, impossibles à accomplir seuls (...) L'intégration dans des groupes et l'appartenance catégorielle participe à la définition de soi qu'élabore un individu (...) Et pour chacun de nous, être membre d'un groupe n'est pas secondaire, mais au contraire constitutif de notre identité.³³

³¹ Michèle GROSJEAN, Michèle LACOSTE, Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital, Paris, PUF, 1999, page 18.

³² Magali ROBELET, op. cit.

³³ Dominique OBERLE, « Les groupes : l'apport de la psychologie sociale », Les organisations, Etat des savoirs, Paris, Editions Sciences Humaines, p. 242.

La notion d'équipe étant définie, nous pouvons envisager à présent comment se définit l'équipe pluri-professionnelle, quels en sont les avantages, les inconvénients, au regard des résultats exprimés par les personnes interviewées.

5.1.3 L'équipe pluri-professionnelle

5.1.3.1 Leur définition

Nous avons vu dans le chapitre résultats, comment les termes utilisés pour définir la pluri-professionnalité, ont été regroupés par thème. En amont de ces résultats, à part la psychologue, toutes les personnes ont défini la pluri-professionnalité comme étant l'addition de plusieurs professions, qui sont **complémentaires**, et ont leurs **spécificités**. Six d'entre eux ont cité **le patient** comme étant le lien ou le centre de cette pluri-professionnalité. Voici la définition du cadre ergothérapeute :

L'idée que je m'en fais de la pluri-professionnalité, c'est le besoin de mettre à la disposition du projet de soin d'un patient, des compétences diversifiées, autour d'un même objectif, c'est-à-dire que si l'on considère que la reprise de l'autonomie, l'indépendance du patient, est un objectif commun, il faut pour servir cet objectif, une diversité de compétences ; comme on vient de le dire, dans un service d'ergothérapie, cette diversité peut être utile, mais au niveau d'une unité de réadaptation, il en est de même, et l'intervention du service infirmier, du service kiné, ergo, appareillage, psycho et orthophoniste représente une pluralité de compétences au service des besoins d'un même patient.

La pluri-professionnalité présente donc des avantages. Etudions ceux exprimés lors des entretiens.

5.1.3.2 Les avantages

Tout le monde s'accorde pour trouver des avantages à travailler en équipe pluri-professionnelle :

- Concernant l'enrichissement personnel :
Cinq professionnels ont décrit des avantages propres à eux-mêmes ; enrichissant, intéressant, pas de travail en solitude.
- Concernant le patient :

Des avantages concernant le patient ont été cités. Nous les reprendrons dans la troisième partie de cette analyse concernant l'organisation et le patient.

- Concernant l'équipe :

Les avantages ne concernent pas que le patient, puisque neuf personnes ont décrit :

- o Echanges , partage de la tâche ;
- o Avoir des spécialistes dans toutes les disciplines ;
- o Connaître le travail des autres , leur savoir , leur savoir-faire ;
- o Performance dans les champs de compétences diversifiées ;
- o Travail en équipe , en coordination ;
- o On continue le travail de l'autre
- o Complémentarité...

Ces avantages cités ci-dessus permettent aux professionnels, un enrichissement de leurs actions. Cela peut donc être associé à la notion de **complémentarité** des rôles ou des tâches.

Nous avons vu précédemment que l'organisation était assimilée à une division des tâches. A ce niveau de la réflexion et au regard des résultats des entretiens, il est possible de penser que l'organisation d'un centre de réadaptation n'est peut-être pas seulement une division des tâches, mais un partage de la tâche, avec une complémentarité des professionnels.

Lorsque nous parlons des différents professionnels de santé , dans un centre de réadaptation, il est courant de dire que nous sommes complémentaires : cet adjectif qualifie quelque chose qui constitue un complément, vient compléter une chose de même nature.³⁴

Le verbe « se compléter » précise qu'il s'agit de former un tout en s'associant. La pluri-professionnalité est bien une association de professionnels pour, dans la mesure du possible, former un tout dans la prise en charge du patient.

Même si cette association permet de nombreux avantages, il subsiste des inconvénients.

³⁴ Le petit Larousse, op. cit., p. 251.

5.1.3.3 Les inconvénients, les difficultés, les freins

En ce qui concerne les inconvénients de l'équipe pluri-professionnelle, ils sont moindres par rapport aux avantages, mais sont présents. Le cadre appareilleur précise qu'il faut qu'il y ait le moins d'inconvénients possibles, l'infirmière générale voit plus d'avantages que d'inconvénients et l'orthophoniste n'en voit pas. Cependant, ils existent et dépendent de la définition même de la pluri-professionnalité. En effet, puisqu'il y a plusieurs intervenants, il est nécessaire de partager, connaître, comprendre et dépendre.

Walter HESBEEN confirme :

Une complémentarité pluridisciplinaire effective nécessite entre autres, que la spécificité de chaque sous-groupe d'intervenants soit bien comprise, connue, reconnue et valorisée par tous. Méconnaître, sous-évaluer, ne pas intégrer ou dévaloriser un seul sous-groupe d'acteurs, une seule spécificité, c'est amputer l'équipe de réadaptation d'une de ses compétences, d'une de ses potentialités, d'une de ses richesses.³⁵

Nous retrouvons donc des inconvénients, essentiellement au niveau de l'équipe et nous pouvons citer des termes comme :

- Partage du succès de la rééducation, des objectifs, du **pouvoir** de décision
- **Dépendance** des autres, de leurs avis, de leur limites
- **Méconnaissance** du rôle des autres
- **Chevauchement** des disciplines, comprendre les contraintes des autres

Quand sont demandées les difficultés de la pluri-professionnalité, la principale difficulté se retrouve au niveau de la communication. Ce concept étant étudié ultérieurement, nous allons aborder d'autres difficultés liées aux **représentations**, à la **connaissance**, aux **jeux de pouvoir**.

5.1.3.4 Les représentations

Selon le cadre appareilleur, la représentation du travail de l'autre peut être une difficulté : « on peut s'accrocher sur un patient, sur la façon dont le kiné se représente un appareillage ou autre chose. »

³⁵ Walter HESBEEN, op.cit., p.94.

Nous pouvons envisager certaines affirmations comme nourrissant les difficultés liées aux représentations.

- on n'est pas les tâcherons d'autres professions
- c'est vraiment des professionnels haut de gamme

Le troisième sens commun de la représentation, celui qui nous concerne ici, appartient à la philosophie. Il s'agit de rendre sensible un objet (absent) ou un concept au moyen d'une image, d'un signe... En psychologie, la représentation est la perception, l'image mentale, etc., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel le sujet vit.³⁶

En psychologie sociale, la représentation devient une construction mentale qui porte sur les personnes, les relations entre les personnes et les situations :

« Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal. »³⁷

Après une définition provenant du domaine de la psychologie, nous souhaitons l'enrichir en décrivant le mécanisme des représentations.

Dominique GENELOT, en reprenant le concept de « système de représentation », emprunté à Jean-Louis LE MOIGNE, décrit un mécanisme qui permet de transformer la réalité en représentation.³⁸

Il distingue trois composantes dans ce système de représentation :

- la grille d'interprétation du monde, avec l'histoire personnelle, les différentes cultures (nationale, familiale, d'entreprise), la formation et l'expérience ;
- le contexte ou environnement géographique, physique, social, intellectuel, affectif ;
- les intentions ou la vision de l'avenir.

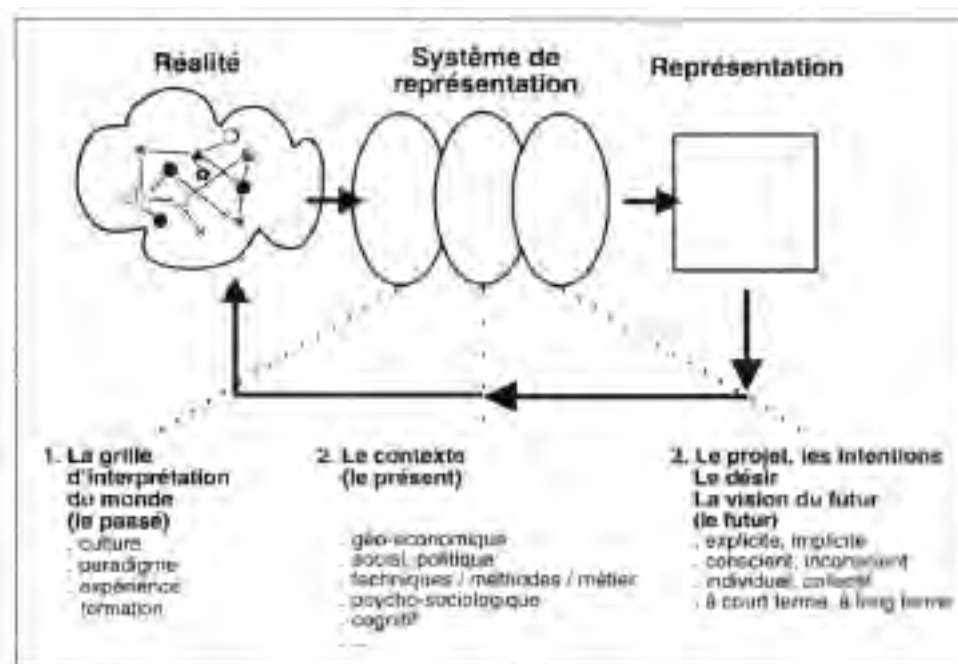
Il précise que « les représentations ne sont pas une image de la réalité, mais une construction de notre esprit, une interprétation. » Il résume ces trois composantes avec le schéma suivant :³⁹

³⁶ Le petit Larousse, op. cit., p.880.

³⁷ R. M. FARR cité par Françoise RAYNAL, Alain RIEUNER, op. cit., p. 322.

³⁸ Dominique GENELOT, *Manager dans la complexité*, Paris, INSEP CONSULTING, [1992, 1998] 2001, p.94.

³⁹ *Ibid.*, p.98 à 107.



Les trois composantes d'un système de représentation

Les représentations, à part celle du travail en équipe que nous avons déjà envisagées, n'ont pas été objectivement exprimées lors des entretiens. Cela est peut être dû à l'ancienneté des personnes interrogées. En effet, la moyenne d'ancienneté est d'environ 23 ans, ce qui permet de supposer que les représentations des professionnels, les uns par rapport aux autres, sont en corrélation avec la **connaissance**.

5.1.3.5 La connaissance

Nous avons vu précédemment que la méconnaissance du rôle des autres est un inconvénient à la pluri-professionnalité. A contrario, une meilleure connaissance des autres professionnels, de ses limites, ses contraintes permettrait d'améliorer le travail interdisciplinaire.

Le cadre appareilleur évoque : « Il faut que chaque professionnel comprenne les contraintes des autres professions que la sienne, et les demandes... et les obligations et après on se comprend mieux. » Il argumente sa réflexion au travers d'un exemple. Lorsqu'un intervenant lui demande de réaliser ou de modifier une prothèse, il lui faut savoir que cette réalisation ne peut pas se faire dans la minute qui suit, et que cette demande s'intercale dans un planning déjà établi et chargé.

Il est donc important pour le bon fonctionnement des services que chacun connaisse les différents modes de fonctionnement et leurs contraintes.

La première définition de Jean-François Le NY permet d'aborder le concept de la connaissance par « une croyance vraie justifiée, ou plus généralement représentation adéquate justifiée. »⁴⁰

D'après le dictionnaire des mots clés⁴¹, il est possible d'envisager plusieurs catégories de connaissance :

- Les connaissances déclaratives relatives aux faits ;
- Les connaissances procédurales relatives à un savoir-faire.

Au regard de cette définition, nous pensons que la connaissance du rôle des autres dans un centre de réadaptation s'envisage comme une représentation adéquate et que ces deux notions sont intimement liées.

A priori, d'après les entretiens, chacun connaît à peu près le rôle des autres intervenants, mais une infirmière responsable de service précise qu'elle ne connaît sûrement pas le rôle de chacun à fond.

Les personnes interviewées sont présentes depuis longtemps, l'infirmière générale évoque à propos de la connaissance : « c'est l'avantage, on est tous là depuis longtemps. »

Si la connaissance du rôle des autres vient avec le temps, la formation initiale peut éventuellement donner une perception des professionnels de santé et de leurs limites.

5.1.3.6 La formation initiale

Après la relance « la formation initiale est-elle un frein à la pluri-professionnalité ? », les avis sont partagés :

- Trois personnes répondent non : « au contraire si chacun sait ce qu'il doit faire » ;
- Les deux ergothérapeutes s'interrogent : « si elle s'est contentée de donner des compétences et un diplôme et qu'elle n'a pas préparé au travail de collaboration. »
- Quatre personnes répondent oui ;
 - o dans la mesure où chacun est formé avec ses propres techniques, son langage ;

⁴⁰ Françoise RAYNAL, Alain RIEUNER, op.cit., p. 86.

⁴¹ Loc.cit.

- o Tel que je la vue il y a 25 ans oui Rééducation, on ne m'a jamais dit ce mot là, c'est juste si je savais qu'il travaillait en rééducation.

Le cadre kinésithérapeute répond massivement :

« La formation n'est pas faite dans le cadre de la pluridisciplinarité. Quand on sort des études de kiné, on a un aspect très fluide de ce que les autres font, ergo, appareillage, ... infirmier ... et ça c'est dommage. (...) cela devrait être fait au niveau de la formation initiale, de savoir ce que fait l'autre, les difficultés, le rôle de chacun... (...) Quand les gens sortent des écoles, ils ne savent pas très bien le rôle des autres. »

Au vu des résultats, la formation initiale n'est pas forcément un frein à la pluri-professionnalité. Il est cependant possible d'imaginer qu'elle pourrait contribuer à connaître les zones de chevauchement.

5.1.3.7 Les chevauchements

La notion de **chevauchement** est exprimée de plusieurs façons :

L'ergothérapeute adjointe aborde le sujet en disant : « à certains moments, on peut retrouver dans les exercices, des chevauchements entre les différentes disciplines. ». Une infirmière responsable de service rajoute : « on a l'impression de déborder. » La kinésithérapeute adjointe précise :

Les ergos et les kinés, donc c'est vrai qu'au point de vue rôle, (...) on a quand même des rôles un petit peu... de rééducation, un petit peu comparable et qui sont quand même différenciés, mais c'est sans doute notamment par rapport au patient, les deux professions qui se ressemblent.

Ne pouvant aller plus loin en ce qui concerne les chevauchements, nous allons aborder à présent les jeux de pouvoir qui peuvent s'exercer au sein d'un centre de réadaptation.

5.1.3.8 Les jeux de pouvoir

Le cadre ergothérapeute est le seul à avoir abordé les jeux de pouvoir au sein d'une équipe pluri-professionnelle, et pour l'illustrer, son discours est explicite :

Pour moi la difficulté, c'est quand se traduit dans le jeu du fonctionnement de la pluriprofessionnalité, une confusion entre le jeu de responsabilité et le jeu de pouvoir, c'est-à-dire que si je perçois bien ce qui se passe, il y a un partage de responsabilité qui s'établit dans la structure de soins pluridisciplinaire, et quand il y a confusion entre exercice de la responsabilité et exercice du pouvoir ; il y a une réelle difficulté de fonctionnement. Et cette confusion (...) peut conduire à des dysfonctionnements. (...) toute prise de pouvoir peut devenir rapidement abusive, si on n'est pas respectueux de la responsabilité de chacun, donc il est comme de prendre sa propre responsabilité comme prétexte pour asseoir son pouvoir, donc les jeux de pouvoir peuvent se faire dans tous les sens et peut être l'objet.. le fait de mettre son expertise en avant pour... pour justifier d'un pouvoir exclusif et puis il peut être le fait de la mise en avant de la responsabilité pour exercer l'autorité sans partage.

Les sources de pouvoir sont multiples ; expertise, maîtrise de l'incertitude des relations entre l'environnement et l'organisation, détention d'information, utilisation de règles organisationnelles. Le cadre ergothérapeute emploie le mot « expertise ». L'observation menée en parallèle confirme cette notion d'expertise, puisque le mode de management principal se fait sur un mode d'expert.

Les rapports de pouvoir dépendent également des « zones d'incertitude ». Ces incertitudes sont liées à l'environnement, aux éventuels changements et deviennent alors des contraintes pour les acteurs. Cette incertitude peut diminuer alors leur pouvoir.

Michel CROZIER insiste également sur le caractère relationnel du pouvoir, car le fait d'agir sur quelqu'un permet une entrée en relation :

Le pouvoir est donc une relation, et non pas un attribut des acteurs. Il ne peut se manifester – et donc devenir contraignant pour l'une des parties en présence – que par sa mise en œuvre dans une relation qui met aux prises deux ou plusieurs acteurs dépendants les uns des autres dans l'accomplissement d'un objectif commun qui conditionne leurs objectifs personnels.⁴²

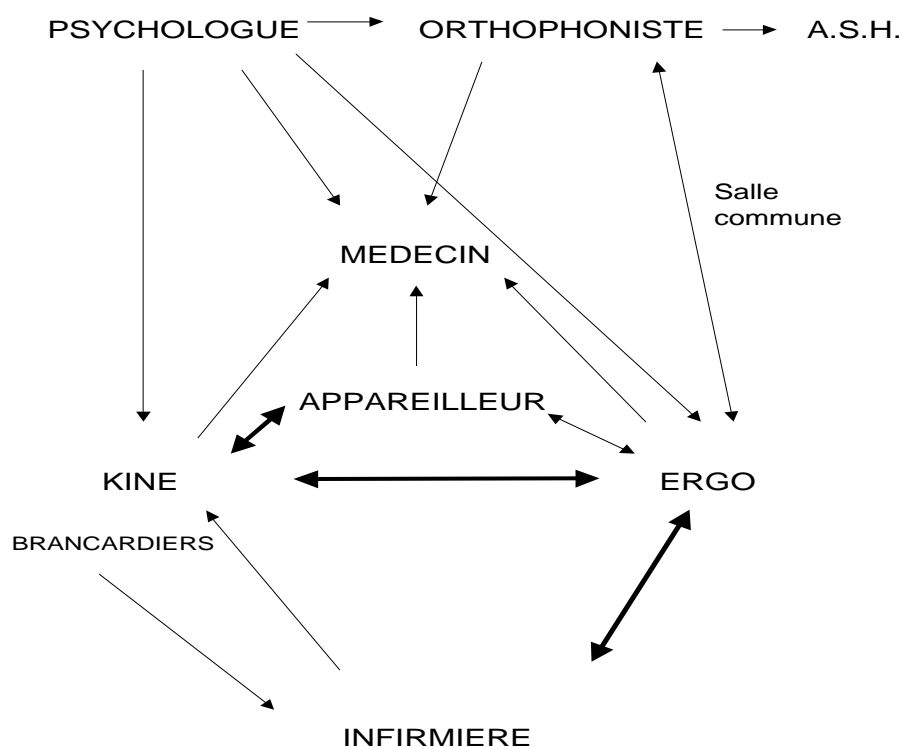
Dans ce cadre là, les acteurs n'ont pas l'envie spécifique de pouvoir ou plus communément appelée « la soif du pouvoir », mais ce pouvoir existe car il existe une interdépendance entre les acteurs.

Nous allons donc étudier les relations entre les personnes interrogées.

⁴² Michel CROZIER, Erhard FRIEDBERG, op. cit., p. 65.

5.1.3.9 Les relations

Pour exprimer les résultats concernant les relations entre les différentes équipes, nous avons réalisé le schéma suivant, au regard de la question « avec quels professionnels travaillez-vous le plus souvent ? » :



Les traits en gras traduisent une relation à double sens et étroite exprimée lors des entretiens. Ces résultats sont corroborés par l'observation que nous avons pu mener en parallèle lors du stage, par les contacts informels entre les différents membres du personnel.

Nous observons que :

- Les thérapeutes isolés, la psychologue et l'orthophoniste, n'ont pas ou peu été cités ;
- Les médecins sont au centre des relations ;
- les relations sont plus importantes entre les quatre services suivants : les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les infirmières et les appareilleurs.

Quand nous croisons avec les réponses à la question « quelles sont les personnes qui font partie de l'équipe pluri-professionnelle ? », nous remarquons que l'infirmière générale avait répondu : « tout le monde, tous les services, les trois : kiné, ergo, appareillage quand on a besoin d'eux (...) ces quatre services avec l'infirmière, ces quatre services, on travaille ensemble. »

Au-delà des relations entre les professionnels, nous pouvons enchaîner sur les modes d'interactions que sont, la collaboration et la coopération, au sein de l'équipe pluri-professionnelle.

5.1.3.10 La collaboration et la coopération

Le cadre kinésithérapeute définit la pluri-professionnalité par « une parfaite collaboration entre chaque service ». L'infirmière générale répond à cette même question, « collaborer les uns avec les autres, parce que l'on se rend compte, dans un service de rééducation, on a vraiment besoin de... ». Elle ne termine pas sa phrase, mais rajoute « on dépend, on est très lié ».

Cet indicateur est revenu plusieurs fois au cours des entretiens.

Collaborer vient du latin « laborare », qui signifie travailler et « cum », avec. Il s'agit donc de travailler avec d'autres à une œuvre commune.⁴³

L'ergonomie envisage la collaboration comme une forme d'interactions entre les activités. La collaboration explicite pour la réalisation d'une même tâche, requiert de la part des différentes personnes, un recueil d'informations sur le déroulement de l'action des autres, de manière à pouvoir ajuster leurs modes opératoires en temps réel.⁴⁴

A notre avis, les interactions entre les professionnels de l'équipe pluri-professionnelle vont au-delà de cette collaboration explicite.

Dans la littérature, la collaboration est souvent associé à la coopération qui, en sémantique est son synonyme. Bien que ce terme n'ait pas été employé, nous allons nous y référer, pour en dégager les façons de travailler les uns avec les autres.

⁴³ Le petit Larousse, op. cit., p.242.

⁴⁴ F. GUERIN, et al., Comprendre le travail pour le transformer, La pratique de l'ergonomie, Paris, Editions de l'ANACT, 1991, p. 79.

P. ZARIFIAN décrit deux stades de la coopération⁴⁵ :

- Une version « faible » qui repose sur une simple coordination des actes de travail, qui pourrait correspondre à un ajustement mutuel des activités ;
- Une version « forte » où le fait de travailler ensemble dépasse le simple fait de coordonner des travaux séparés. Dans ce cadre précis, il est nécessaire d'établir des accords solides sur :
 - La nature des problèmes à traiter et des savoirs à développer
 - L'identité des objectifs et le processus commun de leur définition
 - Le sens donné aux actions
 - Les implications subjectives « croisées » des individus et de leurs actions.

Nous reprenons la définition de la coopération de C. DEJOURS, M. GROSJEAN et M. LACOSTE pour insister sur le fait que « la coopération ne se décrète pas ; il ne suffit pas de pouvoir coopérer, encore faut-il « vouloir le faire »(...) les connaissances partagées et les référentiels communs, source d'économie et d'adéquation, permettent des fonctionnements à l'implicite ; l'existence de perspectives multiples et l'adaptation aux événements nécessitent cependant un travail permanent de mise en cohérence, où la communication intervient(...). »⁴⁶

La coopération telle que nous venons de la décrire est bien au confluent des deux concepts envisagés que sont le travail en équipe et la communication.

⁴⁵ Cours de Monsieur LONGIN, I.F.C.S. « Le Vinatier », octobre 2001.

⁴⁶ Michèle GROSJEAN, Michèle LACOSTE, *op. cit.*, p. 36.

5.2 L'organisation et la communication

L'action collective ne peut donc s'envisager sans la communication. Celle-ci concerne non seulement les informations relatives à la vie de l'établissement, mais surtout celles concernant le patient, ses atteintes, son évolution, ses objectifs thérapeutiques.

La communication est d'autant primordiale que le nombre d'intervenants est important, ce qui est le cas en centre de réadaptation.

Ce terme a été cité à maintes reprises (six personnes ont abordé le thème de la communication dès la question portant sur leur définition de la pluri-professionnalité) et par toutes les personnes interviewées :

- L'important c'est la communication, communication orale ;
- La communication est importante ;
- Echanges des techniques propres à chacun ;
- Tout le monde est à l'écoute du patient ;
- Ecoule du patient, des collègues..

Nous retrouverons également dans la question « quels sont les freins à la pluri-professionnalité ? », des freins relatifs à la communication.

Avant d'aborder ce grand concept de la communication, nous souhaitons rappeler quelques généralités et son processus.

5.2.1 Généralités sur la communication

La communication dépend essentiellement du message qu'elle contient et de sa qualité, c'est à dire que le message reçu par un récepteur doit être identique à celui envoyé par un émetteur.

Ce schéma tiré du livre « Communiquez efficacement »⁴⁷ permet d'appréhender le processus de la communication :

⁴⁷ Chris ROEBUCK, Communiquez efficacement, Paris, First Editions, 199, p. 32.



Dans ce processus de la communication, l'encodage est l'énonciation du message, les transmetteurs et les récepteurs sont les différents sens (l'ouïe, la vue, le toucher) qui servent à le révéler.

Cette étape peut rencontrer des difficultés notamment le bruit comme le mentionne ici ce schéma. L'interférence dans la transmission d'un message peut donc être auditive, mais également parasitée par des problèmes de concentration.

Le décodage du message dépend non seulement des récepteurs mis en place pour le recevoir, mais également de son interprétation.

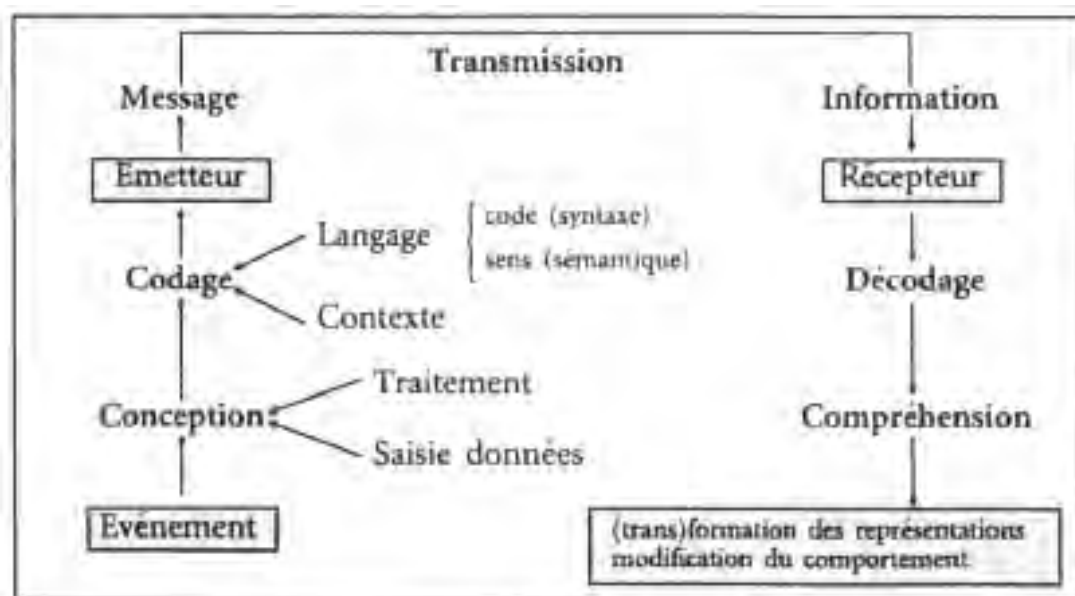
Pour une meilleure communication, il est alors nécessaire de mettre en adéquation la perception de l'émetteur et celle du récepteur.

Nous allons essentiellement nous intéresser aux différents canaux, permettant de relier l'émetteur au récepteur. Pour cela, il faut faire appel à la théorie de l'information qui s'occupe de la transmission des messages ou signaux.

5.2.2 Le circuit de l'information

Quand nous posons la question sur la communication d'information, une infirmière responsable de service précise : « l'information il faut la chercher »

Nous pouvons donc compléter le schéma de la communication par celui-ci, tiré du « guide du cadre de santé, pratique du management »⁴⁸ :



Il est également possible de reprendre l'idée suivante qui compare le circuit de l'information au circuit sanguin : « Au centre, une pompe « aspirante – refoulante » assure la collecte du sang vicié et, après retraitement par les poumons, la redistribution du sang vers tous les organes du corps ; cet échange se réalise grâce à un réseau de canalisations (artères, veines...). »⁴⁹. Est rajoutée à cette image, un idée très puissante : « Le rôle du système sanguin est essentiel puisque tout membre qui n'est pas parcouru par le sang et nourri par lui meurt rapidement. »⁵⁰

Cet auteur affirme que **toutes les personnes, travaillant dans une même entreprise, doivent recevoir l'information, sous peine d'exclusion.**

Micheline RIBAUTL décrit plusieurs sortes d'informations⁵¹ :

- L'information opératoire qui correspond à l'information minimale nécessaire techniquement à l'exécution d'une tâche, avec des ordres, des consignes, des outils, des normes opératoires. Elle est émise par tous les services ;

⁴⁸ Micheline RIBAUTL, *Le guide du cadre de santé, pratique du management*, Paris, Editions Lamarre, 1998, partie III, I, 11045.

⁴⁹ Hugues ANGOT, *Système d'information de l'entreprise*, Bruxelles, De Boeck, [1992-1996], 1999, page 18.

⁵⁰ Loc. cit.

⁵¹ Micheline RIBAUTL, *op. cit.*, Partie III, I, 11020.

- L'information « intégratrice » et facteur d'ambiance, qui comprend :
 - L'information péri-opératoire qui porte sur le fonctionnement de l'établissement et permet à chacun de se situer dans l'équipe ;
 - L'information motivationnelle sur le sens de l'action qui permet de connaître les buts, les moyens, les normes et les contraintes de l'institution ;
 - L'information personnelle, qui concerne la promotion interne, la formation et le perfectionnement professionnels ;
 - L'information générale qui porte sur les organismes internes et externes qui intéressent les collaborateurs et sur les relations externes de l'établissement.

Il nous apparaît évident que dans un centre de réadaptation, la transmission d'informations est nécessaire, surtout celles concernant le patient.

La transmission d'informations, si nous reprenons le schéma ci-dessus et l'image du système sanguin, se fait par un réseau de canalisations, qui correspond donc au support physique nécessaire à la transmission du message.

Nous allons donc aborder les modes de communication et ses supports.

5.2.3 La communication informelle

Le cadre appareilleur aborde la communication d'informations sur le patient en parlant d'informel, et il en donne sa définition : « L'informel, c'est la discussion, à bâton rompu, au coup par coup, mais qui est aussi efficace. »

La kinésithérapeute adjointe répond à la question : « comment s'organise la communication d'informations sur le patient avec les autres professionnels ? » par : « au jour le jour en fonction du patient, soit de vive voix ou par téléphone. Ça, c'est le quotidien. »

La psychologue, répond par : « on prend un petit temps comme cela, informel (...), un petit temps informel de mise en commun de nos points de vue. »

Selon Michel AUGENDRE, directeur des ressources humaines de la Chambre de Commerce et de l'Industrie de Saint-Etienne-Montbrison, l'absence de dispositifs formalisés est fréquente dans les organisations de taille moyenne, car l'entreprise est trop importante pour que tout le monde sache tout, mais trop petite pour avoir les moyens de développer des dispositifs de communication interne.

Dans ce cadre là, c'est « la communication informelle du corps social avec lui-même (autrement dit la rumeur) qui prend le pas sur le reste. »⁵²

Le mot rumeur n'a pas été cité dans mes entretiens. Cependant, la communication informelle et le manque de dispositifs formalisés sont expressément évoqués au cours des discussions.

Ce mode de communication peut fonctionner pour des actions temporaires, d'importance moyenne, qui ne concerne que peu de personnes. Lorsqu'il s'agit par exemple, d'ajuster des horaires d'un patient, il est évident qu'il n'est pas nécessaire de formaliser ces informations. Le mode informel est tout à fait envisageable et reste de toute façon, un mode de communication privilégié quand il s'agit d'une communication bi-polaire. Lors de mes observations, le téléphone et/ou le contact direct restent des moyens privilégiés que les personnes utilisent pour communiquer.

Cependant pour une communication d'informations plus large concernant la majorité des intervenants, il devient nécessaire de formaliser leur transmission.

5.2.4 La communication d'informations

5.2.4.1 Les compte-rendus

Un mode de transmission d'informations concernant le patient est le compte-rendu médical ou bilan d'entrée ou d'évolution. Ce compte-rendu cité par la moitié des personnes interrogées, est systématique et permet un détail de l'état civil du patient, de l'anamnèse, des antécédents et des bilans réalisés par le médecin. Il indique également la conduite à tenir par intervenant.

Une fois enregistré, tapé et distribué, le compte-rendu permet à chaque service d'avoir une information initiale commune du patient et de son état de santé.

⁵² Michel AUGENDRE, « Les maux de la communication interne », La communication Etat des savoirs, Paris, Editions Sciences Humaines, page 254.

Le compte rendu est un document fidèle et objectif qui transmet des informations sur une situation particulière, sans y introduire un jugement personnel ou ses propres commentaires. Il restitue tout ou partie du contenu d'une réunion ou d'une activité ; il permet d'informer des personnes extérieures, de garder des traces (mémoire individuelle et collective).⁵³

Cette définition ne précise pas quelle forme doit avoir le compte-rendu. Les observations ont montré que dans ce centre de réadaptation, le compte-rendu est un support papier. Cependant, d'autres informations relatives au patient utilisent un autre support, l'informatique.

5.2.4.2 L'informatique

L'informatique est également un support de l'information qui prédomine dans les entretiens. Quatre personnes l'ont cité dans la question « comment s'organise la communication d'informations sur le patient avec les autres professionnels ? ».

L'informatique est « la science du traitement automatique et rationnel de l'information considérée comme le support des connaissances et des communications »⁵⁴ et fait donc partie des technologies de la communication.

Le cadre ergothérapeute exprime : « on peut partager en direct mais aussi par l'informatique à l'heure actuelle, puisqu'il nous faut fixer les horaires d'ergothérapie (...) c'est un autre mode de communication. Et pour ce qui est du système informatique, c'est le seul qui nous permet d'échanger au sujet des patients, un moyen, il n'y a rien d'autres. »

L'informatique, dans ce centre de réadaptation, permet donc la transmission des horaires des patients, des différents services.

Une infirmière responsable de service ajoute la transmission de fiches « où il y a la dépendance du malade, les gens qui n'ont pas appui, s'il marche dans les barres parallèles, en déambulateur (...) Tout cela, c'est mis à jour, le kiné a accès aux notes, il a la dépendance. »

⁵³ Micheline RIGAUD, op. cit., partie III.

⁵⁴ Cours de Patrice LOMBARDO, I.F.C.S. « Le Vinatier », le 01 octobre 2001.

L'accès semble cependant restreint puisque le cadre appareilleur relativise l'importance des données informatisées : « Par contre, on n'a pas accès aux dossiers kinés, aux dossiers ergos, aux dossiers médicaux. ». Quand nous lui demandons les raisons, il répond qu'il s'agit « de confidentialité sûrement ».

Les observations infirment cette raison, car un projet d'informatisation est en cours. Tous les services sont déjà en réseau, mais ils souhaitent créer un dossier patient informatisé.

La kinésithérapeute adjointe est la seule à aborder ce projet : « il y a un projet par rapport à l'informatique, où on sera sensé aller voir... où il y aura un report presque quotidien de l'état du patient. »

Au-delà de l'état quotidien du patient, un autre support de l'information peut être envisagé : les réunions.

5.2.4.3 Les réunions

Les réunions ont également été citées comme organisation permettant la communication d'informations sur le patient, avec les autres professionnels.

La psychologue parle de temps de réunions, de partage à son initiative, avec le médecin référent et les intervenants référents.

Nous remarquons cependant quelques contradictions :

- L'infirmière générale nous dit qu'il n'y a pas de réunion ;
- Les deux infirmières responsables de service décrivent la réunion dite « d'étage ».

Les réunions de synthèse seront étudiées dans la troisième partie de l'analyse, avec l'organisation et le patient.

Les supports de la communication ne sont pas les seuls facteurs d'une « bonne communication », les situations d'appel et notre questionnement de départ abordaient les locaux, comme facteur déterminant de la communication.

5.2.5 La communication et les locaux

Lors de la construction du questionnaire, les locaux étaient une relance à la question « quels sont les freins de la pluri-professionnalité ? ».

En réponse spontanée à cette question, la kinésithérapeute adjointe est la seule à exprimer ceci : « il y a les locaux ; en principe, les ergos, c'est un peu moins vrai, mais les kinés on monte exceptionnellement aux étages. On va aller voir un patient ou aller voir un patient (...) Les locaux sont un frein dans la mesure où tu n'as pas de plateau technique à l'étage. »

Après notre relance, huit personnes répondent par la positive :

- Il faut une distinction des locaux, mais il ne faut pas non plus un éloignement de certains locaux ;
- Ils veulent faire une hospitalisation de jour et du coup, l'appareillage sera complètement excentré par exemple. On aurait reconstruit de nouveaux bâtiments, on aurait eu comme ça, on aurait été à côté de la mécano par exemple. Donc on aurait été à côté des kinés, ergos, ça aurait été plus efficace pour la communication ;
- La preuve, on communique avec les ergos, parce qu'elles sont sur place ; ce n'est pas très bien disposé pour que l'on puisse communiquer avec le kiné, c'est très bien ;
- Il y aurait une salle de kiné à l'étage, une ou plusieurs, on verrait plus les kinés, donc automatiquement on communiquerait plus ;
- Quand il y a des gens qui sont pris en charge en chambre, au départ, les kinés viennent nous voir et communiquent beaucoup plus.

L'orthophoniste est la seule à affirmer que : « Ici non je trouve que le service de rééducation est assez concentré, je peux facilement aller chercher un patient en kiné, cela me permettra de voir ce qu'il fait. »

Le cadre kinésithérapeute aborde le problème sans que la question ait été abordée auparavant : « c'est une question d'éloignement, le mode d'organisation, l'on est un peu bien géographiquement du secteur de soins infirmiers. »

L'organisation de l'espace et des locaux n'est pas anodine et influence la communication entre les différents services. Il apparaît évident que la proximité des professionnels leur permet de mieux communiquer. En effet, lorsque l'émetteur et le récepteur sont proches géographiquement dans l'espace, la communication d'informations se fait en temps réel, en simultané. L'interaction est immédiate.

A contrario, quand les intervenants sont éloignés, il faut prendre la peine de faire l'effort, soit de téléphoner (cela oblige un déplacement de la personne appelée), soit de se déplacer.

L'importance de la situation géographique des bureaux est confirmée par l'infirmière générale :

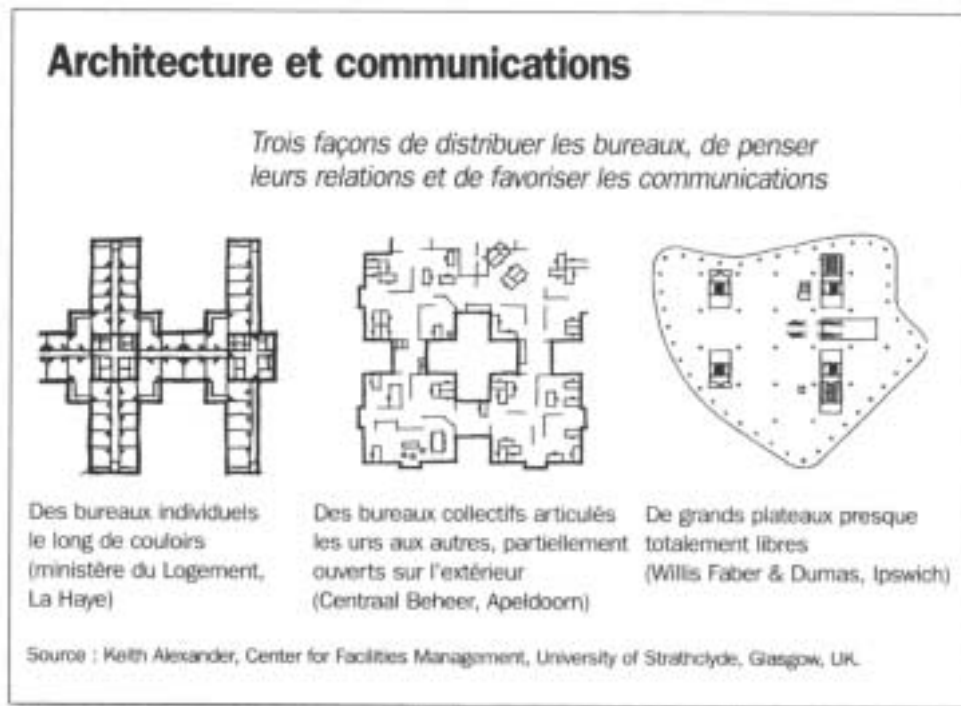
Mon bureau est là en bas, il est plus avec les médecins et les secrétaires, qu'avec les infirmières puisque je suis vraiment excentrée par rapport aux services d'infirmière. Mais d'un autre côté, je suis, c'est un peu la plaque tournante ici, le bureau des informations de tout le monde, tout le monde vient ici et puis, ou J ou M, quand ils viennent chercher leur dossier, ils s'arrêtent là et ce là, ça peut être tous les jours, pas longtemps avec eux ; dans le sens où ils ont besoin de savoir quelque chose ou un complément d'informations ou autres choses, c'est vraiment je centralise beaucoup toutes les informations.

François LAUTIER, sociologue, corrobore ces résultats : « L'architecture se voit et, en deçà des mots, raconte quelque chose. Ce peut donc être un support de communication. »⁵⁵ Cet auteur distingue des choix organisationnels forts, lors de la conception d'un bâtiment : « modèle centralisé ou non, territorialisation des personnes ou recherche des mobilités, différenciation des groupes et des personnes, importance donnée aux statuts... »⁵⁶ Même si ce discours est adapté à milieu de l'entreprise, nous remarquons que la dénomination des espaces de travail, dans un centre de réadaptation, se fait au regard de leur fonction (ergothérapie, mécanothérapie, service médical...).

Dans l'article précédemment exploité, est inséré un aparté sur différentes façons d'organiser des locaux, d'imaginer leurs relations et donc les communications.

⁵⁵ François LAUTIER, « Espaces de travail : une ressource stratégique », Les organisations, Paris, Editions Sciences Humaines, p. 323.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 326.



Ce schéma nous montre à quel point l'architecture peut agir sur la communication. Faut-il cependant modifier les locaux actuels ?

Lorsque nous abordons la question de l'éventuelle réorganisation des locaux en vue d'améliorer la prise en charge pluri-professionnelle, les réponses sont plus modérées :

- Les locaux ne sont pas si mal que cela ;
- C'est secondaire.

Des expériences dans le secteur tertiaire montrent qu'une réorganisation de l'espace de travail n'améliore pas forcément la communication. « ces résultats montrent que les diverses conceptions de l'aménagement des bureaux ne doivent pas être vues et utilisées comme des solutions miracles qui apporteraient « la » solution aux problèmes de la communication. »⁵⁷

Nous analysons donc que la communication est primordiale pour favoriser le travail en équipe pluri-professionnelle. Une communication efficiente permet également d'acquérir les informations nécessaires à une prise en charge efficace du patient.

⁵⁷ Gustave-Nicolas FISCHER, « les espaces de travail », La communication Etat des savoirs, Paris, Editions Sciences Humaines, page 266..

5.3 L'organisation et le patient

5.3.1 La place du patient

5.3.1.1 La terminologie

Avant d'aborder l'organisation de la prise en charge du patient, nous allons reprendre les différents termes utilisés lors des entretiens pour le nommer et les définir.

Commençons par la kinésithérapeute adjointe qui parle du malade. Pour elle, la pluri-professionnalité est « au service du malade, puisque le principe, *l'outil de base*, c'est le *malade* ».

Le cadre kinésithérapeute déclare que « l'objectif du centre de rééducation, c'est de répondre à la demande des *clients* : les patients. »

Le terme le plus communément utilisé lors des entretiens demeure le **patient**.

Pour définir ces différents mots, auxquels nous souhaitons rajouter l'**usager**, bien qu'il n'ait pas été employé, nous utiliserons les définitions de Jean-Bernard PATURET, Professeur des Universités à Montpellier :⁵⁸

Le **malade** : l'origine étymologique est le mot latin « male habitus », ce qui signifie que le malade est envahi par quelque chose de mauvais.

« Le terme de **malade** peut placer l'individu dans la dépendance, voire dans la soumission à l'organisation, aux soignants, aux médecins ou encore à l'administration. »⁵⁹

⁵⁸ Jean-Bernard PATURET, « Patient, usager, client,... réflexion sur les catégories », Soins Cadres, n°36, 4^{ème} trimestre 2000, p. 18-21.

⁵⁹ Loc. cit.

Le **patient** signifie celui qui souffre, qui supporte et qui subit. « Actuellement, dans le discours contemporain, on demande au patient d'être acteur de sa prise en charge, mais c'est, dans le meilleur des cas, pour exiger de lui la compliance (terme anglo-saxon signifiant conformité à une procédure ou à un protocole) la plus totale possible aux ordonnances prescrites. »⁶⁰

Le **client** est un terme emprunté aux anglo-saxons et il situe le « patient », dans un rapport différent vis à vis des professionnels de santé. Il s'agit bien d'en tenir compte puisqu'il devient le commanditaire.

Quant à l'**usager**, ce terme désigne celui qui utilise les services publics. Il possède un réel droit d'usage. « Cette appellation d'usager fait référence à une position de consommation, mais aussi à une association possible, par des mécanismes de participation, à la production d'un service. »

Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE définissent plusieurs sortes « d'usagers » où ces usagers demeurent « une cible, une proie, un objet à partir duquel les professionnels pourront exercer leur art (...) »⁶¹

En fonction du terme employé, il semblerait que la représentation associée soit différente. Cependant, comme l'exprime le cadre appareilleur, « tout le monde est concerné par le patient puisque c'est notre raison sociale ; l'existence du centre est faite pour eux. »

Le patient est bien lui aussi acteur, et de surcroît, il est au centre de l'organisation du centre de réadaptation.

5.3.1.2 Les avantages de la pluriprofessionnalité

Six personnes l'expriment de façon spontanée et claire :

- o C'est le patient qui en premier en profite, il bénéficie d'autres professionnels ;
- o Cela peut permettre au patient d'avoir une relation plus facile avec l'un des intervenants ;
- o La diversité des prises en charge (...) de meilleure qualité ;

⁶⁰ Loc. cit.

⁶¹ Philippe DUCALET, Michel LAFORCADE, op. cit., p. 76.

- o On est tous sur place, pour agir au mieux et au plus vite, pour la rééducation du patient ;
- o Connaître le malade avec ce qui se passe dans les autres services.

Nous nous rendons compte que le patient est le premier à bénéficier de cette pluri-professionnalité. Cela est corroboré par les réponses à la question « quel est l'objectif de votre travail ? » où les ergothérapeutes et les deux infirmières responsables d'étage ont donné un objectif similaire concernant le patient : l'autonomisation du patient. Si nous reprenons la définition du centre de réadaptation, le patient est le premier bénéficiaire de cette **pluralité de professionnels**.

La place du patient est bien au centre du processus de réadaptation. Cependant, des inconvénients subsistent et sont liés à la multiplicité d'intervenants.

5.3.1.3 Les inconvénients

L'ergothérapeute adjointe et la psychologue sont les seules à envisager des inconvénients relatifs à la pluri-professionnalité, pour le patient :

- Il y a des inconvénients si on reste trop spécifique dans la découpe du patient. Il y en a un qui s'occupe du bras, l'autre de la jambe...
- Le risque oui, c'est peut-être un morcellement des prises en charge. Je n'en vois pas d'autre.

Les inconvénients de la pluri-professionnalité, au regard des réponses obtenues, semblent minimes par rapport aux bénéfices que le patient peut en retirer. Même si le morcellement des prises en charge peut exister, l'organisation de celles-ci devrait permettre d'y remédier.

5.3.2 L'organisation de sa prise en charge

La question « qu'est-ce qui organise le travail autour du patient ? » a permis d'appréhender le mode de prise en charge du patient et son organisation, dans ce centre de réadaptation. Les observations corroborent les résultats.

Dans ce chapitre, nous comparerons ces résultats concordant à la réalité, avec ceux de la question « quelle organisation pourrait être envisagée pour améliorer la prise en charge pluri-professionnelle ? », correspondant à une situation à atteindre.

Les protocoles communs ne seront pas étudiés puisque, au regard des résultats, ils sont inexistantes et n'apparaissent pas comme un mode d'organisation envisageable pour améliorer la prise en charge pluri-professionnelle dans ce centre de réadaptation.

En réponse spontanée à la première question citée ci-dessus, six personnes considèrent le médecin et la prescription comme organisateurs de la prise en charge du patient, puisqu'il dicte sa prescription dans chaque secteur.

Pour les trois infirmières, chaque service s'organise.

En ce qui concerne le cadre appareilleur, la kinésithérapeute adjointe et l'ergothérapeute adjointe, les horaires et/ou les plannings organisent la prise en charge des patients.

5.3.2.1 Les horaires

Si nous adjoignons à ces réponses spontanées, celles obtenues après la relance concernant les horaires, ceux-ci organisent une partie de la prise en charge, puisqu'ils rythment la journée du patient. Le cadre ergothérapeute précise :

Les horaires sont un des éléments de communication entre les différents intervenants, puisqu'il faut un minimum de concertation pour organiser la journée et la prise en charge quotidienne du patient (...) respecter les impératifs des autres équipes, les impératifs d'horaires Et respecter quand c'est possible une harmonie, une forme d'harmonie dans la prise en charge quotidienne du patient.

Il rajoute quand nous lui demandons ce qu'est l'harmonie :

L'harmonie c'est le besoin de respecter pour le patient un rythme de soins compatibles avec son état physique, compatible avec ses besoins de périodes de repos compatibles également avec ses moments de détente et de visites. C'est un ensemble de besoins qu'il nous faut respecter. Il y a des patients qui ont besoin de dormir l'après-midi, qui ont... besoin de ... rencontrer leur famille en fin d'après-midi etc. Pour tous ces patients, il faut essayer d'adopter un rythme de prise en charge qui soit respectueux de l'ensemble des besoins.

Cependant, l'analyse des observations et des entretiens montre que les horaires de patients sont, dans un premier temps, définis en fonction des thérapeutes, tout d'abord des kinésithérapeutes, puis des ergothérapeutes, auxquels viennent s'ajouter les prises en charge de l'orthophoniste, et/ou de la psychologue si nécessaire. Les soins infirmiers s'intercalent dans les horaires libres du patient.

L'ajustement se fait ultérieurement en fonction de l'état du patient et de son rythme. La kinésithérapeute adjointe ajoute : « Le facteur premier c'est le patient, c'est l'état du patient qui fait qu'il est disponible ou pas dans un créneau horaire. » Elle est la seule à aborder le sujet du **recrutement** : « Si le recrutement va vers des patients plus burds, la charge de travail va être plus burde pour tout le monde ; donc les créneaux disponibles sont de moins en moins nombreux. »

L'étude du flux des patients par l'observation menée corrobore ces résultats. En effet, sur les 15 patients interrogés, les allers et venues des personnes autonomes sont innombrables entre les différents lieux de soins et leur chambre. En ce qui concerne les personnes dépendantes, leur planning est établi de façon à minimiser les déplacements.

Si les horaires nécessitent parfois des ajustements et dépendent de l'état du patient, ils peuvent se faire soit de façon informelle, soit de façon formalisée lors de réunions de synthèse.

5.3.2.2 Les réunions de synthèse

A la question « comment s'organise la communication d'informations sur le patient avec les autres professionnels ? », seules les deux infirmières responsables de service décrivent la réunion hebdomadaire dite « d'étage ».

Cependant, cette réunion ne semble pas les satisfaire, ni correspondre à une réunion de synthèse. « il y a une réunion une fois par semaine où on s'exprime un peu mieux où il y a un représentant de chaque service... Je pense qu'il manque une réunion sérieuse dans laquelle on évoque réellement le cas de chacun et là ça ne se fait pas, c'est trop succinct.. »

La réunion que l'on a une fois par semaine, on voit tout le monde, c'est un peu rapide, on ne peut pas dire que l'on apprend énormément de choses, mais cela permet au moins de se rencontrer. Dans cette réunion, il y a les médecins, les trois chefs de service, infirmières, aides-soignantes. Donc, il y en a une à chaque étage, le même jour. Cela dure une heure, on passe cinquante malades en une heure, on ne peut pas être ... il faudrait que l'on reste plus longtemps. Cela peut aller plus vite, on peut être plus long. On fait le point sur chacun, un peu, voir où ils en sont. Le problème, c'est les chefs de service qui sont présents, donc il y a certains éléments où on se pose des questions, et ils ne savent pas, car ils ne peuvent pas non plus connaître les cent malades, parce que...

Le cadre appareilleur aborde ces réunions lors de la question « où rencontrez-vous les autres responsables de service ? » : « Je sais ce qui se passe dans les services ; en faisant des réunions régulières avec, ce qu'on appelle la réunion des cahiers, le mercredi matin, à l'infirmière, on voit tous les patients avec les médecins, infirmières, aides-soignantes, chef kiné, chef ergo, moi, surveillante générale. »

Dans la plupart des centres de réadaptation, les réunions de synthèse sont fréquentes. Quels que soient leur mode, leur rythme, elles permettent aux différents intervenants de mettre en commun et d'échanger leurs données.

Cependant, sur le terrain choisi et au regard de l'observation menée, la réunion d'étage qui pourrait apparaître comme une réunion de synthèse, ne correspond pas à tous les critères de « synthèse ». Elle y correspond de part son cadre institutionnel : jours fixes, horaires, locaux. A contrario, la phase préparatoire est absente, et le retour à l'équipe succinct. Seuls les cadres des différents services y sont présents et comme le dit ci-dessus une infirmière responsable de service, ils ne connaissent pas tous les patients.

La notion de synthèse, du grec *synthesis*, signifie une opération de composition, de recombinaison d'éléments simples et séparés en un ensemble unique et cohérent (...) La réunion de synthèse sous-entend de la part de chaque professionnel d'avoir préalablement produit, rédigé et communiqué les éléments d'évaluation qui relèvent de sa compétence professionnelle pour que ce temps privilégié soit celui de la confrontation, de l'échange et de l'articulation⁶²

⁶² Ibid., p. 199.

En réponse spontanée à la question relative aux modes d'organisation à envisager, cinq personnes souhaitent une réunion de synthèse, qui leur permettrait de se rencontrer, de parler le même langage, de faire le point et de partager sur le plan de traitement.

Le partage de données et d'objectifs permettrait d'élaborer pour chaque patient un projet de soin.

5.3.3 Le projet de soin

Le cadre ergothérapeute est le seul à nommer spontanément le projet de soin et ce, dès sa définition de la pluri-professionnalité, comme nous l'avons déjà exploité au paragraphe 5.1.3.1. : « la pluri-professionnalité, c'est le besoin de mettre à la disposition du **projet de soin** d'un patient, des compétences diversifiées, autour d'un même objectif. »

A la question « qu'est-ce qui organise le travail autour du patient ? », il complète ses propos par « les objectifs que l'on se fixe au départ. c'est clair que l'on travaille à partir d'objectifs, donc l'organisation du travail va découler de la définition des objectifs qui ont été posés, à l'issue de la visite d'entrée et des bilans qui vont être faits par les différents intervenants. »

Après la relance relative au projet de soin, cette notion n'est pas clairement définie et les avis partagés :

Les deux ergothérapeutes et l'orthophoniste répondent par l'affirmative.

Le cadre appareilleur s'interroge mais donne une définition du projet de soin : « Le **projet de soin** c'est disons, le patient arrive, il est dans un état x, on sait les handicaps qu'il a et tout, et il faut.. en fonction de sa pathologie, on connaît l'évolution on sait grosso modo, jusqu'où on peut aller etc'est ce le projet de soin ? »

Une autre question est posée par une infirmière responsable de service : « Le projet c'est quelque chose, pour moi, de conséquent et qu'à la limite, on fait peut être automatiquement sans savoir que c'est un projet de soin. » ou autrement dit, est-il tacite ? Pour l'orthophoniste, même s'il peut être tacite, le projet de soin n'est pas commun :

On a un projet de soin dans la mesure où le médecin donne à l'entrée, les rééducations nécessaires, les soins qu'il y a à faire par chaque service, et, ensuite, on a des rencontres où le médecin fait des bilans d'évolution, donc il y a un projet qui n'est pas écrit, qui est quelque chose de tacite, chacun avançant dans sa spécialité, le temps de bilan d'évolution permet de remettre les choses en place en commun ; je dirais que c'est cela le seul projet, le bilan d'entrée, les bilans que font chaque professionnelle et puis ces bilans d'évolution qui sont assez réguliers, qui se font avec le médecin, le patient et les intervenants où on refait ensemble le point, c'est que l'on arrive à recentrer les choses, mais après chacun repart à sa spécialité.

Tout ceci nous amène à définir le terme de projet.

5.3.3.1 La définition du projet

Afin de clarifier cette notion et de pouvoir l'envisager en pratique, nous avons choisi quelques définitions qui nous apparaissent pertinentes.

« Dans le cadre général des sciences de l'action et des sciences de l'organisation, un **projet** est une entité constituée par un ensemble de moyens humains, matériels et financiers, réunis pour une durée déterminée, afin d'atteindre un objectif précis, en suivant un échéancier rigoureusement défini. »⁶³

Dans le dictionnaire pédagogique, est reprise une citation de Jean-Pierre BOUTINET⁶⁴ :

Si un agent extérieur (...) se propose d'analyser un projet pour en comprendre les enjeux, la cohérence et la philosophie générale, son examen doit prendre en compte les paramètres suivants :

- la situation-problème ;
- les acteurs engagés dans le projet ;
- les visées et les buts explicités ;
- les motifs invoqués ;
- les stratégies en présence et les moyens utilisés
- les résultats obtenus à court et moyen terme (...)

Ces différentes définitions du projet sont généralistes et s'adaptent à de nombreux domaines. Nous allons préciser comment il est possible de définir un projet relatif au patient dans un centre de réadaptation.

⁶³ Françoise RAYNAL, Alain RIEUNER, *op. cit.*, p. 301.

⁶⁴ *Loc. cit.*

5.3.3.2 Le projet de soin en rééducation

Nous pouvons mettre en parallèle la définition du projet de Jean-Pierre BOUTINET, avec celle du projet de soin tel qu'il peut être envisagé dans un centre de réadaptation.

LE PROJET	LE PROJET DE SOIN
- la situation-problème ;	- le cas du patient ;
- les acteurs engagés dans le projet ;	- les différents thérapeutes référents ;
- les visées et les buts explicités ;	- l'objectif final en rapport avec son projet de vie ;
- les motifs invoqués ;	- les résultats souhaitables à court et moyen terme ;
- les stratégies en présence et les moyens utilisés ;	- les objectifs et les moyens qui seront mis en œuvre ;
- les résultats obtenus à court et moyen terme.	- les résultats des bilans.

Le projet de soin relatif au patient peut s'apparenter à un réel projet de prise en charge d'un patient, au cours de son séjour en centre de réadaptation. Cependant, au regard des résultats, la notion de « projet de soin » n'est pas courante.

La cadre kinésithérapeute s'interroge : « actuellement pas de projet de soin en rééducation, il n'existe pas. On considère que le projet de soin est exclusivement infirmier. Le projet infirmier englobe-t-il le projet de rééducation ? »

La littérature concernant le projet de soin en rééducation est restreinte. Cependant, nous pouvons nous référer au **plan d'intervention individualisé** ou P.I.I.⁶⁵. Ce plan d'intervention individualisé correspond à un projet de soin, pluri-professionnel en réadaptation. Le professeur Y. L. BOULANGER et son équipe à l'Institut de Réadaptation de Montréal sont à l'origine de cet outil.

⁶⁵ A. MOREAU et al, « Le plan d'intervention individualisé (P.I.I.) : un outil d'équipe pour le patient », *Expériences en ergothérapie*, neuvième série, Montpellier, SAURAMPS Médical, 1996, p. 98.

Dans ce plan d'intervention, le patient demeure l'élément central. « A partir de la rencontre initiale regroupant tous les intervenants professionnels, les attentes du patient et de ses proches font partie intégrante de la discussion ainsi que ses habitudes de vie, le contexte environnemental passé, présent et futur. »⁶⁶

Les bases du plan d'intervention individualisé sont le concept CIDIH (Classification internationale des déficiences, incapacités et handicap), le concept de la résolution structurée de problèmes, la formulation précise et objectivable d'objectifs thérapeutiques. Il permet à l'équipe de réadaptation de formuler clairement les déficiences, incapacités, les situations de handicap et de s'entendre par consensus sur les objectifs personnalisés du patient ainsi que sur son suivi. Il clarifie les responsabilités de chacun des intervenants de l'équipe multidisciplinaire de réadaptation en identifiant les moyens employés pour parvenir aux objectifs fixés.⁶⁷

Les **objectifs** sont classés par ordre de priorité, avec échéances à respecter dans la mesure du possible. Cet outil doit impérativement être lié au « développement de réseau de communication afin de faciliter le passage des objectifs individuels par discipline aux objectifs communs. »⁶⁸

La mise en place de ce projet nécessite une « réunion P.I.I. » où tous les intervenants concernés par le patient sont réunis pour définir ou modifier ce projet de soin.

Ce projet de soin particulier, développé dans le cadre d'une équipe pluri-professionnelle est bien au confluent des deux autres thèmes explicités auparavant c'est-à-dire le **travail en équipe** et la **communication**, tout en replaçant le **patient** comme acteur de sa prise en charge.

Après une synthèse générale nous permettant de nous positionner, nous tenterons de répondre à la problématique exposée au début de ce travail.

⁶⁶ *Ibid.*, p.101.

⁶⁷ *Ibid.* p. 107.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 106.

Un film , c'est toujours une
tentative , jamais une finalité .

François Ozon

6 SYNTHÈSE GLOBALE

LE DÉNOUEMENT

Ce travail de recherche est né d'une question centrale que nous souhaitons rappeler :

Quels sont les facteurs d'organisation, que peut proposer un cadre de santé, afin d'améliorer la cohérence de la prise en charge pluri-professionnelle, dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles ?

6.1 Synthèse de l'analyse

Les résultats de l'enquête et leur analyse permettent de dégager trois axes, selon lesquels un regard sur l'organisation d'une équipe pluri-professionnelle, dans un centre de réadaptation pourrait être porté. Ces axes développés dans l'analyse sont repris et synthétisés.

L'équipe

L'analyse de ce travail nous a permis d'envisager l'équipe sur deux niveaux : une équipe « mono professionnelle » et une autre pluri-professionnelle.

La première est régie par le sentiment d'**appartenance** à un même corps professionnel. Cette appartenance va au-delà de la simple notion de **groupe**, puisque lui sont associés, l'**identification** aux références sociales et professionnelles, et un sentiment de **culture**, de **normes** et de **langage** communs.

Le **langage** est d'autant plus important qu'il est spécifique à chaque catégorie de professionnels. Cependant, il n'est pas le seul frein à la pluri-professionnalité, puisque les **représentations** des autres, la **méconnaissance** des contraintes et des limites des autres professionnels, les **chevauchements**, ainsi que les **enjeux de pouvoir** sont limitatifs.

La **pluralité** des professionnels, au sein d'un centre de réadaptation, demeure un avantage, puisque leur **complémentarité** est un bénéfice significatif pour l'équipe pluri-professionnelle.

Pour profiter de ce bénéfice, il nous semble nécessaire que la **cohésion** des différents intervenants se fasse à un niveau supérieur à la **collaboration** : la **coopération**.

Cette coopération requiert un degré de communication important entre les différents protagonistes.

La communication

En effet, la **communication** est également présentée comme un axe prépondérant de la pluri-professionnalité. Nous pensons qu'elle est fondamentale dans une équipe pluri-professionnelle et que sans elle, la cohérence de la prise en charge des patients ne peut être envisagée.

La **transmission d'informations**, essentiellement celles relatives au patient dans le cadre de ce travail, est primordiale et dépend des **canaux** utilisés pour relier l'émetteur au récepteur.

Actuellement, le principal canal utilisé est l'**oral**, soit par contact direct, soit par communication téléphonique. Le mode **informel** est donc privilégié. Nous pensons cependant que la transmission d'informations, dans un souci de cohérence, doit être formalisée.

Formalisée, elle peut l'être en partie grâce aux **compte-rendus** médicaux, élaborés systématiquement pour chaque patient. L'**informatique** pourrait également être un canal privilégié pour transmettre de l'information entre les différents services. Elle est seulement réduite aux **horaires** des patients et quelques fiches d'indépendance peu utilisées.

En dehors de ces différents canaux, l'organisation des **espaces de travail** influence la communication. Il nous paraît évident que celle-ci est favorisée quand les interlocuteurs sont **géographiquement** proches et, que l'interaction des individus s'en trouve améliorée. Cependant, les professionnels considèrent que les services doivent rester distincts, mais sans être éloignés les uns des autres. La communication demeure un facteur favorisant la prise en charge des patients.

Le patient

Nous estimons que l'équipe n'est pas la seule à profiter de la pluri-professionnalité et le **patient** en est effectivement le **principal bénéficiaire**.

Dans ce centre de réadaptation, l'organisation de la prise en charge du patient correspond à une **logique** de disponibilité de service, même si les différents intervenants tiennent compte de l'état du patient et de sa fatigabilité en harmonisant leurs plannings.

La pluralité d'intervenants nécessite des **ajustements** réguliers de la prise en charge des patients. Une **réunion de synthèse** régulière, où chaque thérapeute référent expliciterait les conclusions de ses bilans et l'évolution du patient et où une conduite à tenir serait définie, permettrait de **mettre en commun** les données de chaque professionnel et de les **exploiter**.

Au-delà de cette réunion, même si le concept est peu connu, un **projet de soin** ou **projet thérapeutique** ou **plan d'intervention individualisé** permettrait de définir un vrai projet pour chaque patient, de fixer des objectifs et des échéances, et d'évaluer régulièrement ce projet pour poser des réajustements.

Nous concluons cette synthèse de l'analyse en précisant que les trois axes développés avec l'organisation sont imbriqués les uns avec les autres, certains indicateurs communs à plusieurs thèmes en étant la preuve.

Si l'enquête réalisée et son analyse nous ont permis d'approfondir la question centrale de recherche, elles nous autorisent une tentative de réponse à la problématique.

6.2 Pistes de réflexion et hypothèses

Dans un premier temps, rappelons la problématique de cet objet de recherche :

- **Quelle est la part des représentations des professionnels de santé sur la pluri-professionnalité ? Et en quoi ces représentations ont une influence sur l'organisation ?**
- **Ont-ils toujours connaissance des rôles des autres ?**
- **Comment les professionnels conçoivent-ils le travail en équipe pluri-professionnelle ?**

- **Quelle est la part des modes d'organisation dans la possibilité de travail pluri-professionnel ?**
- **Comment les cadres des différents services peuvent-ils favoriser la prise en charge pluri-professionnelle ?**

Le mode exploratoire de ce travail de recherche ne nous permet que d'émettre des hypothèses s'il est possible d'en poser, ou d'autres questionnements dans le cas contraire.

Si les **représentations** des professionnels de santé sur la pluri-professionnalité semblent avoir une influence sur l'organisation du travail en commun, il nous est difficile d'envisager dans quelle mesure exactement. L'enquête et son analyse nous permettent seulement d'affirmer que tous confirment le bénéfice de cette **pluralité** de compétences, que ce soit pour le **patient** ou pour l'**équipe** elle-même.

Nous avons vu également qu'au-delà de la représentation de la pluri-professionnalité, et même si les différents professionnels semblent connaître le rôle des autres, les **limites** et les **contraintes** sont parfois mal assimilées.

Nous pouvons donc nous interroger :

Dans quelles mesures, une meilleure connaissance des contraintes, des limites et des zones de chevauchement entre les professionnels de santé, permettrait-elle une meilleure compréhension du travail de chacun, en vue d'optimiser la prise en charge du patient ?

Les représentations ont certes un rôle significatif, mais au regard des résultats de l'enquête, nous pouvons affirmer que la **part des modes d'organisation** est importante dans la possibilité de travail pluri-professionnel.

L'utilité de la **communication** n'est plus à démontrer. Elle permet d'échanger des données relatives au patient, de les confronter et éventuellement de les réajuster. Ces échanges pourraient être envisagés lors de réunions structurées. La **réunion de synthèse** peut être perçue comme un facteur essentiel dans la prise en charge pluri-professionnelle d'un patient.

Le **projet de soin** pourrait également être envisagé comme un facteur d'organisation pour favoriser la prise en charge pluri-professionnelle. Toutefois, la définition du projet de soin, ainsi que sa terminologie, sont mal connues par l'ensemble de l'équipe. Une seconde interrogation émerge de ce travail :

Dans quelle mesure, le projet de soin permettrait-il de fédérer l'ensemble des professionnels, dans un centre de réadaptation et comment est-il possible de concevoir un projet de soin alors que sa définition n'est pas clairement déterminée ?

L'organisation est un axe de **management** et nous avons choisi des cadres pour répondre à l'enquête, afin d'apprécier la pluri-professionnalité avec un regard de manager. Cependant, les différents cadres ne se sont pas tellement positionnés en tant que responsables de service.

Les cadres des différents services, hormis l'infirmière générale, continuent d'exercer leur profession initiale. Or, les résultats ont indiqué que le management se fait principalement sur un mode d'expertise.

De ce fait, une troisième question peut être envisagée :

Dans quelles mesures, le type de management peut-il influencer le mode d'organisation de la prise en charge pluri-professionnelle des patients ?

Le paragraphe suivant, dans lequel nous nous positionnons en tant que cadre de santé, apporte quelques éléments de réponses à cette question.

6.3 Le positionnement en tant que cadre de santé

Si nous reprenons la lettre circulaire de la direction des hôpitaux du 20 février 1990, portant sur les missions et fonctions principales des surveillants, nous pouvons dégager certains points relatifs à notre travail de recherche :

Le cadre est « responsable de la gestion d'une unité et organise la **prise en charge globale** de la personne soignée pour apporter des réponses adaptées à ses besoins de santé. »⁶⁹

⁶⁹ Lettre circulaire de la direction des hôpitaux du 20 février 1990 sur les missions et fonctions principales des surveillants.

« Il facilite la **collaboration** et la coordination entre l'équipe soignante pluridisciplinaire et l'équipe médicale en prévoyant avec cette dernière l'organisation rationnelle de temps de travail en commun (visites, **réunions**, staff...) »⁷⁰

« Il **établit des relations** de travail avec les chefs de service, les membres de l'équipe et tous les professionnels de santé intervenant dans l'unité ainsi qu'avec (...) **les responsables des autres services de soins**, les responsables des services (...) médico-techniques (...) »⁷¹

Ce rappel nous permet de rapprocher ces missions de celles d'un cadre de santé dans un centre de réadaptation, quel que soit son service.

Les relations entre les différents services sont d'autant plus importantes dans un centre de réadaptation, que le nombre d'intervenants est élevé. Le cadre de santé doit donc favoriser les relations avec ses collègues cadres, afin d'envisager la **prise en charge globale** du patient.

En tant que cadre de santé, dans un centre de réadaptation, nous envisageons notre rôle comme important dans l'organisation de la structure. Nous contribuons à la mise en place de facteurs permettant d'améliorer la cohérence de la prise en charge des patients.

Dans notre pratique professionnelle, nous accorderons une grande place à la **communication** et des moments d'échanges seront privilégiés. Nous pouvons affirmer que la pluri-professionnalité nécessite la participation de tous les thérapeutes et, tout au long de ce travail, nous avons vu à quel point le **besoin d'échanges** de données était primordial. Nous pensons également qu'il serait envisageable d'échanger sur les **pratiques** afin de permettre un **langage commun**, de connaître les contraintes et les limites des autres professionnels et de ce fait, d'en **améliorer les représentations**.

⁷⁰ Loc. cit.

⁷¹ Loc. cit.

L'informel ayant une place importante non négligeable, nous tiendrons compte de ce mode de communication, mais nous formaliserons la transmission d'informations relatives à l'état de santé du patient par une réunion de synthèse où les thérapeutes référents pourraient s'exprimer. Cependant, les informations échangées devront être structurées, préparées afin qu'elles soient synthétiques et efficaces.

Ces réunions pourront devenir un temps où un projet de soin pluri-professionnel serait établi entre les différents acteurs de soin.

En effet, même si la notion de projet de soin en réadaptation, était abstraite avant ce travail, nous pensons qu'il est facilement adaptable à une équipe pluri-professionnelle. Il aiderait ainsi les cadres des différents services à fédérer les équipes, autour d'un projet commun, au bénéfice du patient.

Avant de conclure ce travail de recherche, nous souhaitons résumer ce positionnement en tant que cadre de santé, par une citation de Dominique GENELOT :

« Manager une entreprise, c'est avant tout manager une communauté d'hommes pour les faire coopérer à une œuvre commune, dans un champ de contraintes, internes et externes, très diverses. »⁷²

⁷² Dominique GENELOT, op. cit., p. 185.

Le film doit être conçu de manière
que la réflexion du spectateur
puisse se prolonger après la
projection

Gleb Panfilov

CONCLUSION

La réflexion menée pendant le premier trimestre de cette formation a permis de prendre du recul par rapport à notre pratique professionnelle et d'en dégager un questionnement. A travers ce travail de recherche, nous avons tenté de découvrir quels **facteurs d'organisation** permettraient d'améliorer la cohérence de la **prise en charge pluri-professionnelle d'un patient en centre de réadaptation**.

L'étape exploratoire et les études bibliographiques nous ont conduit à l'énoncé de la **problématique** et à choisir une recherche sur un mode exploratoire.

Après avoir élaboré un cadre de référence permettant un langage commun, nous avons choisi **l'entretien** comme système d'investigation.

Le **recueil des données** a été enrichissant sur un plan professionnel, puisqu'il nous a apporté des notions que nous n'aurions pas imaginé développer au début de cette recherche.

Même si ce type de recherche a été enrichissant par la méthode utilisée et par l'exploitation du terrain comme base de travail, la quantité importante de données à traiter oblige à **sélectionner les indicateurs** les plus pertinents et de faire des choix quant à leur conceptualisation.

L'**analyse** nous a permis de dégager trois thèmes de réflexion, qui s'ajoutent à l'organisation, thème de fond de ce travail.

L'étude de ces quatre thèmes, l'organisation, le travail en équipe, la communication et le patient a permis non seulement de montrer qu'ils étaient indissociables pour un travail pluri-professionnel, mais également de dégager des pistes de réflexion, en réponse à notre problématique.

Nous en retiendrons deux qui nous apparaissent les plus pertinentes au regard de notre future pratique professionnelle :

Dans quelles mesures, une meilleure connaissance des contraintes et des zones de chevauchement entre les professionnels de santé, permettrait-elle une meilleure compréhension du travail de chacun, en vue d'optimiser la prise en charge du patient ?

Dans un travail de recherche ultérieur, il serait possible d'étudier au regard des décrets d'actes relatifs à chaque profession, les zones de chevauchement et ainsi d'admettre que dans certains cas, les professionnels ont des compétences identiques.

Au-delà de cette connaissance, la **communication** demeure un facteur essentiel au succès d'une action collective. Cette communication permet de fédérer les différentes compétences dans l'élaboration du projet de soin.

Ceci nous amène à notre deuxième piste de réflexion :

Dans quelles mesures un projet de soin pluri-professionnel permettrait-il d'associer les différents professionnels d'un centre de réadaptation, à un objectif commun ?

La mise en place d'un tel projet nécessite une coordination constante et en tant que cadre de santé, nous pourrions nous interroger sur la légitimité d'un poste de coordinateur favorisant la mise en place d'éléments fédérateurs au sein d'une équipe pluri-professionnelle.

Ce travail de recherche nous a confortés dans l'idée que dans un centre de réadaptation, la pluralité d'acteurs de soins est un avantage indéniable, non seulement pour l'équipe, mais surtout pour l'acteur principal qu'est le patient et que **le rôle du cadre de santé est primordial pour favoriser la coopération entre chaque corps professionnel.**

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

ALBERT, Eric, EMERY, Jean-Luc, Le manager est un psy, Paris, Editions d'organisation, 1998, quatorzième tirage 2001, 190 pages.

ANGOT, Hugues, Système d'information de l'entreprise, Bruxelles, De Boeck, [1992-1996], 3^{ème} édition, 1999, 184 pages.

ANZIEU, D., MARTIN, J.-Y., La dynamique des groupes restreints, Paris, P.U.F., [1968] 2000, 12^{ème} édition, 397 pages.

BERNOUX, Philippe, La sociologie des organisations, Paris, Editions du seuil, 5^{ème} édition, 1989, 382 pages.

BOURRET, Jacques, ouvrage coordonné par BOUCHET, Alain, La médecine à Lyon, Paris, Editions Hervas, 1987, 540 pages.

CROZIER, Michel, FRIEDBERG, Erhard, L'acteur et le système, Paris, Editions du seuil, 1977, 500 pages.

DUCALET, Philippe, LAFORCADE, Michel, Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales, Paris, Seli Arslan SA, 2000, 272 pages.

GENELOT, Dominique, Manager dans la complexité, Paris, INSEP CONSULTING, [1992, 1998] 2001, 357 pages.

GROSJEAN, Michèle, LACOSTE, Michèle, Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital, Paris, PUF, 1999, 225 pages.

GUERIN, F., et al, Comprendre le travail pour le transformer, La pratique de l'ergonomie, Paris, Editions de l'ANACT, 1991, 233 pages.

HESBEEN, Walter, La réadaptation Aider à créer de nouveaux chemins, Paris, [Lamarre, 1994] Seli Arslan, 2001, 156 pages.

MINTZBERG, H., Structure et dynamique des organisations, Paris, Edition d'organisation, 1982, 434 pages.

MUCCHIELLI, Roger, Le travail en équipe, Paris, Editions E.S.F., 2^{ème} édition, 1978, 98 pages.

QUIVY, Raymond, VAN CAMPENHOUDT, Luc, Manuel de recherche en sciences sociales, Paris, Dunod, 1995, 287 pages.

RAYNAL, Françoise, RIEUNER, Alain, Pédagogie : dictionnaire des concepts clés, Paris, E.S.F., [1997], 1998, 420 pages.

RIBAUT, Micheline, Le guide du cadre de santé, pratique du management, Paris, Editions Lamarre, 1998.

ROEBUCK, Chris, Communiquer efficacement, Paris, First Editions, 199 pages.

ARTICLES :

AUGENDRE, Michel, « Les maux de la communication interne », La communication Etat des savoirs, Paris, Editions Sciences Humaines, page 251.

CASSAUX, Jean-Yves, « Réflexions sur la réalité d'une équipe », Soins Psychiatrie, n° 198, 1998, p. 3.

CHARDOT, C., « Psychologie et gestion de la pluridisciplinarité en cancérologie », Annales de Psychiatrie, n° 6, 1991, p. 223.

GABLE, Gabriel, « Historique de l'ergothérapie », *Ergothérapie : Guide pratique*, Paris, A.N.F.E., septembre 2000, p. 38.

LESNE, Michel, cité par PETIT Camille, « Le cadre de l'an 2000, pédagogue de l'interculturel », *Soins Cadres*, n° 34, 2^{ème} trimestre 2000, p. 20.

MOREAU, Anne, et al., « Le plan d'intervention individualisé (P.I.I.) : un outil d'équipe pour le patient », *Expériences en ergothérapie*, neuvième série, Montpellier, SAURAMPS Médical, 1996, p. 98.

MOREL-BRACQ, M. C., « les modèles conceptuels en ergothérapie », *Ergothérapie : Guide pratique*, Paris, A.N.F.E., septembre 2000, p. 73.

OBERLE, Dominique, « les groupes : l'apport de la psychologie sociale », *Les organisations, Etat des savoirs*, Paris, Editions Sciences Humaines, p. 242.

PATURET, Jean-Bernard, « Patient, usager, client,... réflexion sur les catégories », *Soins Cadres*, n° 36, 4^{ème} trimestre 2000, p. 18-21.

RAMBAULT, Philippe, « Le psychomotricien en équipe pluridisciplinaire », *Soins Psychiatrie*, n° 200, janvier-février 1999, p. 9.

THEVENET, M., « Intégration des activités et pluridisciplinarité : le cas de l'entreprise », *L'information Psychiatrique*, n° 66, mai 1990, p. 459.

WERTHEIMER, Jean, « La pluridisciplinarité en gérontologie et dans les soins aux personnes âgées », *Gérontologie et Société*, n° 88, mars 1999, p. 39.

ZARIFIAN, P., « Coopération, compétence et communication dans le travail », *travail et communication*, P.U.F. 1996.

OUVRAGES NON PUBLIES :

GUIHARD, Jean-Philippe, *L'interprofessionnalité au risque du C.H.S.*, Mémoire Ecole des Cadres de la Croix Rouge Française, promotion 1998/1999, 63 pages.

PAPCIAK, Joëlle, La pluridisciplinarité en rééducation-réadaptation, une nécessaire logique de consensus, Mémoire Ecole des Cadres du Centre Hospitalier « Le Vinatier », promotion 1998/1999, 77 pages.

RESSOURCES EN LIGNES :

Charte de qualité en Médecine Physique et de Réadaptation

URL : <http://www.cpod.com/monoweb/fedmer/chartefedmer.html>

Manuel d'accréditation

URL : <http://www.anaes.fr>

FISCHER Louis P., Amédée BONNET, Chirurgien major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, novateur de la chirurgie ostéo-articulaire et homme de lettres

URL : <http://www.anmsr.asso.fr>

FOUGEYROLLAS Patrick, LAVOIE Julie, de la pluri, à la multi vers l'interdisciplinarité de l'approche programme,

URL : <http://noemed.univ-rennes1.fr/sisrai/art/approche-programme.html>

TEXTE OFFICIEL :

Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, Direction des hôpitaux, Lettre circulaire de la direction des hôpitaux du 20 février 1990 sur les missions et fonctions principales des surveillants, DH/8A/PK/CT/N°000030, non publié au journal officiel.

SOMMAIRE

<u>1</u>	<u>INTRODUCTION</u>	1
	<u>LE CHEMINEMENT</u>	1
1.1	<u>LES SITUATIONS D'APPEL</u>	1
1.2	<u>LA PROBLÉMATIQUE</u>	3
<u>2</u>	<u>LE CADRE DE RÉFÉRENCE</u>	6
	<u>LE DÉCOR</u>	6
2.1	<u>LE CENTRE DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE</u>	6
2.1.1	<i>Historique</i>	6
2.1.2	<i>Les missions</i>	7
2.2	<u>LES PROFESSIONNELS</u>	9
2.2.1	<i>La pluri-professionnalité</i>	10
2.2.2	<i>La cohérence</i>	12
2.3	<u>L'ORGANISATION</u>	13
<u>3</u>	<u>LA MÉTHODOLOGIE</u>	14
	<u>LE CASTING</u>	14
3.1	<u>CHOIX DU TERRAIN</u>	14
3.2	<u>CHOIX DE LA POPULATION</u>	15
3.3	<u>CHOIX DES OUTILS</u>	15
3.3.1	<i>L'entretien</i>	15
3.3.2	<i>L'observation</i>	16
3.4	<u>LES LIMITES</u>	16
3.5	<u>LA DÉMARCHE</u>	17
3.5.1	<i>Organisation des entretiens</i>	17
3.5.2	<i>Lors des entretiens</i>	17
3.5.3	<i>Tri et classement des données</i>	17
<u>4</u>	<u>LES RESULTATS</u>	19
	<u>LES DIALOGUES</u>	19

<u>5</u>	<u>ANALYSE DES RÉSULTATS</u>	21
	<u>LE MONTAGE</u>	21
5.1	<u>L'ORGANISATION ET LE TRAVAIL EN ÉQUIPE</u>	21
5.1.1	<u>La division des tâches</u>	21
5.1.2	<u>L'appartenance à un même corps</u>	22
5.1.2.1	<u>La notion d'équipe et de groupe</u>	22
5.1.2.1.1	<u>Le Groupe</u>	23
5.1.2.1.2	<u>L'acteur</u>	25
5.1.2.2	<u>L'identité professionnelle</u>	25
5.1.2.3	<u>Le langage et la culture</u>	26
5.1.3	<u>L'équipe pluri-professionnelle</u>	28
5.1.3.1	<u>Leur définition</u>	28
5.1.3.2	<u>Les avantages</u>	28
5.1.3.3	<u>Les inconvénients, les difficultés, les freins</u>	30
5.1.3.4	<u>Les représentations</u>	30
5.1.3.5	<u>La connaissance</u>	32
5.1.3.6	<u>La formation initiale</u>	33
5.1.3.7	<u>Les chevauchements</u>	34
5.1.3.8	<u>Les jeux de pouvoir</u>	34
5.1.3.9	<u>Les relations</u>	36
5.1.3.10	<u>La collaboration et la coopération</u>	37
5.2	<u>L'ORGANISATION ET LA COMMUNICATION</u>	39
5.2.1	<u>Généralités sur la communication</u>	39
5.2.2	<u>Le circuit de l'information</u>	40
5.2.3	<u>La communication informelle</u>	42
5.2.4	<u>La communication d'informations</u>	43
5.2.4.1	<u>Les compte-rendus</u>	43
5.2.4.2	<u>L'informatique</u>	44
5.2.4.3	<u>Les réunions</u>	45
5.2.5	<u>La communication et les locaux</u>	46
5.3	<u>L'ORGANISATION ET LE PATIENT</u>	49
5.3.1	<u>La place du patient</u>	49
5.3.1.1	<u>La terminologie</u>	49
5.3.1.2	<u>Les avantages de la pluri-professionnalité</u>	50

5.3.1.3	<u>Les inconvénients</u>	51
5.3.2	<u>L'organisation de sa prise en charge</u>	51
5.3.2.1	<u>Les horaires</u>	52
5.3.2.2	<u>Les réunions de synthèse</u>	53
5.3.3	<u>Le projet de soin</u>	55
5.3.3.1	<u>La définition du projet</u>	56
5.3.3.2	<u>Le projet de soin en rééducation</u>	57
6	<u>SYNTHÈSE GLOBALE</u>	59
	<u>LE DÉNOUEMENT</u>	59
6.1	<u>SYNTHÈSE DE L'ANALYSE</u>	59
6.2	<u>PISTES DE RÉFLEXION ET HYPOTHÈSES</u>	61
6.3	<u>LE POSITIONNEMENT EN TANT QUE CADRE DE SANTÉ</u>	63
	<u>CONCLUSION</u>	66
	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	68
	<u>SOMMAIRE</u>	72
	<u>SOMMAIRE DES ANNEXES</u>	75

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE I

Charte de qualité en Médecine Physique et de Réadaptation

ANNEXE II

Organigramme

ANNEXE III

Grille des entretiens

ANNEXE IV

Plans des locaux

ANNEXE V

Résultats et Synthèses des entretiens

ANNEXE VI

Grille d'analyse

ANNEXE VII

Synthèse de l'observation

TABLE DES MATIERES