

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE  
FACULTE DE MEDECINE  
Pôle Formation  
59045 LILLE CEDEX  
Tél : 03 20 62 76 18  
*departement-orthophonie@univ-lille.fr*



# MEMOIRE

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

**Solenn LAOUENAN**

soutenu publiquement en juin 2023

**L'exercice orthophonique en structures d'exercice coordonné :  
quels intérêts pour la pratique professionnelle ?**

MEMOIRE dirigé par  
**Virginie BRIEDEN**, orthophoniste et responsable du Dispositif d'Appui à la Coordination  
Appui Santé Lille Agglo, Lille  
**Loïc GAMOT**, orthophoniste et enseignant, Département d'Orthophonie, Lille

## Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier mes encadrants de mémoire, Madame Brieden Virginie et Monsieur Gamot Loïc, pour leurs précieux conseils et leur disponibilité tout au long de ce projet. Un merci tout particulier à Madame Brieden, à l'initiative de ce sujet, qui m'a transmis la passion pour ce thème et l'envie de m'impliquer davantage pour ma future pratique professionnelle.

Je suis reconnaissante du temps et de l'attention que tous les orthophonistes, divers professionnels de santé ou coordinateurs de santé m'ont accordé pour répondre à mes sollicitations, accepter des entretiens ou participer au questionnaire puisque sans leur contribution, je n'aurais pas pu élaborer cette étude.

Je salue également ma famille pour leur soutien inébranlable tout au long de l'année. Un clin d'œil plus particulier à mon grand-père et ma mère, mes deux relecteurs principaux, qui se sont investis et se sont rendus curieux du sujet.

Pour finir, je ne peux que remercier mes amies d'enfance et mes très chères amies de promotion : de l'association gourmande M&M&M'S, en passant par le club des quatre fantastiques en TD puis au club des 12 sans qui ma vie sur Lille aurait perdu toute douceur. Une solidarité et une amitié solide à toute épreuve !

## **RESUME**

Face aux difficultés d'accès aux soins, l'Etat organise une nouvelle structuration du système de santé avec le déploiement de structures d'exercice coordonné dans lesquelles les professionnels médicaux et paramédicaux sont invités à collaborer et à développer un projet de santé adapté à leur territoire. Notre étude vise à identifier les intérêts pour la pratique orthophonique de travailler dans de telles structures. Dans cette visée comparative, le recueil de données par entretiens semi-directifs et questionnaire s'est adressé à deux catégories d'orthophonistes : ceux qui agissent en structures d'exercice coordonné et ceux agissant en dehors de ces structures. Après l'analyse des avantages et des inconvénients de cette modalité d'exercice selon ces deux groupes distincts, nous avons mis en évidence que les échanges et la collaboration interprofessionnelle favorisaient notablement l'intégration des orthophonistes dans les projets et donc – par voie conséquente – conduisaient à identifier les orthophonistes comme des professionnels de santé incontournables dans les parcours de soins. Toutefois, l'implantation disparate donc la densité des structures d'exercice coordonné dans chaque région ainsi que la faible représentation actuelle des orthophonistes (donc leur moindre écoute) dans les équipes des CPTS ne facilitent pas leur participation et encore moins leur intégration.

**MOTS-CLES** : exercice coordonné, équipe de soins primaires, pratique professionnelle, orthophonie

## **ABSTRACT**

As a response to the difficulties of having access to healthcare, the government is organising a new structuring of the health system with the implementation of coordinated practice structures in which medical and paramedical professionals are invited to collaborate and develop a health project adapted to their territory. The aim of our study is to identify the benefits of working in such structures for speech and language therapy practice. With this comparative aim in mind, the data collected by means of semi-structured interviews and a survey was directed towards two categories of speech and language therapists : those working in coordinated practice structures and those working outside such structures. After analysing the advantages and disadvantages of this type of practice according to these two distinct groups, we found that interprofessional exchanges and collaboration were significantly contributing to the integration of speech and language therapists into projects and therefore that these actions led to the identification of speech and language therapists as essential healthcare professionals in the care pathway. However, the density of coordinated practice structures is uneven across regions and the current low level of representation of speech and language therapists (and therefore their lack of voice) in the CPTS do not facilitate their participation and even less their integration.

**KEY WORDS** : coordinated practice, primary healthcare team, professional practice, speech and language therapy

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	1
<b>Contexte théorique, buts et objectifs</b> .....	2
1. <b>Législation : montée en puissance et diversification des structures d'exercice coordonné</b> .....	2
2. <b>Typologies de structures d'exercice coordonné : le projet de santé en fil conducteur</b> .....	3
2.1. <b>Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) : une personne morale de proximité</b> .....	3
2.2. <b>Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) : coordination volontaire</b> .....	4
2.3. <b>Structures d'exercice coordonné : points communs et différences</b> .....	5
2.4. <b>Origine, nature et contenu du projet de santé</b> .....	6
3. <b>Avantages et inconvénients de l'exercice coordonné</b> .....	7
4. <b>Visées du mémoire</b> .....	8
<b>Méthode</b> .....	8
1. <b>L'entretien semi-directif</b> .....	8
1.1. <b>Population d'étude</b> .....	8
1.2. <b>Création du guide d'entretien</b> .....	9
1.3. <b>Protocole</b> .....	9
2. <b>Le questionnaire</b> .....	9
2.1. <b>Elaboration et structure du questionnaire</b> .....	9
2.2. <b>Diffusion du questionnaire et population étudiée</b> .....	10
<b>Résultats</b> .....	11
1. <b>Analyse des entretiens semi-directifs</b> .....	11
1.1. <b>Représentation de l'exercice coordonné</b> .....	11
1.2. <b>Modalités d'exercice</b> .....	12
1.3. <b>Collaboration interprofessionnelle et représentation de l'orthophonie</b> .....	13
2. <b>Analyse du questionnaire</b> .....	13
2.1. <b>Profil des répondants</b> .....	13
2.2. <b>Représentation de l'exercice coordonné par les orthophonistes travaillant au sein de structures d'exercice coordonné</b> .....	16
2.3. <b>Représentation de l'exercice coordonné par les orthophonistes ne travaillant pas au sein de structures d'exercice coordonné</b> .....	20
<b>Discussion</b> .....	23
1. <b>Engouement pour l'exercice coordonné : réel, nouveau mais mal disséminé</b> .....	23
2. <b>Perception de l'exercice coordonné par les orthophonistes : une démarche équièbre incontournable pour le mieux-être des patients mais pratique chronophage</b> .....	24
3. <b>Reconnaissance professionnelle dans les coordinations formelles et informelles : officielle et officieuse</b> .....	26
4. <b>Ressentis des professionnels de santé au sein des structures d'exercice coordonné : partenariat professionnel, entraide personnelle, soins adaptés</b> .....	27

<b>5. Place de l'orthophoniste dans les structures d'exercice coordonné : implication personnelle et reconnaissance professionnelle ont partie liée .....</b>	<b>28</b>
<b>6. Limites et portées de l'étude .....</b>	<b>29</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>29</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>1</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>4</b>
Annexe A1 : Trame d'entretien semi-directif.....	4
Annexe A2 : Lettre d'information pour l'entretien .....	4
Annexe A3 : Trame du questionnaire.....	4
Annexe A4 : Tableau de comparaison des avantages perçus du travail en structures d'exercice coordonné par les deux groupes de l'échantillon .....	4
Annexe A5 : Tableau de comparaison des inconvénients perçus du travail en structures d'exercice coordonné par les deux groupes de l'échantillon .....	4
Annexe A6 : Tableau sur la répartition et le nombre de MSP en France en décembre 2022 .....	4
Annexe A7 : Tableau sur la répartition et le nombre de CPTS en France en décembre 2022 .....	4
Annexe A8 : Tableau de comparaison des propositions sur l'intégration des orthophonistes au sein des équipes pluriprofessionnelles selon la structure d'exercice coordonné.....	4
Annexe A9. Tableau de comparaison des propositions autour de la collaboration interprofessionnelle selon les modalités d'échanges .....	4
Annexe A10. Attestation de déclaration au service de protection des données (DPO).....	4

## SIGLES

<b>ACI</b>	Accord Conventionnel Interprofessionnel
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>CAMSP</b>	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
<b>CIP</b>	Collaboration InterProfessionnelle
<b>CMP</b>	Centre Médico-Psychologique
<b>CMPP</b>	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
<b>CPTS</b>	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
<b>ESMS</b>	Etablissement et Service Médico-Social
<b>ESP</b>	Equipe de Soins primaires
<b>ESS</b>	Equipe de Suivi de Scolarisation
<b>FAMI</b>	Forfait d'Aide à la Modernisation et Informatisation du cabinet professionnel
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>IME</b>	Institut Medico-Educatif
<b>MECS</b>	Maison Educative à Caractère Social
<b>MSP</b>	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PSP</b>	Plateforme de Soins Pluridisciplinaires
<b>RCP</b>	Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle
<b>SESSAD</b>	Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
<b>SISA</b>	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
<b>SPASAD</b>	Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
<b>SSIAD</b>	Service de Soins Infirmiers A Domicile
<b>URPS</b>	Union Régionale des Professionnels de Santé

## Introduction

La création des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) s'inscrit dans un contexte de besoin croissant d'accéder plus facilement à des soins primaires pour une population de plus en plus âgée et souffrant de multiples pathologies chroniques (Mrozovski, 2020).

En 1978, l'OMS définit les soins primaires comme représentant « le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé de l'endroit où vivent et travaillent les gens, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire ». Dans la même idée, l'article L.1411-11-1 du code de la Santé Publique présente une équipe de soins primaires comme un « ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent ». Ainsi, la constitution d'équipes de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé.

Le projet de loi « Ma Santé 2022 : un engagement collectif » met en exergue l'importance de l'exercice coordonné en ville. Leur déploiement permettrait de répondre à deux défis de notre système de santé :

- Des soins de ville insuffisamment structurés pour faire face aux enjeux du virage ambulatoire, de la démographie médicale et de la croissance des maladies chroniques ;
- Un sentiment d'isolement de certains professionnels de santé, un exercice coordonné insuffisamment développé et un cloisonnement notamment entre les professionnels de santé de ville et l'hôpital.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles ont connu un développement rapide : alors qu'elles étaient 20 en 2008, leur nombre a été multiplié par plus de 3 entre mars 2013 (240 structures en fonctionnement) et mars 2017 (910 structures ouvertes et 334 en projet). En mars 2023, nous recensons 2251 MSP en fonctionnement (Ministère de la santé et de la prévention, 2023). En parallèle, en décembre 2022, 389 communautés professionnelles territoriales de santé recouvraient 49% du territoire français et 193 étaient en cours de création ou de mise en fonctionnement (Ministère de la santé et de la prévention, 2022). Les structures d'exercice coordonné sont finalement en voie de généralisation et en voie de maturation. D'une simple coexistence des professionnels de santé sur le territoire se sont organisées une concertation puis une réelle coordination entre eux pour que chacun puisse s'enrichir des différences professionnelles.

Les orthophonistes collaborent régulièrement avec d'autres professionnels de santé (médecin, kinésithérapeute, psychomotricien, etc.) pour accompagner et prendre en soin au mieux leurs patients (Tain, 2016, p.7). Leur installation au sein de structures d'exercice coordonné pourrait faciliter et renforcer le partage d'informations relatives aux soins des patients. De plus, ce mode d'exercice pourrait contribuer à la connaissance et à la reconnaissance du champ d'intervention des orthophonistes grâce aux échanges plus réguliers et aisés avec les autres professionnels de santé.

C'est pourquoi cette étude s'intéresse aux intérêts professionnels pour un orthophoniste d'exercer au sein de ces structures. Afin de les évaluer, des entretiens semi-directifs préliminaires ont été menés puis une enquête par questionnaire a été diffusée aux orthophonistes exerçant en MSP et/ou en CPTS

ainsi qu'à des orthophonistes exerçant en libéral hors structures d'exercice coordonné. L'analyse des données recueillies propose de réaliser un état des lieux de la place d'un orthophoniste au sein d'une équipe coordonnée et des projets de santé.

## **Contexte théorique, buts et objectifs**

### **1. Législation : montée en puissance et diversification des structures d'exercice coordonné**

La notion de travail en réseau s'est vu renforcée depuis deux décennies. L'article 6 de l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 introduit deux formes expérimentales de prise en charge de patients pour faciliter l'accès au système de soins et une meilleure coordination des soins : les réseaux d'une part et les filières de soins d'autre part.

L'article L6321-1 du Code de la Santé Publique approfondit le terme de « réseaux de santé ». Leurs objectifs sont de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, les établissements de santé, les centres de santé, les institutions sociales ou médico-sociales, les organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec les représentants des usagers.

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (plus connue sous le nom de loi HPST - Hôpital Patients Santé Territoires) redéfinit les centres de santé, en reconnaissant leur intérêt pour l'exercice collectif et coordonné ainsi que leur vocation à être des structures de proximité de premier recours.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé introduit la création des CPTS, un dispositif plus souple pour favoriser la collaboration entre professionnels.

Le projet de loi « Ma Santé 2022 » ancrera un peu plus l'importance de renforcer l'exercice coordonné et de reconnaître une équipe de soins. Elle propose de créer dans chaque territoire un véritable projet de soins qui associe tous les professionnels de santé, hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux. Ils doivent rassembler leurs compétences et leurs moyens, et les mettre au service de la santé des patients de leur territoire. Il s'agit de continuer à développer les structures d'exercice coordonné (MSP, centres de santé, etc.) sur le territoire et d'étudier la possibilité de les faire collaborer davantage avec des éléments structurants existants : établissements de santé, établissements et services médico-sociaux (ESMS), laboratoires d'analyses médicales, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), etc. Le projet de réforme du système de santé annonce comme objectif l'implantation de 1000 CPTS à l'horizon 2022 et 2000 structures d'exercice coordonné conventionnées dans les 5 ans, à l'horizon 2027. L'objectif de déploiement de ces structures d'exercice coordonné sur le territoire français est à ce jour atteint pour les MSP (2251 en mars 2023) mais pas encore pour les CPTS (582 en fonctionnement ou en cours de création en décembre 2022).



## **2. Typologies de structures d'exercice coordonné : le projet de santé en fil conducteur**

### **2.1. Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) : une personne morale de proximité**

Selon le Code de la Santé Publique (article L6323-3, 2021), une maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels de santé de premier recours : professionnels médicaux, auxiliaires médicaux, pharmaciens et biologistes. Ces professionnels de santé vont constituer une équipe pluriprofessionnelle libérale aux compétences multiples. L'équipe peut s'associer et collaborer avec d'autres professionnels du champ de la santé (psychologues, ostéopathes, etc.), des établissements de santé et des services sociaux ou médico-sociaux, des centres de santé.

La MSP s'organise sur un territoire pour apporter une réponse de proximité (article L1411-11 du Code de la Santé Publique, 2016). Elle a pour objet d'assurer des activités de soins sans hébergement et de participer à des actions de santé publique (actions de prévention et d'éducation à la santé, éducation thérapeutique du patient) (article L6323-3 du Code de la Santé Publique, 2021). La maison de santé peut être mono-site : un bâtiment réunissant tous les praticiens ou multisites (autrement dite « éclatée » ou « dispersée ») : les professionnels de santé exerçant dans divers lieux. Elle regroupe plusieurs professionnels de santé libéraux de premier recours : médecins généralistes, infirmières, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes, diététiciens, etc. Elle compte au moins deux médecins généralistes et un autre professionnel paramédical.

L'ensemble de ses actions est décrit dans un projet de santé. Il témoigne de l'engagement des professionnels de santé à travailler de manière coordonnée autour de la continuité des soins et des coopérations interne et externe. La MSP répond à quatre objectifs principaux :

- Offrir à la population d'un territoire, une prise en charge la plus globale possible ;
- Améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé en facilitant, notamment, la continuité des soins ;
- Contribuer à l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients, par le partage d'expérience, la complémentarité des approches et l'insertion des professionnels de santé partenaires au sein de la maison de santé dans un tissu sanitaire, médico-social et social ;
- Faire découvrir le mode d'exercice coordonné par le biais de stages, prévus dans le cadre de la formation des futurs professionnels de santé, et encadrés par des maîtres de stage et tuteurs, afin d'encourager leur installation sur les territoires concernés (ARS Hauts-de-France, 2018).

Pour optimiser l'organisation et le fonctionnement de la MSP, l'équipe pluriprofessionnelle met en place des outils et des pratiques coopératives tels que :

- Des protocoles de prise en charge, qui décrivent et formalisent les étapes du suivi des patients concernés par un parcours de soins complexe : ils permettent aux professionnels de connaître leur rôle et les missions de chacun et de travailler en situation encadrée ;
- Des réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) dont l'objet peut porter sur des situations cliniques, sur l'organisation, la structuration et les actions de la maison de santé ;
- Un dispositif de partage d'informations sécurisé pour la mise en place d'un dossier patient partagé où tout professionnel de santé peut consulter et déposer des données médicales, pour la planification d'actions et de réunions grâce à un agenda par professionnel et commun à l'équipe, pour la production de requêtes relatives aux actions mises en place ;

- Un accueil et/ou un secrétariat commun ;
- Un coordinateur de soins ou de santé, pour accompagner l'équipe, dans la mise en place des actions de leur projet de santé.

Une MSP peut se structurer a minima sous la forme associative sinon elle peut aussi se constituer en Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA). Cette structuration juridique devient obligatoire dès lors que la MSP souhaite adhérer à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI). L'ACI permet aux équipes exerçant au sein de structures pluriprofessionnelles de bénéficier d'un mode de rémunération qui vient s'ajouter au paiement à l'acte (ARS Nouvelle Aquitaine, 2022).

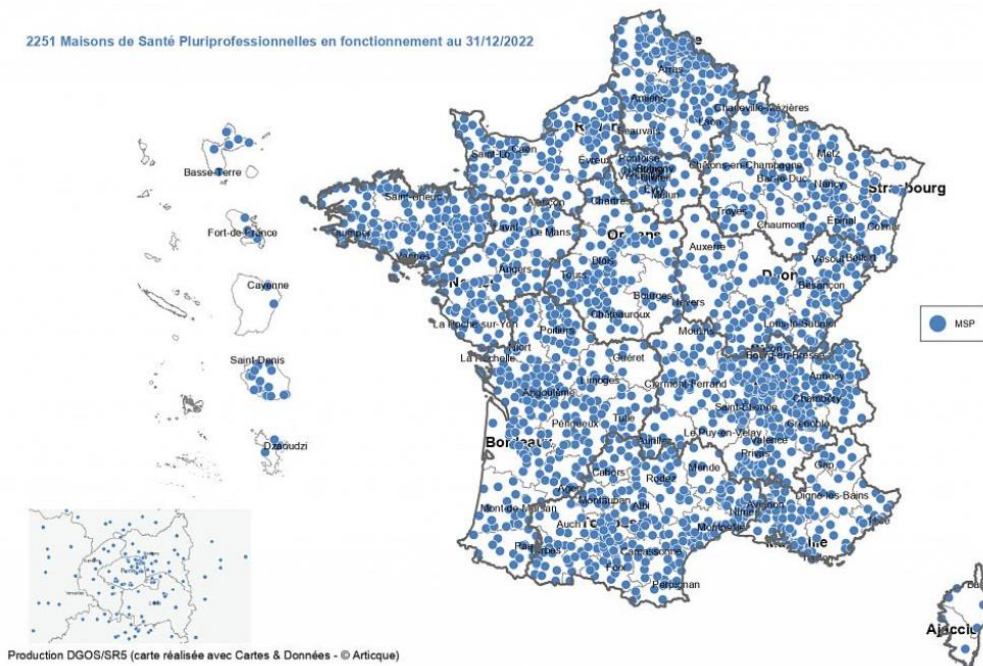


Figure 1. Répartition des MSP en fonctionnement sur le territoire français en décembre 2022 (d'après Ministère de la santé et de la prévention, 2022).

## 2.2. Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) : coordination volontaire

Les CPTS constituent un espace d'organisation et de coordination des professionnels de santé de ville autour d'une population donnée. Selon le territoire, une CPTS peut couvrir entre 20 000 et plus de 100 000 habitants (Ministère de la santé et de la prévention, 2022). Créée à leur initiative, sous la forme d'une association, les acteurs de santé se réunissent autour d'un projet de santé pour répondre aux problématiques de santé identifiées sur leur territoire. L'adhésion à une CPTS permet à chacun de contribuer à ses fonctions. Le projet de loi « Ma santé 2022 » confie aux CPTS la responsabilité de six missions prioritaires correspondant aux besoins premiers de la population sur le territoire :

- La réalisation d'actions de prévention ;
- La garantie d'accès à un médecin traitant pour tous les habitants du territoire ;
- La réponse aux soins non programmés, c'est-à-dire la possibilité d'obtenir un rendez-vous dans la journée, en cas d'urgence ;
- L'organisation de l'accès à des consultations de médecins spécialistes dans des délais appropriés ;
- La sécurisation des passages entre les soins de ville et l'hôpital, notamment pour anticiper une hospitalisation ou préparer la sortie après une hospitalisation ;
- Le maintien à domicile des personnes fragiles, âgées ou poly-pathologiques.

Pour répondre à leurs missions, les CPTS restent libres des moyens et des actions à mettre en œuvre pour les remplir en vue d'une contractualisation avec l'ARS. Elles peuvent organiser la coopération avec les établissements de santé, publics et privés, les services d'hospitalisation à domicile et médico-sociaux de leur territoire (Assurance Maladie, 2022). Cette coordination permettra notamment de mieux assurer la continuité des suivis pour les patients souffrant de pathologies chroniques engagés dans des parcours de soins complexes ou pour les patients en rupture dans leur parcours de soins.

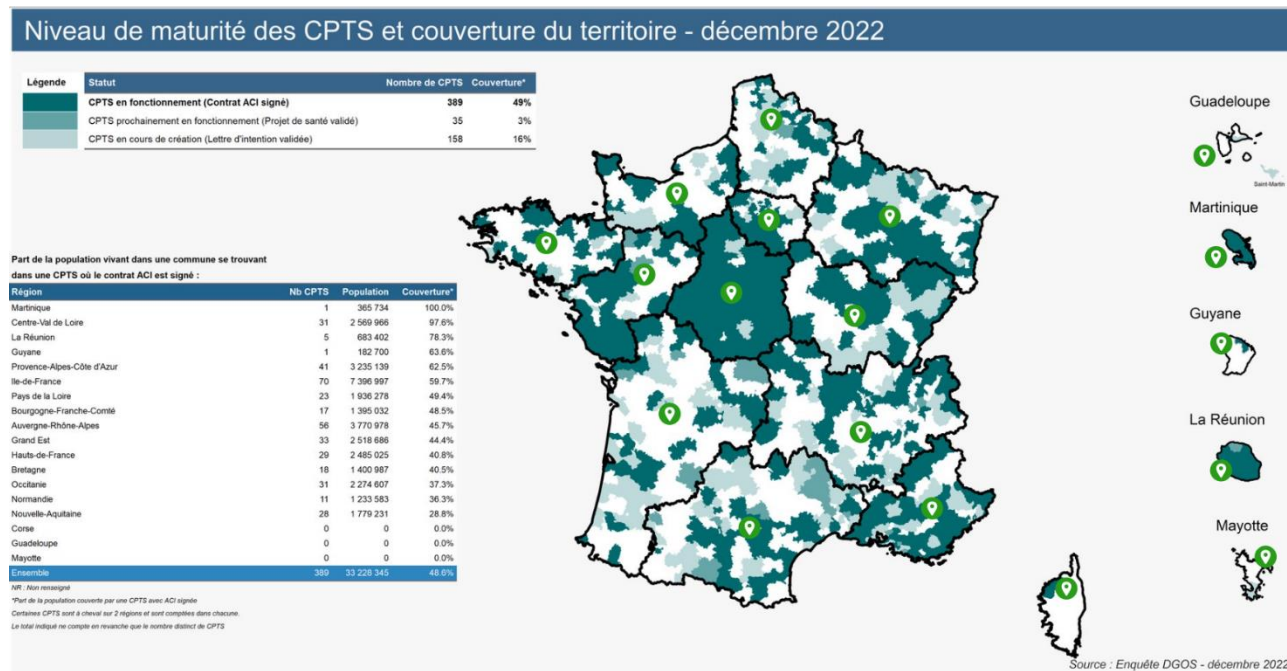


Figure 2. Répartition des CPTS sur le territoire français en décembre 2022 (d'après Ministère de la santé et de la prévention, 2022).

### 2.3. Structures d'exercice coordonné : points communs et différences

Les pôles de santé, les centres de santé et les MSP se définissent tous par :

- Un regroupement pluriprofessionnel de professionnels de santé ;
- Autour d'un projet de santé partagé par tous les acteurs ;
- Assurant des soins de premier et/ou de second recours ;
- Et participant à des actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire (Ministère de la santé et de la prévention, 2022).

Ces structures d'exercice coordonné se distinguent par :

- Leurs lieux d'exercice : plusieurs sites constituent les pôles de santé ou les MSP (dites « éclatées ») tandis que les centres de santé et certaines MSP se forment au sein d'un local unique.
- La mention universitaire : seuls les MSP et les centres de santé pluriprofessionnels peuvent être conventionnés avec un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine (article 3 de l'arrêté du 18 octobre 2017, 2017). Le but sera d'accorder plus de place à la formation et à la recherche en soins primaires (article L6323-3 du Code de la Santé publique, 2021).

- Leur constitution : un pôle de santé peut réunir des structures aussi variées que des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire, sociale et médico-sociale.
- Les professionnels qui les composent : seuls les centres de santé peuvent être mono-professionnels (c'est-à-dire exclusivement médicaux, infirmiers ou dentistes) ou polyvalents (c'est-à-dire comportant des médecins et chirurgiens-dentistes ou sage-femmes mais aucun auxiliaire médical) contrairement aux autres structures qui sont pluriprofessionnelles.
- Le statut des professionnels : salariés en centre de santé et libéral en MSP.
- Leur gestion : les centres de santé peuvent être gérés par des associations, des collectivités territoriales (municipalité en général) ou par des assureurs de santé (on parle alors de « centre de santé mutualiste »).

Tableau 1. Point commun et différences entre les structures d'exercice coordonné.

	MSP	Pôle de santé	Centre de santé	CPTS
	<b>Point commun</b>			
	Un regroupement de divers professionnels de santé autour d'un projet de santé partagé par tous les acteurs, assurant des soins de premier et/ou de second recours et participant à des actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire			
	<b>Différences</b>			
<b>Lieux d'exercice</b>	Monosite ou multisite	Multisite	Monosite	Sans site
<b>Mention universitaire</b>	Possible		Possible	
<b>Equipe</b>	Pluri-professionnelle	Pluri-professionnelle Peut réunir des structures : maisons de santé, centres de santé, réseaux de santé, établissements de santé, services médico-sociaux, etc	Mono- ou pluri-professionnelle	Pluri-professionnelle Peut réunir des structures d'exercice coordonné, hôpitaux, établissements de santé, structures médico-sociales, dispositifs d'appui pour la prise en soin de cas complexes
<b>Statut des professionnels de santé</b>	Libéral	Libéral	Salarié	Libéral
<b>Gestion administrative</b>	Par ses membres	Par ses membres	Par des associations, des collectivités territoriales ou par des assureurs de santé	Par ses membres
<b>Rémunération</b>	Eligible aux ACI		Eligible aux ACI ou à l'accord national des centres de santé	Eligible aux ACI

## 2.4. Origine, nature et contenu du projet de santé

Le projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (article L. 1411-11-1 du Code de Santé publique, 2019). Il se construit avec l'ensemble des professionnels exerçant au sein de la structure. Une fois validé par l'équipe, il est transmis au Directeur général de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) pour acceptation et

financement. Il s'appuie sur un diagnostic des besoins du territoire et indique les missions spécifiques identifiées comme prioritaires par les professionnels de santé (soins, prévention, éducation thérapeutique, formation, information, etc.). Il s'articule autour d'un projet professionnel et d'un projet d'organisation de la prise en soins des patients. Il est évolutif et est actualisé régulièrement.

#### 2.4.1. Le projet professionnel

Il précise l'organisation de l'équipe et le fonctionnement interne de la structure. Il peut regrouper des questions de management de la structure, d'organisation de la pluriprofessionnalité, de mise en œuvre du dispositif d'information, de formation continue des professionnels, d'accueil des étudiants et d'intégration à des activités de recherche.

#### 2.4.2. Le projet d'organisation de la prise en charge

Il se base sur les priorités de santé identifiées et indique les outils de coordination, pratiques innovantes et nouveaux services, que l'équipe mettra en place dans le cadre de son exercice en maison de santé. Il recouvre les thématiques d'accès et de continuité des soins, de coopération et de coordination externe, de qualité de prise en charge.

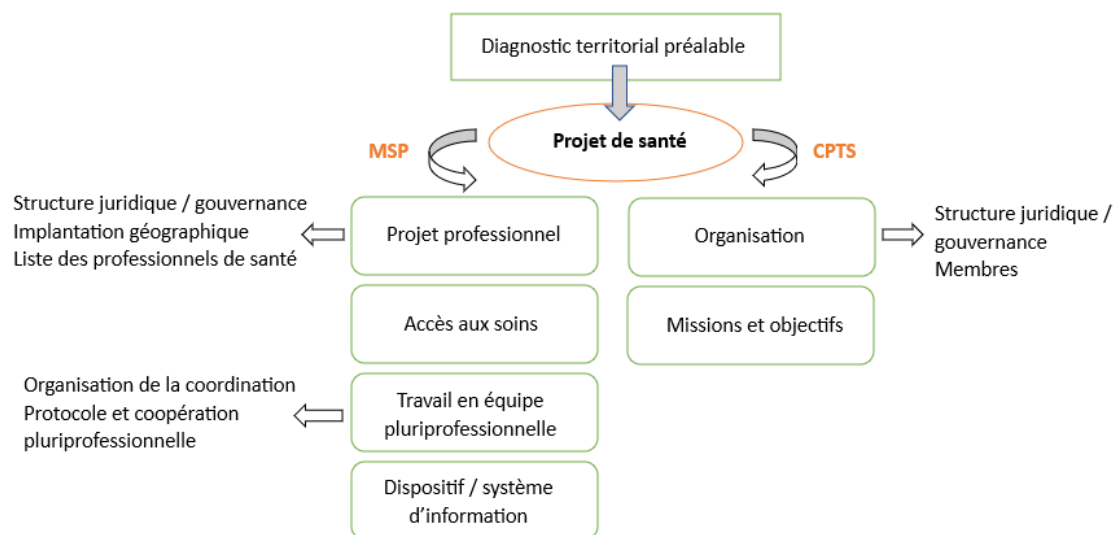


Figure 3. Structure du projet de santé pour les MSP et les CPTS.

### 3. Avantages et inconvénients de l'exercice coordonné

L'exercice coordonné demande aux professionnels de santé, qui ont pour objectif d'harmoniser leur pratique et de fluidifier la prise en soins de leurs patients, de développer une concertation-coordination pour le suivi des patients, un partage d'expérience et des protocoles pluriprofessionnels qu'ils mettent en œuvre et suivent (ARS Hauts-de-France, 2018). Il permet ainsi d'apporter une meilleure réponse en termes de parcours, de continuité, de qualité de soins prodigués aux patients.

Bien que la création des structures d'exercice coordonné s'inscrive dans un changement de politiques de santé, le travail en équipe est aujourd'hui plébiscité par les professionnels de santé eux-mêmes. Il leur permet d'échanger entre pairs, de continuer à se former, de libérer du temps médical grâce aux moyens administratifs et informatiques partagés, de mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle. Pour le patient, être suivi par des professionnels de santé travaillant en équipe facilite l'accès aux soins et permet de bénéficier d'une coordination des soins, qui allie qualité et sécurité (ARS Hauts-de-France, 2018).

Nous savons que chaque structure d'exercice coordonné est le produit d'une histoire singulière. Selon la constitution de l'équipe, les motivations de chaque membre et les représentations propres à chacun sur l'exercice coordonné, les conceptions différentes de la pluriprofessionnalité devront s'accorder pour établir un projet de santé qui convienne à tous. Les professionnels de santé doivent apprendre à travailler ensemble, ce qui peut créer des tensions entre les dynamiques professionnelles par lesquelles ils cherchent tous à préserver leur autonomie et le sens de leurs pratiques et une dynamique professionnelle en construction (Fournier, 2019). De plus, ils sont aussi tiraillés par les exigences de gestion administrative pour répondre aux problématiques de santé actuelles.

#### **4. Visées du mémoire**

Aucun travail antérieur ne s'est penché sur la place qu'occupent les orthophonistes au sein des structures d'exercice coordonné en France. C'est pourquoi le présent mémoire vise le repérage et la compréhension des intérêts à travailler au sein de structures d'exercice coordonné pour la pratique professionnelle de l'orthophoniste. D'une part, une évaluation des avantages et des inconvénients de ce mode d'exercice sera au cœur du travail. D'autre part, il s'agira de comprendre le processus de mise en place d'un partenariat, de coordination autour des patients et d'intégration de l'orthophoniste dans les projets menés par les structures d'exercice coordonné.

### **Méthode**

La méthodologie retenue repose sur la passation d'entretiens semi-directifs et d'un questionnaire, pour collecter des données d'ordre qualitatif. L'entretien s'est adressé à divers professionnels de santé (majoritairement orthophonistes) travaillant en MSP et/ou en CPTS et des orthophonistes exerçant en libéral en modalité non coordonnée. Les données recueillies lors des entretiens sont un préambule à la démarche de création du questionnaire. Cet outil nous a ainsi permis d'identifier les thèmes les plus pertinents à investiguer pour calibrer le contenu du questionnaire. Dans le cadre de la collecte d'informations qualitatives, il nous a semblé nécessaire de créer un questionnaire à double entrée : un à destination des orthophonistes exerçant au sein des MSP et des CPTS et un autre à destination d'orthophonistes n'exerçant pas dans ce cadre-là. Sa conception s'appuie sur l'analyse des données issues des passations d'entretiens ainsi que sur les données théoriques issues de la littérature.

#### **1. L'entretien semi-directif**

Une pré-enquête par entretiens est primordiale dans l'élaboration d'un questionnaire (De Singly, 2016, p. 27). En effet, interroger les professionnels de santé sur leurs propres pratiques permet de se familiariser avec les pratiques à analyser et la manière dont ils les décrivent. En conséquence, cela affine ou complète les visées de la recherche et facilite la formulation du questionnaire.

##### **1.1. Population d'étude**

Les entretiens sont réalisés auprès d'orthophonistes et d'autres professionnels de santé avec lesquels ils peuvent collaborer (médecin, infirmière, kinésithérapeute, etc.). Le recrutement s'est appuyé sur nos propres contacts ou réseaux ainsi que sur des listes diffusées par des associations regroupant les MSP (ex. la FEMAS) et les CPTS (ex. FCPTS). Nous avons ensuite contacté par téléphone et/ou par mail les coordinateurs de chaque structure ou les professionnels eux-mêmes pour leur expliquer notre sujet de recherche.

## **1.2. Création du guide d'entretien**

L'entretien semi-directif permet d'aborder les points essentiels du sujet de recherche et laisse des temps d'expression libre pour approfondir chaque thématique (Fenneteau, 2015, p.12). Pour parvenir à cadrer la conversation, un guide d'entretien unique (cf. annexe A1), destiné à interroger tout professionnel de santé, a été élaboré. Celui-ci abordait quatre thématiques :

- Leur représentation de l'exercice coordonné ;
- Leur condition d'exercice actuel, les raisons qui les ont poussés à choisir ce mode d'exercice, les avantages et les limites de leur mode d'exercice ainsi que le partenariat avec les autres professionnels de santé ;
- La place de l'orthophoniste dans le parcours de soin des patients ;
- Les thèmes qui leur semblaient pertinents d'aborder dans le prochain questionnaire.

## **1.3. Protocole**

Au préalable, une lettre d'information (cf. annexe A2) a été envoyée aux participants, afin de les renseigner, aussi clairement que possible, sur les objectifs et les modalités de l'enquête. Les passations d'entretien se sont toujours déroulées sur le lieu d'exercice du professionnel de santé. Pour faciliter les rencontres, un entretien de groupe a parfois été proposé à plusieurs praticiens de la même structure. Au début de chaque rendez-vous, le thème du mémoire et le déroulement de l'entretien ont été rappelés. Une prise de notes et un enregistrement de l'échange, via un dictaphone, ont été convenus avec l'accord des participants. Les enregistrements ont été transférés sur un disque dur crypté par le logiciel Veracrypt et les données seront supprimées après la soutenance de ce mémoire.

## **2. Le questionnaire**

Le questionnaire permet d'allier les données de la littérature aux informations recueillies lors des entretiens. L'enquête par questionnaire permet ainsi de vérifier les premières hypothèses constituées auprès d'un échantillon plus important. Par sa construction méthodique et formelle, il permet d'obtenir des données pouvant être analysées de façon statistique (Combessie, 2007). De plus, les intérêts de cet outil résident dans sa simplicité de diffusion, de recueil des réponses et dans sa large visibilité sur différents supports numériques. Toutefois, l'échange direct et personnel avec les participants n'est pas favorisé.

### **2.1. Elaboration et structure du questionnaire**

Une fois la structure établie, le questionnaire a été mis en ligne via le logiciel d'enquête statistique en ligne, Limesurvey. Le questionnaire comporte vingt-trois questions au total, réparties en trois parties (cf. annexe A3). La première partie recense des informations générales, afin de déterminer les conditions d'exercice et le profil global de tous les participants. Aucune caractéristique nominative n'a été demandée pour garantir l'anonymat du questionnaire. Cette partie s'achève sur une question permettant de distinguer deux catégories au sein de notre échantillon : les praticiens exerçant au sein de structures d'exercice coordonné et ceux n'y travaillant pas au moment de l'étude.

- La réponse « non » amènera de nouvelles questions portant sur les éléments freinant ou favorisant leur intégration potentielle dans une structure d'exercice coordonné.
- La réponse « oui » ouvrira sur de nouvelles thématiques :
  - Leur représentation de l'exercice coordonné, avec ses avantages et ses limites ;

- Les différents modes d'exercice éventuellement connus par le professionnel de santé ;
- La place qu'occupe l'orthophoniste au sein d'une équipe pluriprofessionnelle et des projets menés.

Les questions dites « de fait » ont été privilégiées afin d'obtenir des résultats plus objectifs. En limitant les questions d'opinion, les professionnels de santé sont contraints à décrire précisément leur manière de travailler et moins à juger leur propre pratique (De Singly, 2016, p.69). De plus, le questionnaire est essentiellement construit autour de questions fermées dans le but de faciliter le codage et le traitement des données. Toutefois, pour laisser une possibilité d'expression libre comme dans les questions ouvertes, une catégorie « autre » a parfois été proposée pour recueillir des réponses « imprévues ». Quelques questions ouvertes ont été soumises aux orthophonistes n'exerçant pas dans des structures d'exercice coordonné, dans le cadre d'une démarche exploratoire. Elles compléteront le recueil de données issues des entretiens de pré-enquête. De surcroît, l'échelle de Likert, fondée sur l'expression d'un certain degré d'accord ou de désaccord à une proposition, permettra de mesurer le positionnement des participants par rapport à l'objet étudié (Fenneteau, 2015, p.69-80).

## 2.2. Diffusion du questionnaire et population étudiée

La population d'étude se concentre sur les orthophonistes travaillant en libéral, en CPTS et/ou en MSP ou sans mode d'exercice coordonné. En sollicitant les associations de CPTS et de MSP, nous avons pu diffuser le questionnaire à un ensemble de structures d'exercice coordonné en France. De plus, nous avons sollicité les URPS (Union Régionale des professionnels de santé) orthophoniste et les syndicats des orthophonistes pour faire parvenir l'enquête à leurs adhérents. En parallèle, nous avons recensé toutes les CPTS en fonctionnement (ACI signé), sur la base des informations relayées par les ARS, pour les contacter une par une. Un recensement exhaustif des MSP en fonctionnement n'existe pas et est difficilement réalisable sur le temps imparti. Nous avons donc contacté certaines MSP qui avaient conçu un site internet et pour lesquelles il était avéré qu'un orthophoniste y exerçait. A l'échelle plus locale des Hauts-de-France, nous avons recouru à nos contacts, aux réseaux d'anciens maîtres de stage ou aux participants à l'entretien. L'enquête par questionnaire a également été relayée sur une quinzaine de groupes d'orthophonistes sur Facebook. La diffusion du questionnaire a duré deux mois.

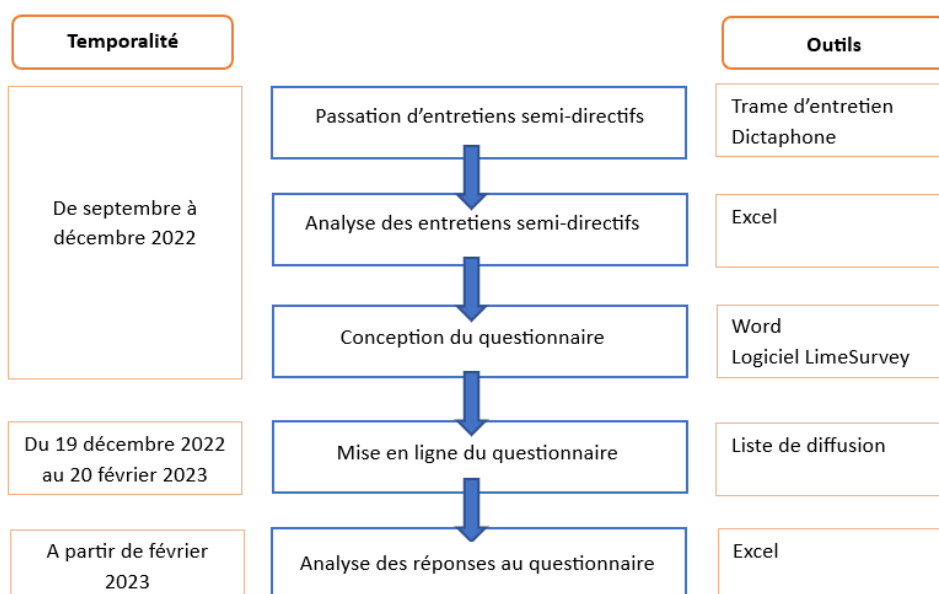


Figure 4. Résumé de la méthodologie de l'enquête



## Résultats

### 1. Analyse des entretiens semi-directifs

Nous avons interrogé treize professionnels de santé : six professionnels de santé (trois orthophonistes, un médecin généraliste, deux kinésithérapeutes dont un à mi-temps coordinateur de santé) exerçant dans trois MSP différentes, cinq autres professionnels de santé (trois orthophonistes, un chirurgien-dentiste, un kinésithérapeute) exerçant au sein de trois CPTS distinctes et enfin deux orthophonistes en cabinet libéral monoprofessionnel.

#### 1.1.Représentation de l'exercice coordonné

L'ensemble des professionnels de santé interrogés définit l'exercice coordonné centré sur le lien qui unit les professionnels de santé. Les mots-clés ressortis sont les suivants :



Figure 5. Notions essentielles autour de l'exercice coordonné mentionnées lors des entretiens.

En parallèle, quelques professionnels de santé ont évoqué l'intérêt de travailler ensemble pour le bien-être du patient. Ils ont parlé :

- D'optimisation de la prise en charge des patients,
- De « regard croisé » sur la situation,
- D'amélioration des soins prodigués,
- De facilitation des réorientations et des examens complémentaires,
- De transmission d'informations complémentaires,
- De réseau.

De plus, trois professionnels de santé ont apporté des éléments plus généraux autour de l'exercice coordonné, en mentionnant :

- Une dimension plus territoriale avec une réponse aux besoins de santé pour une population vivant sur le territoire d'implantation,
- Les partenariats de la MSP (ARS et maison de quartier)
- Et surtout un accès aux soins facilité.

L'un d'eux est surpris par nos interrogations actuelles sur l'exercice coordonné. Pour lui, nous n'avons pas à nous poser la question, puisque sa pratique, depuis son installation en cabinet libéral, est basée sur les interactions entre professionnels de santé. En conclusion, nous pouvons retenir que la représentation de l'exercice coordonné repose majoritairement sur un point de vue professionnel, un choix de travailler de concert pour une meilleure prise en soins de leurs patients.

Les avantages et inconvénients d'un exercice coordonné en MSP ou en CPTS cités par les professionnels de santé interrogés sont les suivants :

Tableau 2. Avantages et inconvénients perçus de l'exercice coordonné en MSP ou en CPTS.

Avantages	Inconvénients
Pluriprofessionnalité	Compérage, colocation
Facilitation de la communication et de l'accès à l'information médicale, confrontation des avis sur la situation clinique, partage des difficultés et des compétences du patient	Difficulté à trouver sa place dans l'équipe ou les projets menés
Coordination des axes de travail, dans le projet de soin du patient	Travail non centré sur la pathologie mais sur le patient, protocolisation des prises en charge
Prise en charge globale des patients, approche cohérente	Inégalité dans l'investissement, dépendant des disponibilités de chacun
Bénéfice pour les patients	Poids des charges, contraintes administratives
Meilleure dispensation des soins	Absence ou faible rémunération des projets menés
Rapidité des expertises demandées, orientation plus pertinente	Délai d'attente pour les patients
Amélioration de sa formation professionnelle et celle des autres dans leur pratique	Confusion dans le champ de compétence de chacun
Rassurer les professionnels de santé dans leurs décisions, avoir des référents	Exigences en lien avec le contrat signé avec l'ARS, moindre indépendance
Enrichissement	Chronophage
Connaissance des autres professionnels de santé sur le territoire	« Hôpital en ville »
Orientation des soins avec le projet de santé	Cadre structuré où l'on demande de la rentabilité

## 1.2. Modalités d'exercice

Sept des professionnels interrogés ont connu un autre mode d'exercice avant de s'installer dans leur cabinet libéral actuel ou dans le local d'une MSP (cabinet libéral seul ou mono-professionnel, salariat en IME). Ils ont observé plusieurs différences par rapport à leur précédent exercice :

- Une stimulation intellectuelle plus grande
- Des possibilités de mener des séances à plusieurs, de développer des projets de prévention
- Un gain de temps et d'argent
- Davantage d'occasions et d'outils d'information entre professionnels de santé
- Une meilleure coordination entre orthophonistes
- Des réorientations plus pertinentes
- Une meilleure gestion des soins non programmés.

Les différents praticiens ont évoqué les raisons qui les ont poussés à choisir un exercice coordonné :

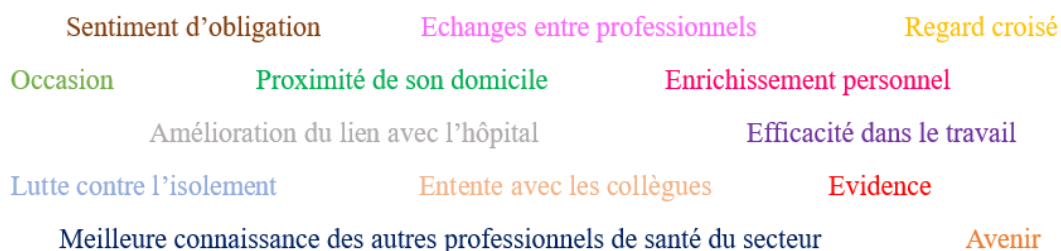


Figure 6. Notions essentielles autour des raisons d'installation en structures d'exercice coordonné.

A cet égard, les deux orthophonistes qui ont fait le choix de s'installer dans un cabinet libéral mono-professionnel expliquent ce que pourrait leur apporter un exercice coordonné : amélioration de la reconnaissance professionnelle de l'orthophonie, augmentation des échanges et facilitation des aiguillages de patients. L'une d'elles ne voit pas de réel changement dans sa manière de travailler.

### **1.3. Collaboration interprofessionnelle et représentation de l'orthophonie**

Au sujet des modalités de partenariat au sein des structures d'exercice coordonné, nous retrouvons quatre principaux moyens d'information partagée :

- Les réunions planifiées plus ou moins régulièrement (toutes les semaines, tous les mois ou tous les trimestres pour les CPTS) pour gérer l'administratif ou des situations cliniques (RCP);
- Les échanges informels, dans les locaux de la MSP, chez le patient, etc. ;
- Par le biais d'un logiciel partagé ;
- Les échanges téléphoniques ou par mail.

Les orthophonistes en cabinet libéral monoprofessionnel évoquent peu de contacts avec les autres professionnels de santé qui gravitent autour de leurs patients. Elles retrouvent des moments de coordination autour du patient lors des ESS (équipes de suivi de scolarisation) avec principalement des ergothérapeutes et des psychomotriciens ou lors de réunions au SESSAD (Service d'éducation spéciale et de soins à domicile). L'une d'entre elles mentionne également qu'elle peut être amenée à travailler avec les kinésithérapeutes du cabinet voisin.

Pour ce qui a trait à la connaissance de l'orthophonie par les autres professionnels de santé, nous retrouvons à la fois des notions de populations cibles (enfants, adultes, personnes âgées) et de domaines orthophoniques (oralité, déglutition, élocution, trouble du spectre autistique, voix, trouble du langage, aphasie, trouble du neurodéveloppement, sphère buccale). Généralement, ils ont pu évoquer environ trois domaines chacun, souvent en lien soit avec leur projet de santé ou de prévention et soit avec leurs propres disciplines (déglutition ou oralité pour le chirurgien-dentiste, troubles neurologiques pour le médecin généraliste, etc.). Du point de vue des orthophonistes, les réponses diffèrent en fonction de leur territoire d'implantation. Selon elles, les domaines d'expertise les mieux connus sont : les troubles des apprentissages et de la parole, les troubles neurologiques et les troubles de déglutition tandis que les moins connus se rapportent aux troubles de l'oralité, de la communication, de la voix (dont l'apprentissage de la voix oesophagienne), au bégaiement.

## **2. Analyse du questionnaire**

Cette enquête par questionnaire comptabilise 654 réponses dont 193 réponses incomplètes. De plus, les réponses de 7 participants n'ont pas été prises en compte en raison de la non-conformité aux critères de sélection. Notre analyse des résultats se basera sur les 454 réponses complètes. Les résultats sont exprimés en fréquence (% arrondi à l'unité la plus proche) et en effectif (n).

### **2.1. Profil des répondants**

Nous présentons dans cette partie le profil des répondants (n = 454) et la répartition de cet échantillon selon plusieurs critères : l'âge, la région d'exercice et les modalités d'exercice.

D'après la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), en janvier 2022, le nombre d'orthophonistes implantés sur le territoire français s'élève à 24 208 avec 23 523 femmes (97%) et 685 hommes (3%). 20 657 orthophonistes travaillent en libéral exclusif ou

mixte (soit 85% des orthophonistes). La moyenne d'âge des orthophonistes travaillant en libéral est de 40 ans. Notre échantillon de 454 participants confronté à la population totale des orthophonistes travaillant en libéral exclusif ou mixte confère un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 4.55% aux résultats de notre enquête.

A la lumière de ce qui précède, notre échantillon comprend 454 orthophonistes avec 16 hommes (soit 4% de l'échantillon) et 438 femmes (soit 96%). Comme l'illustre la figure 7, la moyenne d'âge de l'échantillon est d'environ 40 ans. L'âge minimal de l'échantillon est de 23 ans et l'âge maximal de 65 ans. Ainsi, à la vue de ces données générales et particulières, nous pouvons convenir de la représentativité de notre échantillonnage par rapport à la population générale des orthophonistes travaillant en libéral.

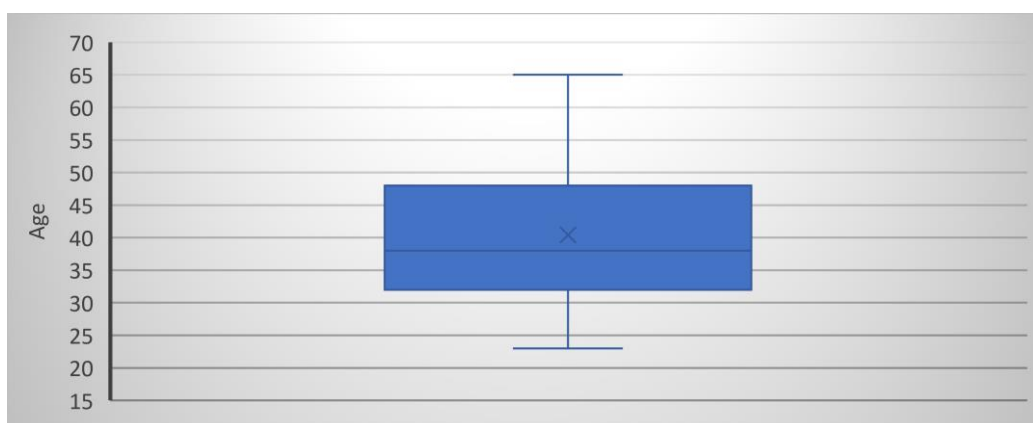


Figure 7. Répartition des participants selon leur âge (n=454).

Tous les orthophonistes de l'échantillon travaillent en libéral exclusif ou mixte. L'ensemble des régions françaises est représenté sauf la Guyane, la Mayotte, la Guadeloupe et la Corse (figure 8). Quatre régions sortent du lot : Provence-Alpes-Côte d'Azur avec 82 participants (soit 18% de la population), Auvergne-Rhône-Alpes avec 58 participants (soit 13%), Hauts-de-France avec 53 participants (soit 12%) et Occitanie avec 47 participants (soit 10%).

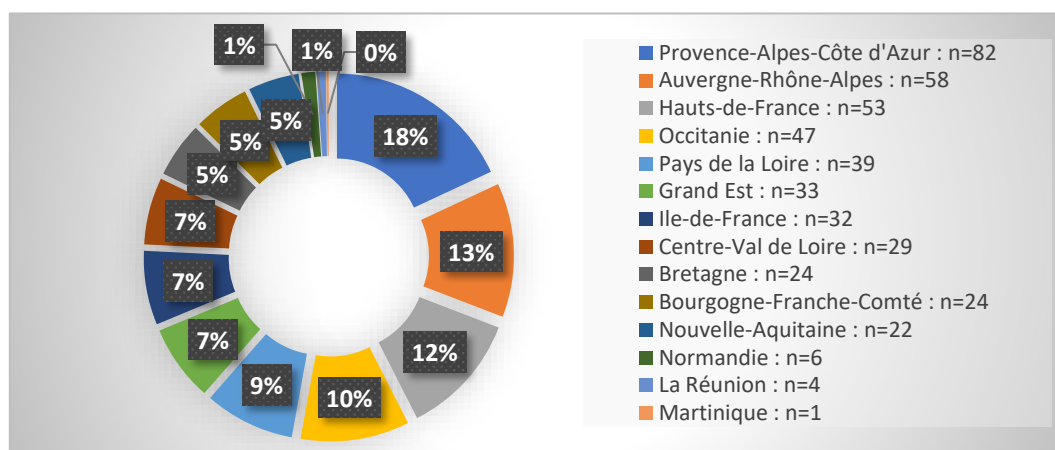


Figure 8. Répartition des participants selon leur région d'exercice (n=454).

La grande majorité des répondants (n=437 soit 96%) sait à quoi correspond l'exercice coordonné. Seuls 17 participants (soit 4%) ne se représentaient alors pas la notion d'exercice coordonné. Pour ces derniers, ils ont pu accéder à la définition suivante : « L'exercice coordonné est un travail en équipe de plusieurs professionnels de santé de professions distinctes autour d'une population ou d'une patientèle, sur un territoire. Il existe différentes formes d'exercice coordonné comme en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou en communautés professionnelles territoriales de santé

(CPTS) ». Parmi ceux qui ont sélectionné la réponse « non », deux participants ont renseigné qu'ils travaillaient en structures d'exercice coordonné (en MSP et en CPTS).

Comme l'illustre la figure 9, 81% des orthophonistes interrogés exercent en structures d'exercice coordonné (n=369).

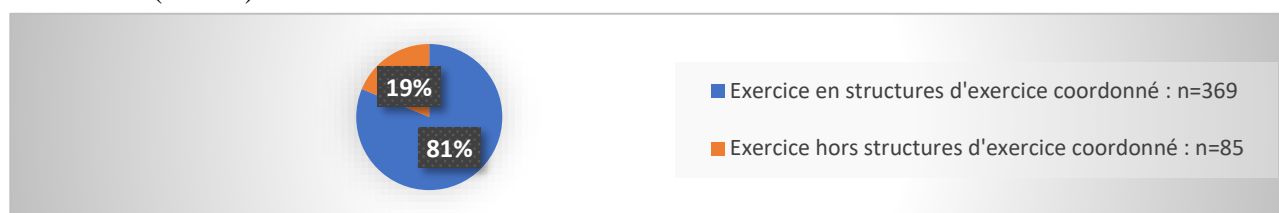


Figure 9. Répartition des participants selon leur mode d'exercice (n=454).

Parmi les 369 répondants exerçant en structures d'exercice coordonné, nous recensons 6 profils différents (figure 10) : ceux exerçant dans les trois types de structures d'exercice coordonné (en MSP, en CPTS et en ESP), ceux exerçant dans deux types de structures (MSP et CPTS ou ESP et CPTS) et ceux qui ne travaillent que dans un seul type de structure (soit MSP soit CPTS soit ESP). Aucun profil d'orthophonistes exerçant en MSP et en ESP n'a été recensé. Plusieurs orthophonistes ayant dit qu'ils exerçaient en CPTS ont précisé qu'ils travaillaient également au sein d'autres types de structures tels que pôle de santé, maison médicale, centre pluriprofessionnel, plateforme de soins pluridisciplinaires (PSP) dans une maison éducative à caractère social (MECS), CMPP, CAMSP, SESSAD.

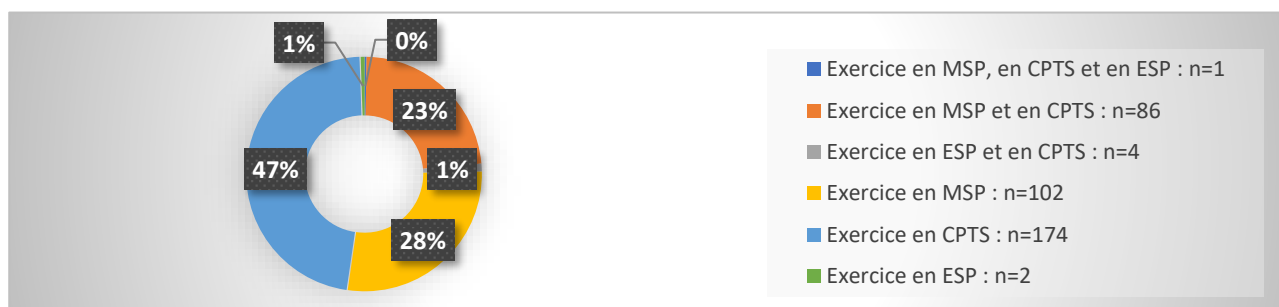


Figure 10. Répartition des participants selon leur installation au sein d'un ou plusieurs types de structures d'exercice coordonné (n=369).

La majorité des orthophonistes travaillant en structures d'exercice coordonné (n=280, soit 76%) y exercent depuis peu de temps, c'est-à-dire de quelques mois à trois années (figure 11).

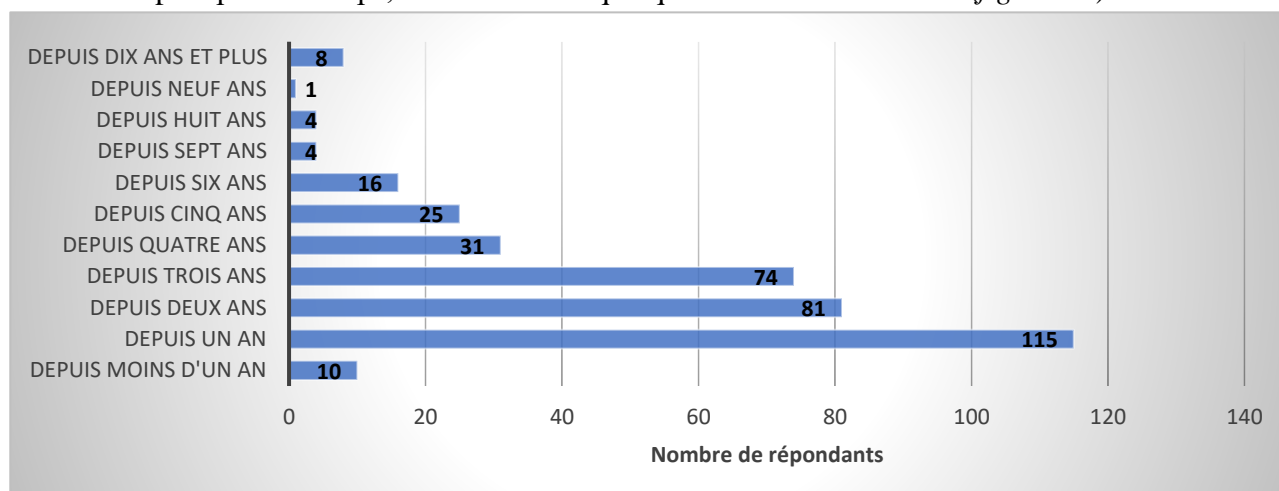


Figure 11. Répartition des participants selon leurs années d'installation au sein des structures d'exercice coordonné (n=369).

## 2.2.Représentation de l'exercice coordonné par les orthophonistes travaillant au sein de structures d'exercice coordonné

Concernant la perception de l'exercice coordonné (figure 12), la réponse qui fait l'unanimité à 93% est « un moyen de créer du lien entre professionnels de santé » (n=345). La deuxième réponse sélectionnée à 60% est « une aide pour proposer une meilleure prise en charge médicale des patients » (n=222). La troisième proposition « une solution pour mieux répondre aux besoins de santé sur un territoire » divise : 51% des orthophonistes l'ont sélectionnée (n=190).

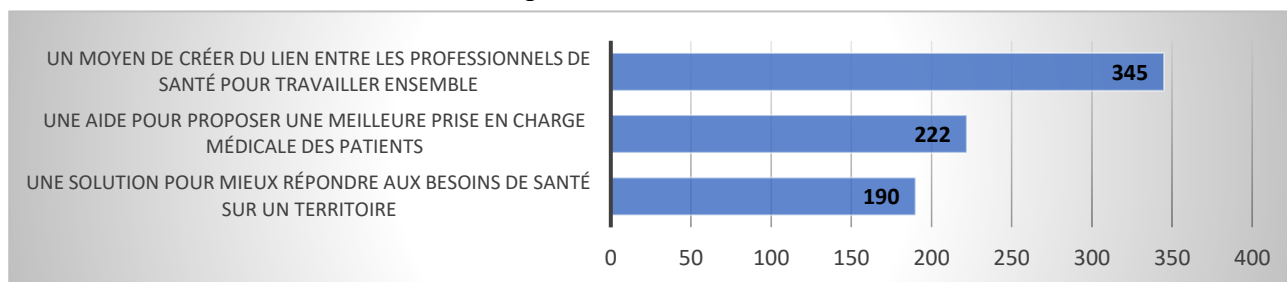


Figure 12. Répartition de la perception de l'exercice coordonné (n=369).

Au niveau des avantages, les réponses les plus fréquentes sont : « facilitation des échanges professionnels » (70%, n=258), « coordination autour de la prise en charge d'un patient commun » (46%, n=171) et « développement d'actions de prévention » (43%, n=158). Parmi la catégorie « autre », les avantages cités sont : une aide financière, une rencontre des autres professionnels de santé, une amélioration de la connaissance des autres professions et pratiques (figure 13).

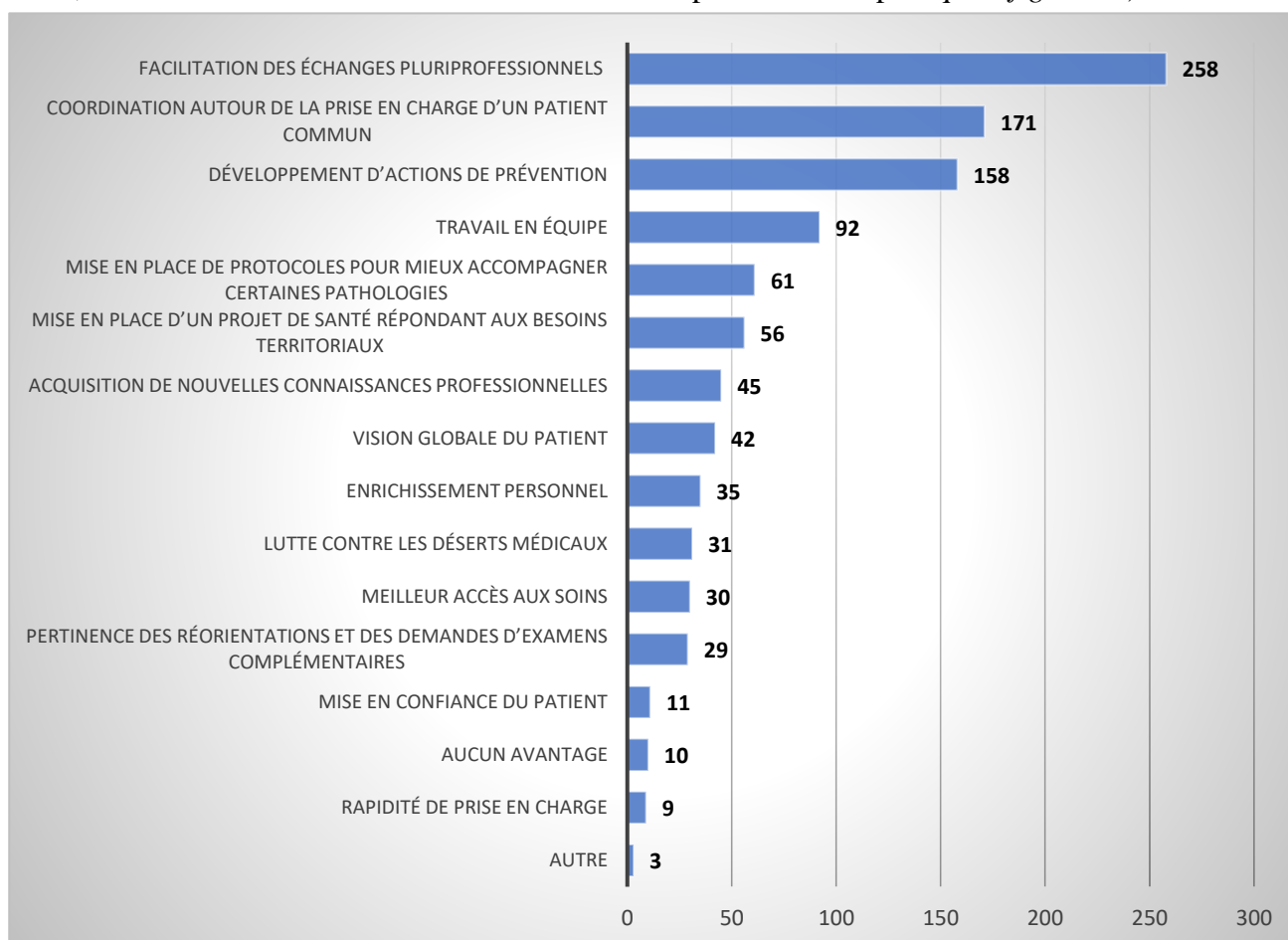


Figure 13. Répartition des avantages perçus de l'exercice en structures d'exercice coordonné (n=369).

Au niveau des inconvénients (*figure 14*), l'exercice coordonné est jugé « chronophage » par la grande majorité (70%, n=260). Dans la catégorie « autre », les orthophonistes ont évoqué :

- Le manque de reconnaissance et de consultation des orthophonistes dans les prises de décisions et les projets (n=5)
- Le manque ou les difficultés de coordination et d'échanges pluriprofessionnels (n=5)
- L'orientation politique (n=4)
- Les divergences au sein de l'équipe et les difficultés à travailler ensemble (n=3)
- L'absence de CPTS sur le territoire et/ou le peu de professionnels de santé impliqués (n=3)
- L'absence de rémunération ou la rémunération sous conditions (n=2).

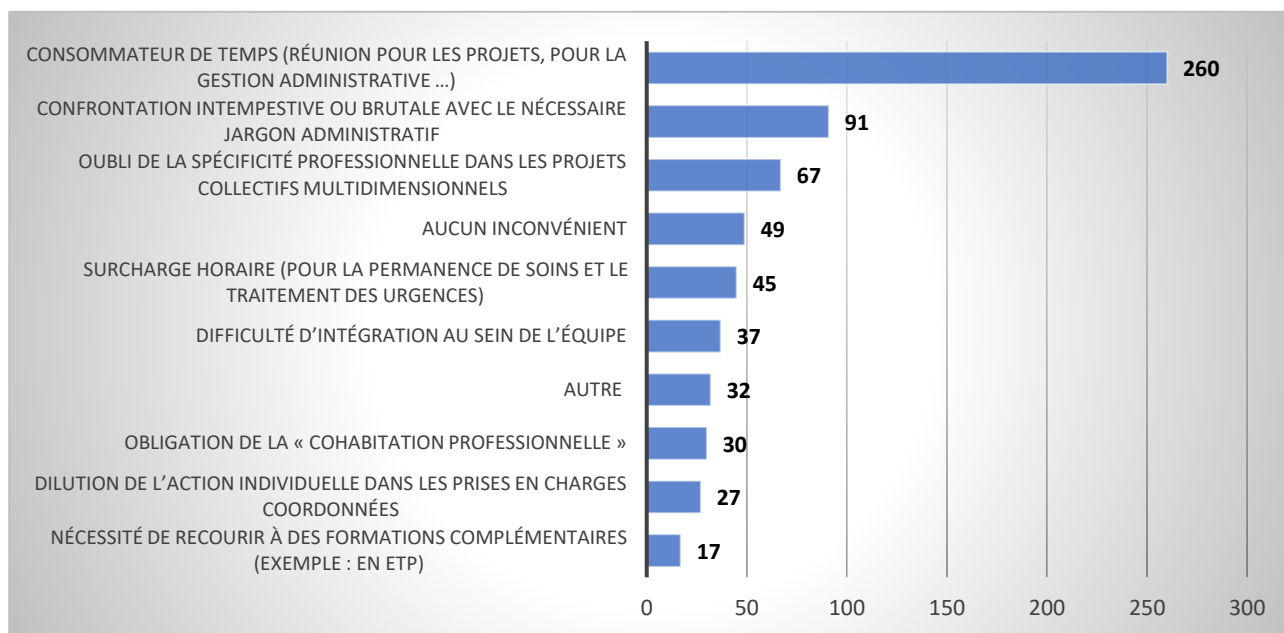


Figure 14. Répartition des inconvénients perçus de l'exercice en structures d'exercice coordonné (n=369).

Parmi les 369 orthophonistes sondés sur leur pratique au sein de structures d'exercice coordonné, 58% ont connu un autre mode d'exercice auparavant (n=214). Interrogés sur ce changement de mode d'exercice (*figure 15*), ces derniers constatent majoritairement une augmentation de la collaboration pluriprofessionnelle (78%, n=166) et de la consultation de leur avis pour un patient commun (61%, n=130) ainsi qu'une plus grande participation à des projets de formation ou de prévention (70%, n=150). Ils évoquent également un flux de patientèle inchangé (80%, n=171). En revanche, concernant la gestion administrative, les avis sont plus partagés : certains orthophonistes (47%, n=100) la jugent plus importante et d'autres (52%, n=112) la trouvent inchangée.

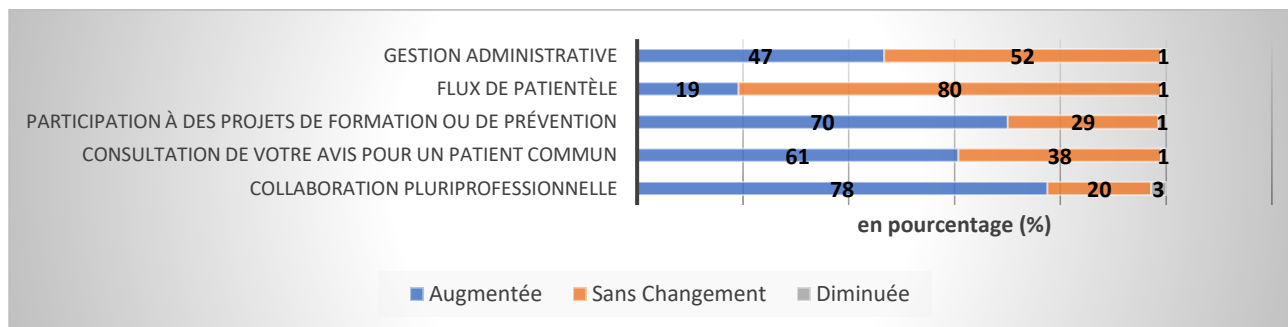


Figure 15. Répartition (en %) des représentations de leur changement de modalité d'exercice (n=214).

Comme l'illustre la figure 16, les raisons qui ont poussé les orthophonistes à travailler au sein de structures d'exercice coordonné sont par ordre décroissant : le travail en équipe (61%, n=226), la lutte contre l'isolement (46%, n=170), la participation à des projets de prévention ou de formation (45%, n=166), la coordination des prises en charge (40%, n=149), les raisons financières (35%, n=128), l'élaboration d'un projet de santé (26%, n=96) et la mise en commun de moyens (14%, n=50). Parmi les raisons autres (7%, n=26), nous retrouvons diverses thématiques : la connaissance des autres professionnels de santé ou des projets mis en œuvre (n=7), la curiosité et l'envie de s'impliquer (n=4), la représentation de la profession dans les organisations (n=3), l'installation dans des locaux aux normes (n=3) ou grâce à des opportunités professionnelles (n=3).

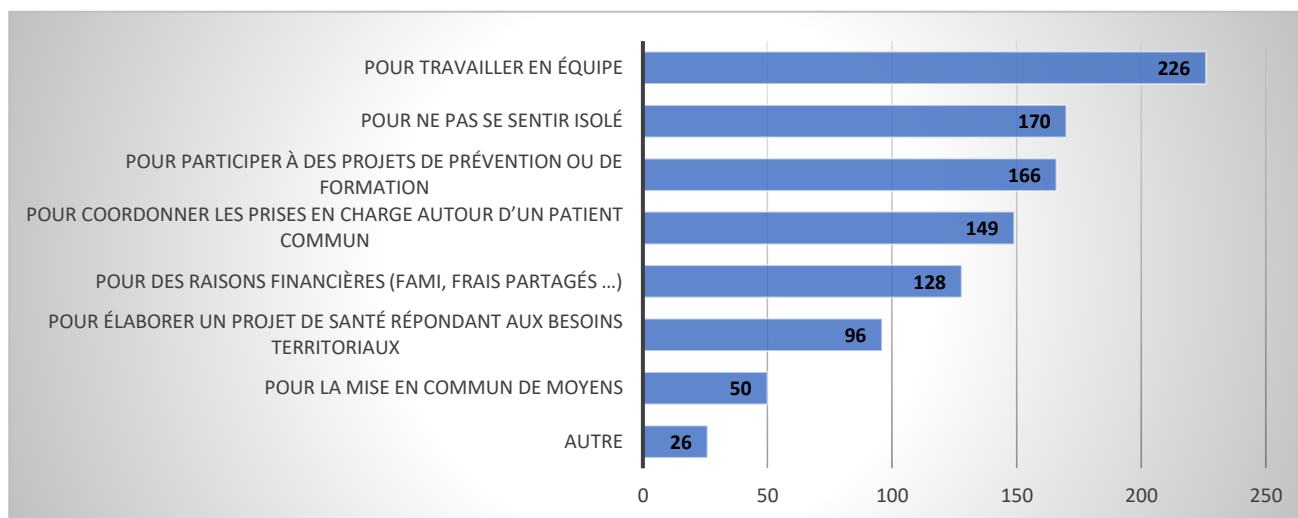


Figure 16. Répartition des raisons qui ont poussé les orthophonistes à intégrer des structures d'exercice coordonné (n=369).

A propos des modalités de partenariat avec les autres professionnels de santé (figure 17), les orthophonistes s'informent principalement lors de réunions (70%, n=258), d'échanges informels (60%, n=220), d'échanges par mail (46%, n=171), par logiciel (37%, n=137) et par téléphone ou visioconférence (31%, n=114). Concernant les autres formes de partenariat (10%, n=38), certains évoquent un partage d'informations lors de réunions plus ponctuelles (n=6), lors d'événements ou de projets organisés (n=3), lors de prise en charge de groupe pluriprofessionnelle (n=1). Quelques-uns mentionnent qu'ils n'ont pas ou très peu de contact avec les autres professionnels de santé (n=11) ou qu'ils n'ont pas de canaux d'échanges mis en place (n=2).

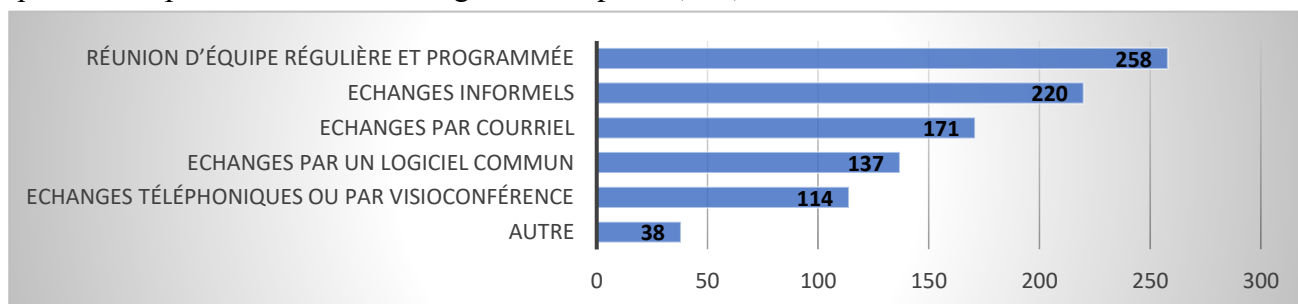


Figure 17. Répartition des modalités de partenariat au sein des structures d'exercice coordonné (n=369).

Pour l'ensemble des propositions autour du sentiment d'intégration et de participation à la vie de la structure (figure 18), les orthophonistes sont plutôt « d'accord » que « pas d'accord ». Seul l'avis par rapport à la meilleure qualité de vie au travail reste mitigé.



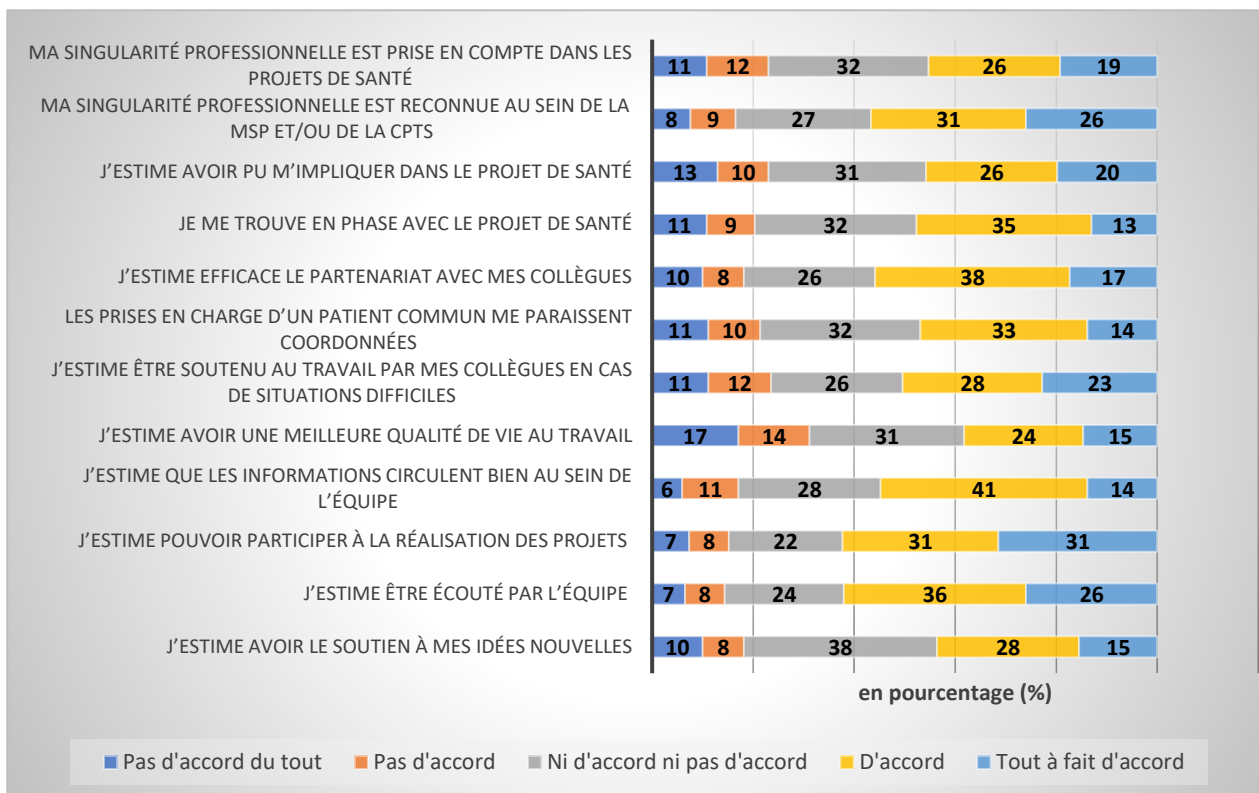


Figure 18. Répartition (en %) selon les propositions d'intégration au sein de l'équipe pluriprofessionnelle et des projets (n=369).

Comme l'illustre la figure 19, 86% des orthophonistes travaillant en structures d'exercice coordonné estiment que l'exercice coordonné favorise une meilleure connaissance des champs de compétence de l'orthophoniste par les autres professionnels (n=317). 78% trouvent que l'exercice coordonné facilite les orientations des autres professionnels vers un orthophoniste (n=289) et 77% jugent qu'il a amélioré le dialogue avec le prescripteur des soins orthophoniques (n=283). Moins d'un tiers des orthophonistes remarquent une diversification de leurs prises en charge (29%, n=106) et une fluidité du flux de patients ou de l'accès à l'orthophonie (28%, n=104).

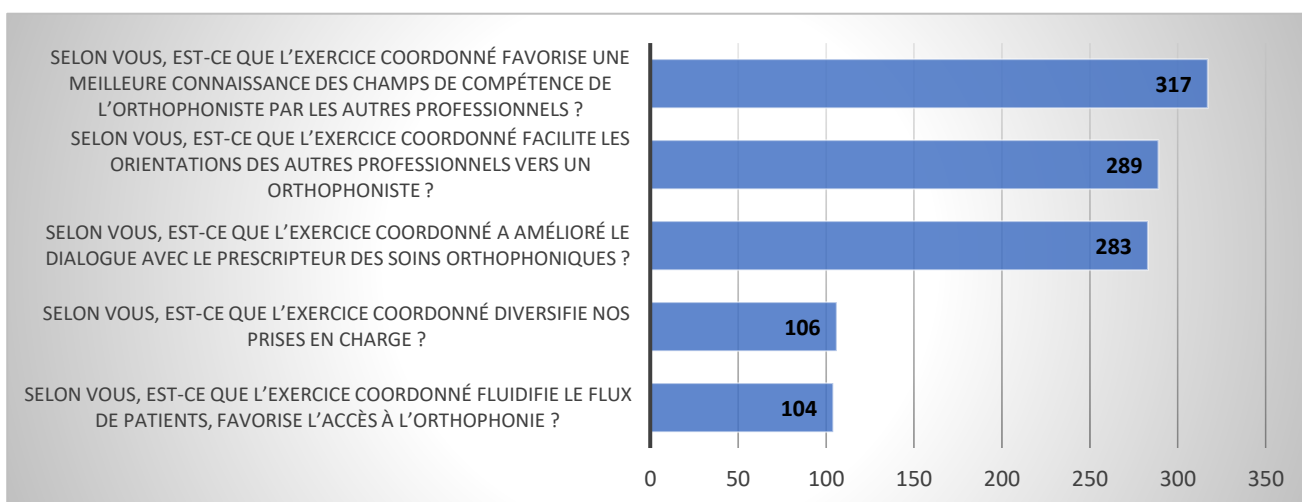


Figure 19. Répartition des participants selon leurs représentations de l'exercice coordonné (n=369).

Parmi tous les orthophonistes travaillant en structures d'exercice coordonné interrogés, une écrasante majorité (97%) recommandent l'exercice coordonné à un professionnel de santé (n=359). Parmi eux,

36% le recommandent sans conteste (n=134), 52% la plupart des cas (n=192) et 9% rarement (n=33). Seul 3% des orthophonistes ne le recommandent pas du tout (n=10) (figure 20).

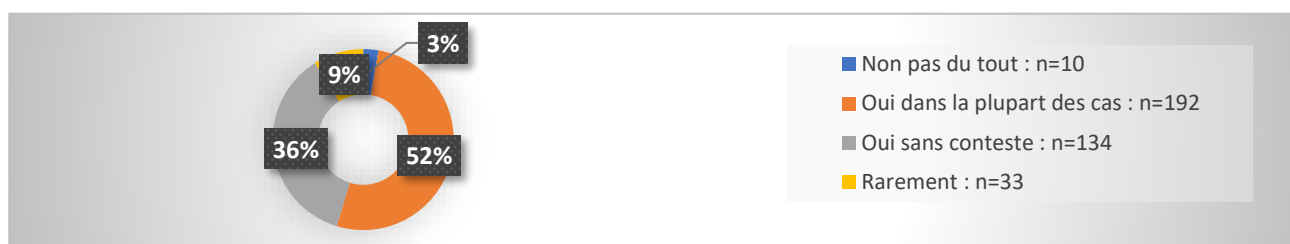


Figure 20. Répartition des participants selon leur recommandation de l'exercice en structures d'exercice coordonné (n=369).

Parmi les 359 orthophonistes recommandant l'exercice coordonné, la majorité d'entre eux (83%) le recommandent indifféremment à tout type de professionnel de santé (n=298). A la marge, 4% le recommanderaient à un néo-diplômé (n=14), 8% à un professionnel débutant (n=27) et 6% à un professionnel en pratique confirmée (n=20) (figure 21).

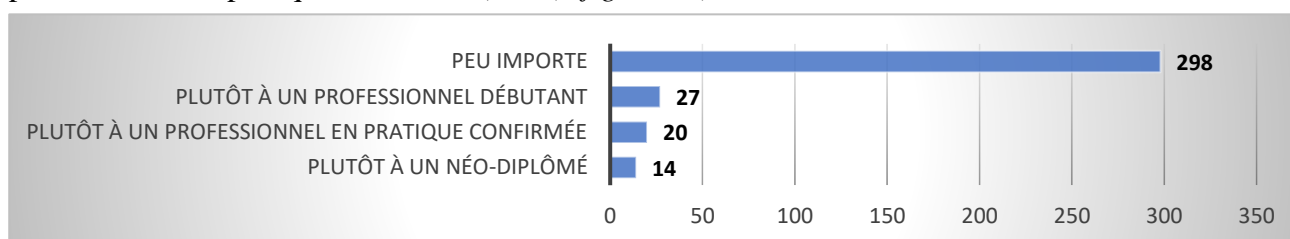


Figure 21. Répartition des participants selon leur recommandation de l'exercice coordonné à un type de professionnel de santé (n=359).

Par ailleurs, vis-à-vis de la proposition de définition de l'exercice coordonné, 71% estiment qu'elle correspond à leur réalité de terrain (n=263).

### 2.3.Représentation de l'exercice coordonné par les orthophonistes ne travaillant pas au sein de structures d'exercice coordonné

Cette partie se concentre sur les 85 répondants n'exerçant pas en structures d'exercice coordonné. Tout d'abord, à propos des motifs qui favoriseraient une adhésion de leur part à un mode d'exercice coordonné (figure 22), 55% déclarent être attirés par le travail en équipe pluriprofessionnelle (n=47) et 52% mentionnent une meilleure information sur l'exercice coordonné (n=44). 34% seraient intéressés pour participer à des actions de prévention ou des projets (n=29), 32% pour une aide financière (n=27), 22% par connaître des confrères exerçant déjà en modalité coordonné (n=19), 20% pour mettre en commun des moyens (n=17) et 15% pour ne plus se sentir seul au cabinet (n=13). Parmi les réponses « autres » (12%, n=10), les orthophonistes n'évoquent aucune raison de s'y soumettre (n=4). Pour d'autres, elles déplorent le manque de CPTS qui se préoccupent des domaines orthophoniques sur leur territoire (n=2).

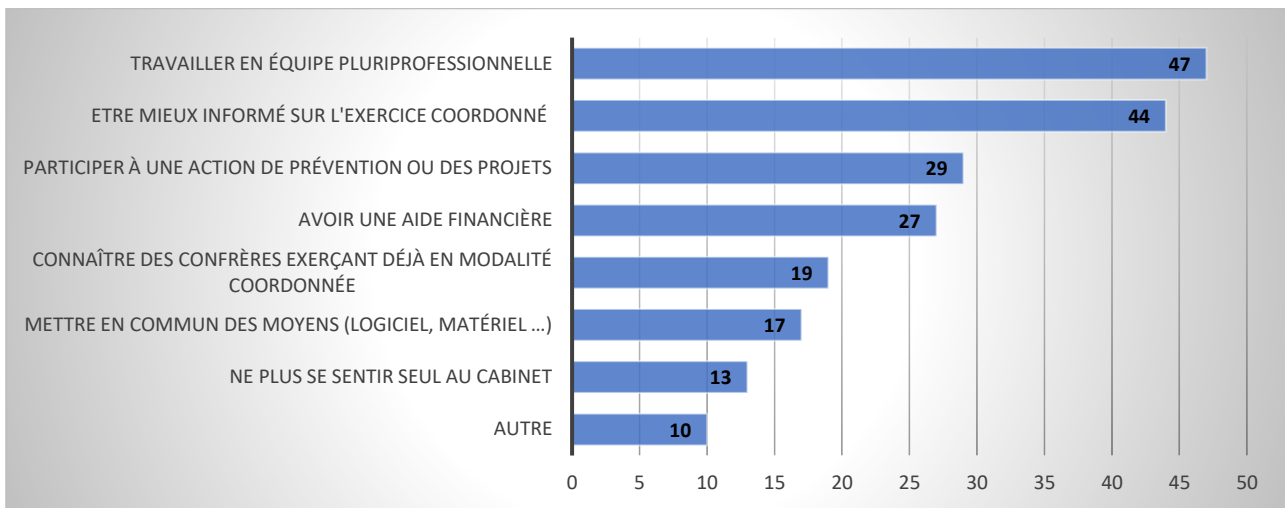


Figure 22. Répartition des participants selon les motifs qui favoriseraient leur adhésion à un mode d'exercice coordonné (n=85).

Parmi les avantages perçus de l'exercice coordonné, les plus souvent cités sont à égalité (22%, n=19) : la coordination autour de la prise en charge d'un patient commun et la facilitation des échanges pluriprofessionnels (figure 23).

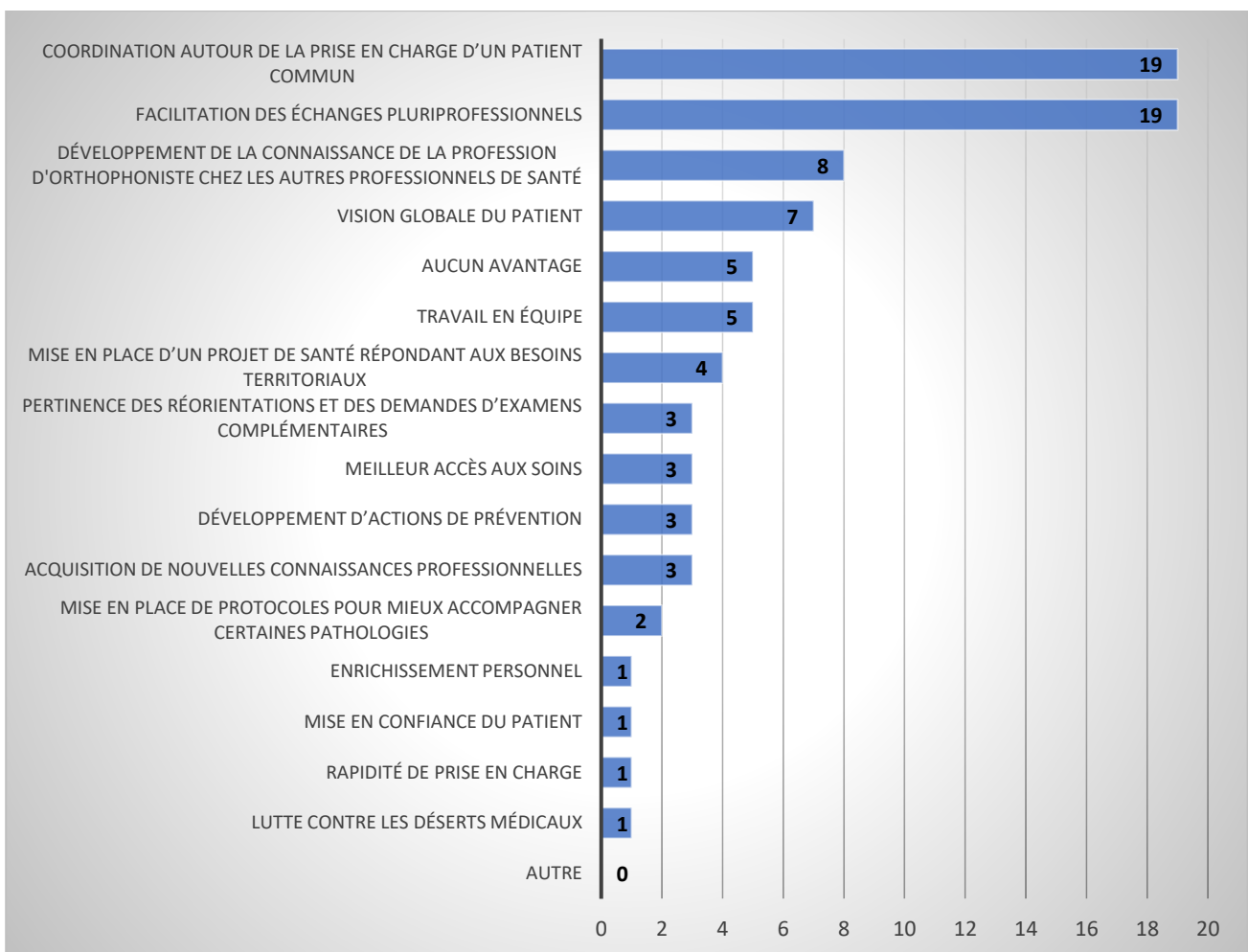


Figure 23. Répartition des participants selon les avantages perçus de l'exercice coordonné (n=85).

A propos de la principale limite de l'exercice coordonné (figure 24), 65% évoquent son effet chronophage (n=55). 8% parlent de la contrainte de maîtriser le jargon administratif (n=7). 6% craignent la surcharge horaire (n=5) et l'obligation de la « cohabitation professionnelle » (n=5). Parmi les réponses « autre », les orthophonistes mentionnent une perte de liberté ou de secret médical.

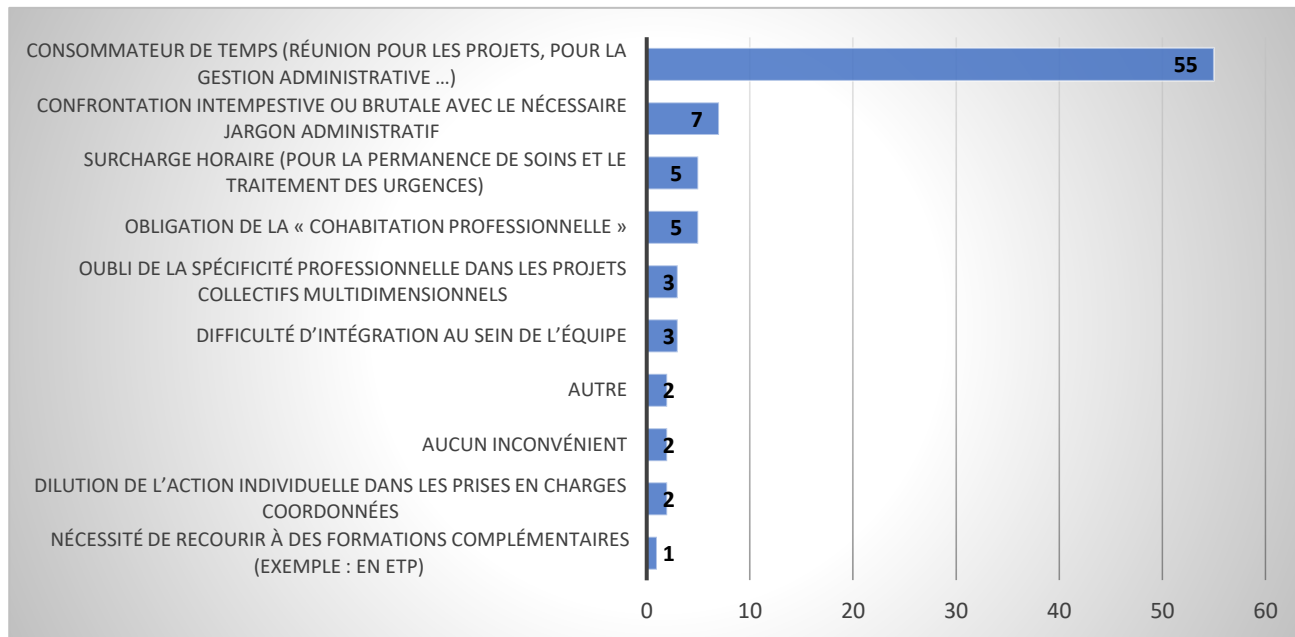


Figure 24. Répartition des participants selon les inconvénients perçus de l'exercice coordonné (n=85).

A la question ouverte « qu'est-ce qui vous pousserait à choisir un mode d'exercice coordonné ? » (figure 25), 12% souhaiteraient ne rien changer à leur situation (n=10), 21% seraient intéressés par le travail en équipe et les échanges pluriprofessionnels (n=18), 11% le choisiraient si la rémunération était plus juste (n=9). Et enfin, pour 9% d'entre eux, à égalité, ce serait pour une meilleure prise en charge des patients (n=8) ou pour répondre à une obligation légale (n=8).

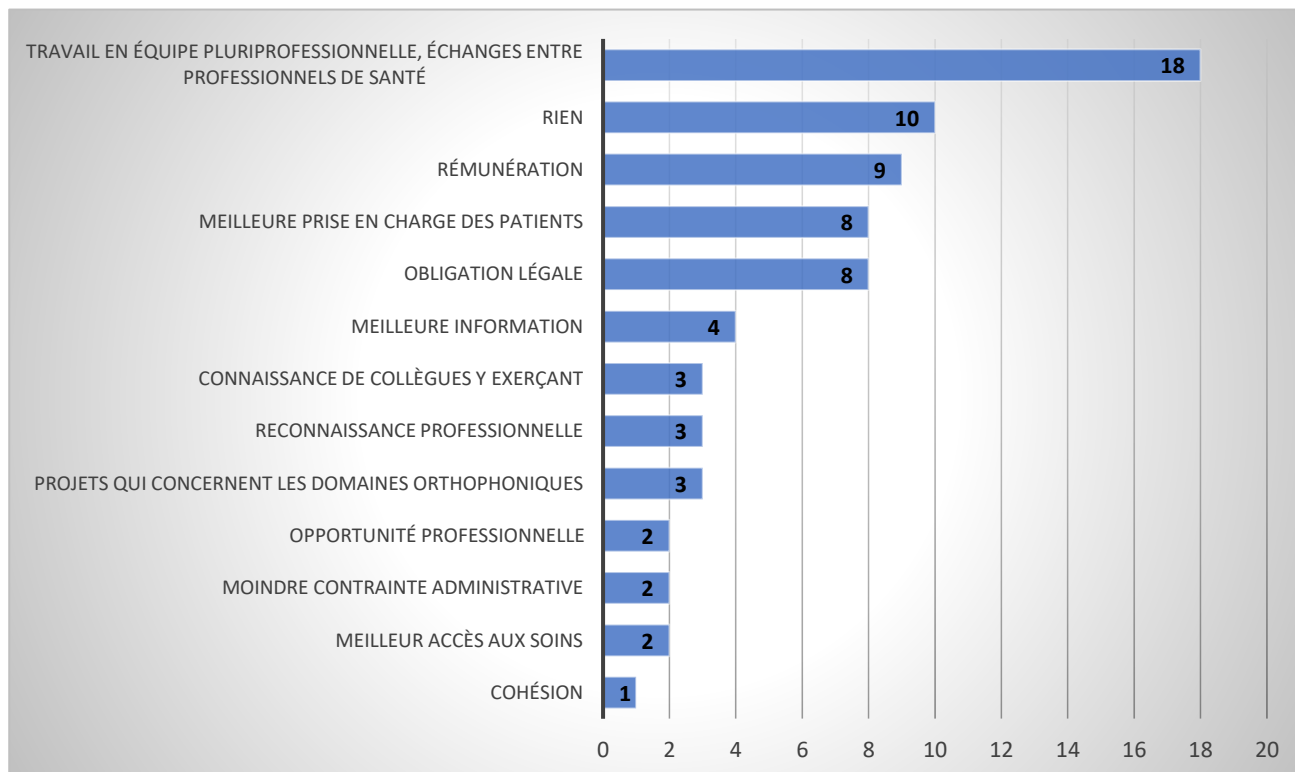


Figure 25. Répartition des participants selon les raisons qui les pousseraient à changer de modalité d'exercice (n=85).

Comme l'illustre la figure 26, la majorité des orthophonistes jugent qu'ils sont insuffisamment ou peu informés (39% et 41% respectivement, soit n=33 et n=35). Seul 20% s'estiment bien informés sur l'exercice coordonné (n=17).

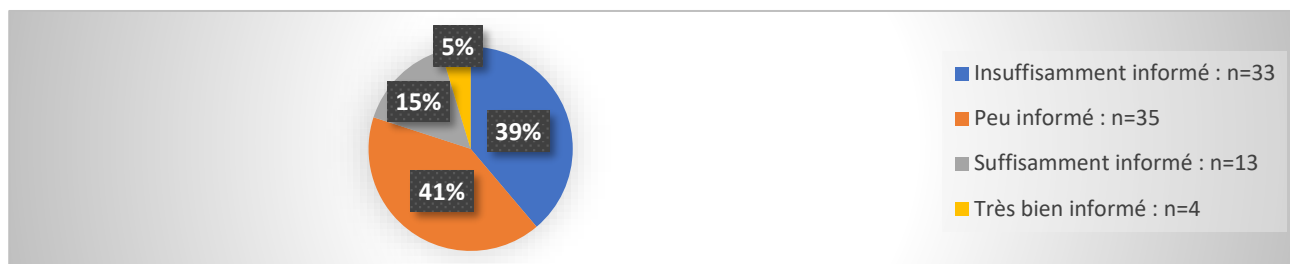


Figure 26. Répartition des participants selon leur niveau d'information sur l'exercice coordonné (n=85).

A la question « comment envisagez-vous votre exercice professionnel dans cinq ans ? », un tiers des orthophonistes actuellement hors structures d'exercice coordonné se projettent sur une installation en MSP et/ou en CPTS (11%, n=9) ou tout du moins en collaboration avec d'autres professionnels de santé (22%, n=19). 1% seulement ne l'envisage pas du tout (n=1). Parmi les réponses « autres » (n=12), les orthophonistes évoquent plutôt des modifications de leurs pratiques (instauration de l'éducation thérapeutique, réduction des temps de prise en soin, spécialisation ...), un alourdissement administratif ou du surcroît de travail (figure 27).

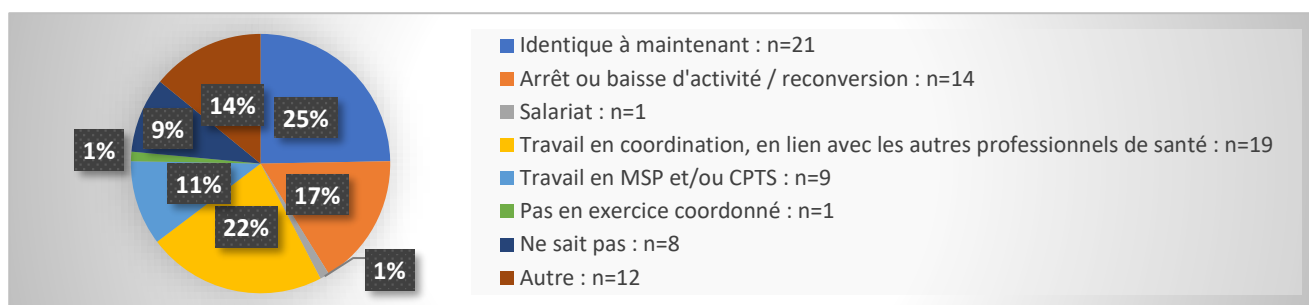


Figure 27. Répartition des participants selon leur projection future (n=85).

## Discussion

Les intérêts d'une pratique professionnelle de l'orthophonie au sein de structures d'exercice coordonné étaient au cœur de notre étude et les résultats des entretiens semi-dirigés et du questionnaire ont permis d'identifier les avantages et les inconvénients de ce type de pratique concertée et surtout de comprendre la place qu'occupent les orthophonistes dans ces organisations pluriprofessionnelles.

### 1. Engouement pour l'exercice coordonné : réel, nouveau mais mal disséminé

Depuis une dizaine d'années, nous sommes vraisemblablement au tout début d'une période faste à la fois pour la production d'écrits professionnels sur les structures d'exercice coordonné et à la fois pour le soutien à leur développement ou leur financement (décret du 24 juillet 2017 sur l'instauration de l'ACI). En parallèle, en 2022, les conditions d'obtention du forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel (FAMI) évoluent puisque s'ajoute une nouvelle condition, celle de « s'engager dans une prise en charge coordonnée des patients ». Toutefois, tous les orthophonistes ne peuvent remplir ce critère en raison d'un manque de couverture sur le territoire de structures d'exercice coordonné (cf. annexes A6 et A7). C'est pourquoi, à titre dérogatoire en 2022, ces mêmes orthophonistes bénéficient tout de même du forfait minimum de 490 €, dès lors qu'ils

valident les autres critères sociaux. Ce contexte peut expliquer en partie l'implantation récente des orthophonistes au sein de ces structures. En effet, dans notre échantillon, 125 orthophonistes (34%) se sont installés en structures d'exercice coordonné depuis un an ou moins d'un an (*figure 11*), ce qui semble à la fois logique et représentatif de la politique incitative à l'égard de ce mode d'exercice. De plus, un quart des orthophonistes interrogés avait décidé de s'investir dans plusieurs types de structures d'exercice coordonné, dont la forme la plus courante est l'exercice en MSP et en CPTS. Les mesures incitatives ne font pourtant pas l'unanimité puisque 12% des orthophonistes ne travaillant pas en structures d'exercice coordonné, déclarent ne pas être intéressés pour y adhérer.

Quand bien même, si certains orthophonistes aimeraient changer de modalité d'exercice, leur choix est plus ou moins limité selon le territoire dont ils dépendent. Les structures d'exercice coordonné ne se sont pas déployées à la même vitesse dans toutes les régions. A ce jour, les régions les plus dotées en MSP (cf. annexe A6) sont : l'Auvergne-Rhône-Alpes (avec 341 MSP), l'Occitanie (avec 277 MSP), la Nouvelle-Aquitaine (avec 245 MSP) et les Hauts-de-France (avec 218 MSP). Les autres régions métropolitaines comptent plutôt entre 100 et 180 MSP sur leur territoire. Les départements d'outre-mer ou la Corse sont quant à eux peu pourvus en MSP (entre 4 et 21 MSP). Vis-à-vis de l'implantation des CPTS, nous ne retrouvons pas cette même dynamique (cf. annexe A7). Pour plus de clarté, nous ne retiendrons pas le critère du nombre de CPTS mais nous nous intéresserons plutôt à la part de la population couverte par une CPTS. Les régions les plus couvertes en CPTS sont : La Réunion et la Martinique (100% de couverture), Centre-Val de Loire (99%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (95%). Comparativement au développement des structures d'exercice coordonné en France, notre échantillon suit cette tendance (*figure 8*). Les participants de notre étude sont en grande partie issus des régions : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France et Occitanie.

## **2. Perception de l'exercice coordonné par les orthophonistes : une démarche équièrre incontournable pour le mieux-être des patients mais pratique chronophage**

Les instances gouvernementales indiquent que « l'exercice coordonné des soins de premier recours au sein de structures intégrées, permet d'offrir un cadre attractif d'exercice pour les professionnels de santé, notamment dans les territoires caractérisés par une démographie médicale insuffisante, tout en favorisant une meilleure accessibilité aux soins pour les patients » (Ministère de la santé et de la prévention, 2022). Cette définition, recouvrant différents aspects, est plus ou moins partagée par les différents professionnels de santé. Plus de 9 professionnels sur 10 l'envisagent comme « un moyen de créer du lien entre professionnels de santé ». 60% se le représentent comme « une aide pour proposer une meilleure prise en charge médicale des patients ». Seule la moitié des professionnels de santé interrogés le voit comme « une solution pour mieux répondre aux besoins de santé sur un territoire » (*figure 12*). Les orthophonistes semblent donc davantage intéressés à développer du lien avec les autres professionnels de santé dans un but d'améliorer le parcours de soins d'un patient qu'à répondre aux problématiques de santé actuelles (accès aux soins, densité insuffisante de professionnels de santé, etc.).

La majorité des orthophonistes (80%) ne travaillant pas au sein de structures d'exercice coordonné déplore le manque d'information sur l'exercice coordonné (*figure 26*). Or l'accès aux informations sur le fonctionnement de ces organisations pluriprofessionnelles est un des principaux motifs qui déclencherait leur adhésion à ce nouveau mode d'exercice. En tête, le motif prépondérant qui

favoriserait un changement d'exercice renvoie plutôt à des préoccupations de regroupement professionnel (90%) : travail en équipe pluriprofessionnelle, ne plus se sentir seul au cabinet ou connaître des confrères y exerçant déjà (*figure 22*). Ces raisons centrées sur l'exercice collectif sont également citées par les orthophonistes qui ont choisi de s'installer dans les structures d'exercice coordonné (*figure 16*). En second lieu, c'est la coordination des soins prodigués aux patients qui pousserait les orthophonistes à y exercer, pour une meilleure prise en soin des patients. Les raisons économiques (aide financière, mise en commun des moyens) ou l'envie de développer des projets de santé ou de prévention passent au troisième plan.

Les orthophonistes étant passé d'une pratique isolée à une pratique coordonnée notent une triple modification de leur quotidien : augmentation de la collaboration pluriprofessionnelle, recours plus fréquent à leur avis sur un patient commun et accroissement de leur participation à des projets de formation ou de prévention (*figure 15*). Cette observation ressemble en tous points à ce que cherchent les orthophonistes quand ils s'installent dans des structures d'exercice coordonné. Toutefois, la facilitation de l'accès aux soins qui est une des vocations des structures d'exercice coordonné est soulignée par 28% des orthophonistes travaillant dans ce type de structures. De même, 29% des orthophonistes en structures d'exercice coordonné remarquent que cette facilitation d'accès produit une nette diversification de leurs prises en charge (*figure 19*). Par ailleurs, les orthophonistes confrontés comme les autres professions à la gestion des soins non programmés, ont essayé de résoudre le problème en mettant en place des moyens pour mieux réguler ce flux de patientèle (ex. liste d'attente).

Les orthophonistes travaillant en et hors structures d'exercice coordonné sont en phase sur les deux premiers avantages de l'exercice coordonné : coordination de la prise en charge autour d'un patient commun et facilitation des échanges pluriprofessionnels (cf. annexe A4). L'importance du travail en équipe pluriprofessionnelle est plus marquée pour le groupe des orthophonistes travaillant au sein de structures d'exercice coordonné. En effet, les orthophonistes hors structures d'exercice coordonné insistent en troisième point sur la reconnaissance de leur expertise auprès des autres professionnels de santé et en quatrième point sur la vision plus globale de la situation d'un patient. Cette préoccupation autour des patients ne revient qu'en huitième position pour les orthophonistes en structures d'exercice coordonné. En parallèle, au niveau des inconvénients perçus, les deux groupes de l'échantillon partagent la même analyse sur l'aspect chronophage et sur la confrontation à un jargon administratif nouveau (cf. annexe A5). Les orthophonistes travaillant en structures d'exercice coordonné mentionnent en troisième inconvénient l'oubli de la spécificité professionnelle tandis que les autres évoquent quant à eux la surcharge horaire et l'obligation de la cohabitation professionnelle. Par ailleurs, pour ceux qui sont passés d'une pratique individuelle à une pratique concertée, vis-à-vis de la gestion administrative, les avis sont mitigés : 47% déplorent une plus grande charge de travail et 52% n'observent pas de changement dans leur exercice (*figure 15*). Néanmoins, malgré les inconvénients perçus, presque tous les orthophonistes installés en structures d'exercice coordonné recommandent l'installation dans ces structures et 83% d'entre eux la plébiscitent à tout type de professionnel de santé avancé ou non dans sa pratique (*figures 20 et 21*). Un tiers des orthophonistes n'y exerçant pas envisagent de collaborer davantage avec les autres professionnels de santé ou de s'installer en MSP ou en CPTS (*figure 27*).

En comparaison avec d'autres études menées sur le fonctionnement de MSP dans d'autres territoires (département de la Meuse dans la région Grand Est (Buffard, 2017) et la région Rhône-Alpes (Marchand, 2015)), nos résultats mettent en évidence le même type d'intérêts et de contraintes

liés à l'exercice en structures d'exercice coordonné. Buffard (2017) et Marchand (2015) mentionnent les mêmes bénéfices retirés de travailler en équipe pluriprofessionnelle (liens renforcés, partage de connaissances et de pratiques, échanges, concertation et coordination) générant une prise en charge plus harmonieuse des patients et améliorant les conditions de travail. Ils font aussi état des contraintes de gestion administrative et de maintien de la cohésion d'équipe. Raccosta (2021), constatant que l'exercice coordonné attire les jeunes professionnels de santé, s'avance à penser que cela permettrait de maintenir l'attractivité et la densité de praticiens sur le territoire.

### **3. Reconnaissance professionnelle dans les coordinations formelles et informelles : officielle et officieuse**

Nous nous sommes interrogée sur la place qu'occupent les orthophonistes dans l'équipe pluriprofessionnelle et les projets menés au sein de leurs structures. Etant donné le peu de représentation des profils d'orthophonistes travaillant dans les ESP en parallèle ou non d'autres structures d'exercice coordonné, nous commenterons davantage les avis des orthophonistes en MSP et/ou en CPTS (cf. annexe A8). Pour une majorité des propositions, les ressentis d'implication et d'intégration des orthophonistes sont plus élevés pour le groupe d'orthophonistes travaillant en MSP et en CPTS que pour les groupes d'orthophonistes travaillant seulement en MSP ou en CPTS. Dans la même idée, le degré d'accord aux propositions est toujours plus élevé pour les orthophonistes exerçant en MSP qu'en CPTS. Le groupe des orthophonistes travaillant exclusivement au sein de CPTS était plutôt en désaccord face à quatre propositions :

- « J'estime avoir une meilleure qualité de vie au travail » ;
- « J'estime être soutenu au travail par mes collègues en cas de situations difficiles » ;
- « Les prises en charge d'un patient commun me paraissent coordonnées » ;
- « Ma singularité professionnelle est prise en compte dans les projets de santé. »

Cette discordance est à mettre en lien avec le nombre de professionnels de santé impliqués dans les MSP et dans les CPTS. En général, l'équipe d'une MSP est constituée autour d'une vingtaine de professionnels de santé tandis que les CPTS peuvent compter jusqu'à plusieurs centaines voire un millier de professionnels de santé ou d'établissements de santé partenaires (laboratoires d'analyse, hôpitaux, etc.). Selon la taille de la CPTS (cotation de 1 à 4, calculée sur la population couverte), le nombre de professionnels sur le territoire peut varier considérablement. En effet, par exemple, la CPTS Sud Toulousain (catégorisée de taille 3) comprend 154 communes, pour environ 156 000 habitants en 2019, avec plus de 900 professionnels de santé adhérents alors que la CPTS Cabardès dans l'Aude (catégorisée de taille 1) comprend 39 communes, avec environ 24 000 habitants en 2019 et près de 100 professionnels de santé impliqués. Cette différence d'échelle pourrait expliquer en partie les difficultés d'intégration et d'implication des orthophonistes selon le territoire que couvre la CPTS. L'identification et la proximité de ses partenaires ne peuvent que renforcer la collaboration interprofessionnelle. Raccosta (2021), dont la thèse de pharmacie étudie le même sujet, estime que « les petites structures de santé pluridisciplinaires seront celles où le pharmacien aura le plus d'intérêts et une place plus importante ».

Malgré ces points négatifs, les orthophonistes, travaillant à la fois dans une CPTS et dans une MSP, estiment qu'ils sont soutenus au travail par leurs collègues en cas de situations difficiles et qu'ils peuvent participer à la réalisation de projets. A l'occasion de nos entretiens préliminaires, quelques orthophonistes avaient d'ailleurs confié être à l'origine de la création d'un projet ou particulièrement actives dans divers projets menés par l'organisation où elles travaillent (ex. action



de prévention sur la vulnérabilité pédiatrique, axe sur les troubles du neurodéveloppement inscrit dans le projet de santé, protocole de prise en soin des personnes transgenres). D'autres évoquaient leur implication dans tout type de projets qu'ils soient en lien ou non avec le champ de compétences de l'orthophoniste (ex. diabète, soins non programmés) parce que, selon elles, l'essentiel était de s'investir à tout travail pluriprofessionnel et de prendre leur place dans l'équipe.

Les orthophonistes ne travaillant pas au sein de MSP ou de CPTS déplorent le manque de reconnaissance de leur mode d'exercice de la part de l'Etat. En effet, seuls les lieux de MSP, CPTS ou ESP sont reconnus dans le dernier critère « S'engager à une prise en charge coordonnée des patients » pour obtenir le FAMI. Or de nombreux orthophonistes travaillent déjà en modalité coordonnée par le biais d'autres organisations (ex. Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile - SESSAD, Centre médico-psychologique - CMP, Centre d'action médico-sociale précoce - CAMSP, pôle de santé, etc.) qui ne sont à ce jour pas ou peu valorisées. D'autres ont déjà développé leur propre réseau de professionnels de santé sur leur territoire et ne ressentent pas le besoin d'adhérer à une CPTS ou de s'installer dans une MSP pour connaître et travailler de concert avec les autres professionnels de santé du secteur.

#### **4. Ressentis des professionnels de santé au sein des structures d'exercice coordonné : partenariat professionnel, entraide personnelle, soins adaptés**

A ce jour, peu d'études se sont penchées sur les ressentis des professionnels de santé au sein des structures d'exercice coordonné. Quelques thèses de médecine ou de pharmacie abordent la qualité de vie au travail, la coopération interprofessionnelle ou les intérêts d'intégrer les structures d'exercice coordonné. Parmi les travaux de recherche consultés, nous retenons celui de Lucie Roux qui, dans sa thèse de médecine, analyse la qualité de vie des médecins généralistes en structures d'exercice coordonné dans les Hauts-de-France en 2021. Son écrit souligne que le travail en groupe est apprécié des médecins généralistes travaillant au sein de MSP. Il permet de « rompre l'isolement, d'apporter une entraide professionnelle dans la prise en charge des patients et partager ses expériences entre différents corps de métiers ». Seulement, cet exercice coordonné ne revêt pas les mêmes formes selon les équipes en MSP, il est dépendant de la collaboration interprofessionnelle (CIP) développée pour avancer ensemble dans un même objectif. La CIP est essentielle pour le bon fonctionnement de la structure et le bien-être des professionnels de santé. Ce constat a été le point de départ d'une autre thèse de médecine sur le niveau de collaboration interprofessionnelle au sein des MSP dans les Hauts-de-France en 2021. Pour l'évaluer, Desmet (2021) s'est appuyé sur le questionnaire TCI (Team Climate Inventory, échelle d'évaluation de l'efficacité d'une équipe professionnelle de soins primaires). Il a identifié que le niveau de collaboration perçu dans les MSP des Hauts-de-France était globalement de bonne qualité, avec une moyenne du score TCI à 18,94 pour un score allant de 4 à 24, avec un écart type de 1,26. Toutefois, la collaboration interprofessionnelle est moins bien perçue par les orthophonistes (moyenne à 18,26, écart-type à 2,02). Lesdits orthophonistes regrettent l'interventionnisme du personnel scolaire dans les relations orthophoniste-médecin, le manque de considération des médecins pour la profession d'orthophoniste et les longues listes d'attente qui entravent une collaboration rapide et efficace. Ces facteurs explicatifs n'ont pas été retrouvés avec suffisamment de force probante lors de l'analyse de nos résultats aux entretiens et au questionnaire.

Nos résultats révèlent qu'environ la moitié des orthophonistes semble satisfaite du partenariat avec leurs collègues et de la coordination des prises en soin des patients. En parallèle, plus de la moitié estime que les informations circulent bien au sein de l'équipe (*figure 18*). Ainsi, une hypothèse,

selon laquelle il y aurait une corrélation entre la qualité des informations opératoires échangées et la collaboration interprofessionnelle, semble se dessiner. D'une manière générale, les orthophonistes installés dans les structures d'exercice coordonné ont un degré d'accord plus important aux propositions autour de leur participation à la réalisation de projets, à la circulation des informations, de leur partenariat avec leurs collègues et la coordination des prises en charge (cf. annexe A9). Les échanges par logiciel semblent être le moyen le plus efficace pour constater une plus grande collaboration interprofessionnelle.

Marchand (2015) a également identifié dans son étude une organisation de la collaboration interprofessionnelle disparate selon les équipes : d'une simple cohabitation de professionnels de santé à la mise en place d'outils pour interagir ensemble (RCP, dossiers partagés, consultations conjointes). Il propose de suivre dans le temps l'évolution du fonctionnement des structures et d'évaluer le niveau de développement des coopérations interprofessionnelles, de la coordination des soins et de la qualité organisationnelle. L'HAS (2014) a d'ailleurs créé un référentiel pour « aider les équipes pluriprofessionnelles de soins primaires, formalisant un exercice coordonné pluriprofessionnel, à évaluer et à améliorer leur organisation de façon à avoir un impact bénéfique sur la prise en charge des patients ». Par une auto-évaluation de leur organisation dans les structures d'exercice coordonné, les professionnels de santé pourraient déterminer les axes pour parfaire leur travail en équipe, leur modalité d'interactions, leur coordination des prises en soin et la pertinence des projets communs.

## **5. Place de l'orthophoniste dans les structures d'exercice coordonné : implication personnelle et reconnaissance professionnelle ont partie liée**

Une grande partie des orthophonistes déclarent que leur singularité professionnelle est reconnue au sein de la MSP et/ou de la CPTS. Cependant, cette singularité professionnelle semble moins bien prise en compte dans les projets de santé. La moitié des orthophonistes estime qu'ils ont pu s'impliquer dans le projet de santé et qu'ils sont en phase avec celui-ci (*figure 18*). Cette différence de reconnaissance de la profession au sein des projets de santé est notamment à mettre en lien avec l'implication des orthophonistes dans ces structures. D'une part, les orthophonistes sont moins représentés que les autres professionnels de santé (surtout dans les CPTS). Cette moindre représentation s'explique par le fait que sur le territoire français, en janvier 2022, les orthophonistes représentent près de 24 208 professionnels de santé alors qu'il y a davantage d'infirmiers (637 644), de médecins (228 858) ou masseurs-kinésithérapeutes (91 485 en 2020) en exercice (DREES, 2022). D'autre part, les orthophonistes ne prennent peut-être pas assez leur place au sein des équipes pluriprofessionnelles. Lors des entretiens semi-directifs, nous avons pu remarquer qu'entre deux CPTS du Nord et du Pas-de-Calais, certains projets de santé avaient inclus dans leurs missions l'amélioration de parcours de soin pour certaines pathologies que les orthophonistes peuvent rencontrer dans leur champ de compétences (ex. trouble du neurodéveloppement). Quelques orthophonistes avaient choisi de s'impliquer dans les conseils d'administration ou les groupes de réflexion de CPTS et leur expertise semble d'autant plus connue et reconnue par les autres professionnels de santé. D'ailleurs, 62% des orthophonistes estiment qu'ils ont pu participer à la réalisation de projets (*figure 18*). En effet, même s'ils n'ont pas pu participer ou s'impliquer dans le projet de santé, l'ensemble des orthophonistes interrogés lors des entretiens ont pu confier avoir élaboré ou participé à des protocoles de prise en soin ou d'actions de prévention en lien avec leur domaine d'expertise (ex. protocole d'accompagnement des patients en cas de maladie d'Alzheimer, action de prévention sur la petite enfance).

L'intégration d'orthophonistes au sein des équipes des structures d'exercice coordonné est bénéfique pour la reconnaissance de la profession : 86% des orthophonistes travaillant dans ce type de structures le constatent nettement (*figure 19*). Grâce aux informations réciproques sur les domaines d'expertise de chaque profession, les collaborations semblent plus efficaces et pertinentes. Ainsi, trois quarts des orthophonistes trouvent que l'exercice coordonné facilite les orientations des autres professionnels vers un orthophoniste et jugent que l'exercice coordonné a amélioré le dialogue avec le prescripteur des soins orthophoniques (*figure 19*). Par une meilleure identification des domaines d'expertise de l'orthophoniste, nous pouvons convenir que les interactions et la coopération interprofessionnelle sont renforcées et qu'ainsi l'orthophoniste semble être identifié comme un professionnel de santé incontournable dans le parcours de soin des patients.

## **6. Limites et portées de l'étude**

Face au manque de données sur le nombre d'orthophonistes installés au sein des structures d'exercice coordonné, il est difficile de juger de la représentativité de l'échantillon par rapport à une partie de notre population cible. Seule une thèse de médecine (Desmet, 2021) portant sur le niveau de collaboration interprofessionnelle au sein des MSP dans les Hauts-de-France, a pu nous indiquer un ordre d'idée : les orthophonistes représenteraient 6% des effectifs des professions exerçant au sein des MSP dans les Hauts-de-France. Par ailleurs, notre groupe témoin (les orthophonistes n'étant pas installés au sein de structures d'exercice coordonné) ne représente qu'un cinquième de la population cible interrogée (*figure 9*). Ceci étant, notre échantillon est représentatif par rapport à l'échelle des orthophonistes exerçant en libéral exclusif ou mixte.

Notons toutefois que notre sujet d'étude a volontairement restreint l'analyse aux pratiques dans les MSP ou dans les CPTS mais nous pourrions envisager un approfondissement de cette étude sur d'autres types de structures d'exercice coordonné (pôle de santé, centre de santé, etc.).

Il est patent que les orthophonistes constituent un groupe professionnel récent et minoritaire, acteurs d'une discipline nouvelle (un peu plus d'un demi-siècle) et ne pouvant pas encore s'adosser à une littérature professionnelle abondante et nutritive. De ce fait, tout regard sociologique ou professionnel ancré sur le temps long et la distance critique ressemble donc potentiellement à un pari risqué. De même, c'est aussi un véritable défi de vouloir tenter de raisonner par comparaison entre professions médicales et paramédicales à cause des spécificités de la population orthophoniste décrites plus haut. En outre, mais ce n'est qu'une hypothèse, les orthophonistes auraient peut-être un point faible, celui d'avoir intégré psychologiquement leur singularité (minoritaire, récent, jeune, oublié dans les concertations par invisibilité, nouveaux réseaux d'informations, nouvelles pratiques relationnelles, etc.) comme un « état » les prédisposant aux seconds rôles. Mais cette hypothèse est très largement compensée par un point fort : ne pèse pas sur eux le poids des traditions et des conformismes professionnels acquis. Les orthophonistes vivent vraisemblablement le temps des commencements. Par conséquent, la présente recherche peut raisonnablement apporter une pierre à l'édifice en ouvrant des perspectives professionnelles d'actions et de réflexions sur notre place singulière et nécessaire au sein des équipes et des structures d'exercice coordonné.

## **Conclusion**

Il s'avère que, face à la dynamique actuelle de développement des structures d'exercice coordonné, la volonté de réfléchir à plusieurs sur l'amélioration des parcours de soins rencontre les souhaits des jeunes professionnels de santé de créer du lien personnel entre eux. Or, le point de vue

de l'orthophoniste sur l'évolution des pratiques professionnelles et du regroupement pluriprofessionnel n'a jamais encore été exploré. C'est pourquoi notre étude a cherché à mettre en évidence les avantages et les limites de ce mode d'exercice et de comprendre quelle place pouvait occuper l'orthophoniste dans ces organisations pluriprofessionnelles. L'analyse des entretiens semi-directifs puis du questionnaire révèle indéniablement que l'installation en structures d'exercice coordonné permet surtout, d'une part, une facilitation des échanges pluriprofessionnels et le travail en équipe, et d'autre part, la coordination et donc la pertinence des soins prodigués aux patients et le développement d'actions de prévention. En contrepartie, les orthophonistes déplorent l'aspect chronophage de la coordination et l'envahissement d'un jargon technique dans la gestion des organisations. Cependant, leur installation au sein de structures d'exercice coordonné contribue notablement à une reconnaissance de la profession. En effet, les outils d'information partagée semblent bénéfiques à la collaboration interprofessionnelle : des orientations mieux ciblées en orthophonie aux échanges sur la situation clinique et aux prises en soins coordonnés des patients.

Toutefois, plusieurs freins à la reconnaissance de la singularité professionnelle de l'orthophoniste, ont été identifiés. D'une part, la constitution, la taille et le dynamisme des équipes pluriprofessionnelles intégrant les structures d'exercice coordonné, influent directement sur l'écoute consentie à l'orthophoniste et donc sur sa participation entière dans tous les projets conduits. Cette perte relative de singularité professionnelle est d'autant plus marquée dans les CPTS. C'est pourquoi un développement de CPTS « à taille humaine » permettrait à tout professionnel de santé de se connaître, d'interagir plus facilement (Ghezel, 2022), de pouvoir s'impliquer à parts égales et d'être pris en considération. D'autre part, l'intégration des orthophonistes dans les structures d'exercice coordonné, passe par leur volonté de s'impliquer de manière équilibrée dans tout type de projets affirmant ainsi leur place dans les équipes comme professionnel de santé indispensable dans le parcours de soin des patients. La coordination de toutes les disciplines médicales ou paramédicales est d'autant plus pertinente qu'elle permet d'aborder la santé des patients sous divers angles.

Même si l'ensemble des orthophonistes agissant en structures d'exercice coordonné veulent promouvoir cette modalité d'exercice, il semble que cette intention affecte peu les nouveaux diplômés et que leur manque d'information opératoire sur cette question soit réel. Aussi, pour pallier ce manque, les renseignements pourraient être transmis dès la formation initiale des orthophonistes. De même, des séminaires interprofessionnels pourraient être organisés à plus grande échelle et faire partie intégrante de la formation initiale de tout professionnel de santé pour déjà apprendre à travailler ensemble et se connaître. En parallèle, plusieurs pistes de recherche s'ouvrent. Tout d'abord, quel est l'effet de l'exercice coordonné sur le parcours de soin des patients ? Pedrot (2019) s'interrogeait déjà sur l'intégration des patients et de leurs proches dans leur parcours de soin et dans les réflexions pluriprofessionnelles (RCP, projets de prévention, etc.). D'ailleurs, la notion de « responsabilité populationnelle » est actuellement au cœur des débats. En outre, en quoi l'exercice coordonné permet-il à l'orthophoniste de prendre sa place dans le parcours de soin ? En quoi les projets de santé et de prévention développés par les structures d'exercice coordonné permettent-ils des orientations plus pertinentes et justifient-ils le recours à un orthophoniste ?

Enfin, reconnaissons que les politiques de santé et le projet de loi « Ma santé 2022 », parce qu'ils seront en surplomb du vécu quotidien de tout professionnel de santé, affecteront, mais nous ne savons pas encore de quelle manière, les exercices professionnels dans leurs spécificités et leurs marges de manœuvre.

## Bibliographie

### Articles lus

- Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. (2022). *Exercice coordonné ESP/MSP/CDS*. Repéré à <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/exercice-coordonne-espmpscds>
- Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. (2018). *Cahier des charges Maisons de Santé Pluriprofessionnelles*. Repéré à [https://www.femas-hdf.fr/wp-content/uploads/2019/02/Cahier\\_des\\_charges\\_MSP\\_290518.pdf](https://www.femas-hdf.fr/wp-content/uploads/2019/02/Cahier_des_charges_MSP_290518.pdf)
- Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire. (2023). *La Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) : une équipe aux compétences multiples pour « travailler ensemble »*. Repéré à <https://www.apmsl.fr/page/les-msp/>
- Assurance maladie. (2022). *Constituer une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) : mode d'emploi*. Repéré à <https://www.ameli.fr/herault/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisation-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-cpts>
- Assurance maladie. (2021). *La CPTS apporte des solutions concrètes en termes de prise en charge cohérente et pertinente*. Repéré à <https://www.ameli.fr/herault/exercice-coordonne/actualites/la-cpts-apporte-des-solutions-concretes-en-termes-de-prise-en-charge-coherente-et-pertinente>
- Buffard, A. (2017). *Ressentis des professionnels de santé dans l'élaboration et la mise en fonctionnement des maisons de santé pluriprofessionnelles sur le territoire meusien*. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Lorraine].
- Combessie, J-C. (2007). L'entretien semi-directif. Dans *La méthode en sociologie* (pp. 24-32). La découverte.
- Combessie, J-C. (2007). Le questionnaire. Dans *La méthode en sociologie* (pp. 33-44). La découverte.
- De Singly, F. (2016). *Le questionnaire*. France : Armand Colin.
- Desmet, F. (2021). *Niveau de collaboration interprofessionnelle au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles. Etat des lieux dans les Hauts-de-France en 2020*. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Lille].
- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (2022). *Démographie des professionnels de santé*. Repéré à <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
- Fenneteau, H. (2015). *Enquête : entretien et questionnaire*. France : Dunod.
- Fournier, C. (2019). Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles. *Journal de gestion et d'économie de la santé*. 1(1), 72-91.
- Garros, B. (2009). Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ?. *Santé publique*, 21, 7-16.

- Ghezal, A-A. (2022). *Intégrer une CPTS : quel intérêt pour le pharmacien d'officine ? Enquête auprès des différents acteurs en Pays de la Loire*. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie, Université d'Angers].
- Girard, S. & Rouxel, L. (2020). *Evaluation de la collaboration interprofessionnelle en soins primaires : une revue systématique de la littérature*. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Nantes].
- HAS. (2018). Exercice coordonné et protocolé d'une équipe pluriprofessionnelle de soins en ambulatoire. Repéré à [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/exercice\\_coordonne\\_et\\_protocole\\_dune\\_equipe\\_pluriprofessionnelle.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/exercice_coordonne_et_protocole_dune_equipe_pluriprofessionnelle.pdf)
- HAS. (2014). Matrice de maturité en soins primaires. Repéré à [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel)
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 3(102), 23-34.
- Léger, E. (2016). *Les freins et moteurs de l'interprofessionnalité à travers l'expérience des acteurs de soins exerçant ou faisant partie d'un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle*. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Paris Descartes].
- Marchand, O., Seigneurin, A., Chermand, D., Boussat, B. & François, P. (2015) Développement et fonctionnement des maisons de santé pluriprofessionnelles dans la région Rhône-Alpes. *Santé publique*, 27(4), 539-546.
- Ministère de la santé et de la prévention. (2022). *Ma santé 2022 : un engagement collectif*. Repéré à <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/>
- Ministère de la santé et de la prévention. (2022). *L'atlas des CPTS*. Repéré à <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/l-atlas-des-cpts>
- Ministère de la santé et de la prévention. (2022). *L'exercice coordonné*. Repéré à <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>
- Ministère de la santé et de la prévention. (2023). *Les maisons de santé*. Repéré à <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
- Mrozovski, J-M. (2020). Les structures territoriales de proximité. *Actualités pharmaceutiques*, (601), 1-31.
- Pedrot, F., Fernandez, G. & Le Borgne-Uguen, F. (2019). Les maisons de santé pluriprofessionnelles : des espaces de coordination du soin entre professionnels de santé, patients et proche-soutiens. *Journal de gestion et d'économie de santé*, 37(1), 110-126.
- Ramond-Roquin, A., Allory, E. & Fiquet, L. (2020). La concertation pluriprofessionnelle au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles : pratiques hétérogènes et stratégies locales. *Revue française des affaires sociales*, (1), 125-141.

- Raccosta, R. (2021). *La coopération interprofessionnelle dans les structures d'exercice coordonné (MSP, ESP, CPTS) : place et intérêts pour le pharmacien d'officine*. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie, Université de Lorraine].
- Roux, L. (2021). *La qualité de vie des médecins généralistes en structures d'exercice coordonné dans les Hauts-de-France en 2021*. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Lille].
- Sebai, J. & Yatim, F. (2017). Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. *Revue française d'administration publique*, 4(164), 887-902.
- Sénat. (2022). *Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires*. Repéré à <https://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-68613.html>
- Tain, L. (2016). *Le métier d'orthophoniste* (2<sup>e</sup> édition). Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique.
- Veziat, N. (2020). La promotion conjointe des maisons de santé pluriprofessionnelles : une « communauté d'intérêt » entre association professionnelle et autorités sanitaires. *Revue française des affaires sociales*, (1), 79-101.
- Voisin, C. (2018). *Identification des dynamiques et des formes de travail collectif en groupe d'exercice coordonné. Analyser leur valeur ajoutée perçue par les professionnels et les difficultés qu'elles occasionnent et comprendre les éléments qui favorisent ou, au contraire freinent leur développement. Monographie par analyse qualitative d'entretiens des professionnels du Pôle Santé Universitaire de Lanmeur*. [Thèse de doctorat en médecine, Université de Brest].

### Sites internet consultés

- Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles. *Légifrance*. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035374159/>
- Article 3 de l'arrêté du 18 octobre 2017 fixant les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation des centres de santé pluriprofessionnels universitaires et des maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires. *Légifrance*. Repéré à [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035871622?init=true&page=1&query=maison+de+sant%C3%A9+universitaire&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035871622?init=true&page=1&query=maison+de+sant%C3%A9+universitaire&searchField=ALL&tab_selection=all)
- Article L1411-11-1 du Code de la Santé Publique. Chapitre Ier bis : Organisation des soins. *Légifrance*. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000038886353/2023-04-25/?isSuggest=true>
- Article L6321-1 du Code de la Santé Publique. Chapitre Ier : Réseaux de santé. *Légifrance*. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006171493/2002-09-04/>
- Article L6323-3 du Code de la Santé Publique. Chapitre III bis : Maisons de santé. *Légifrance*. Repéré à

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000017744180?init=true&page=1&query=L6323-3&searchField=ALL&tab\\_selection=all&anchor=LEGIARTI000044628615#LEGIARTI000044628615](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000017744180?init=true&page=1&query=L6323-3&searchField=ALL&tab_selection=all&anchor=LEGIARTI000044628615#LEGIARTI000044628615)

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *Légifrance*. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/>

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641/>

Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. *Légifrance*. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000192992>

Ordonnance n°2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé. *Légifrance*. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043496493>

## **Annexes**

Annexe A1 : Trame d'entretien semi-directif

Annexe A2 : Lettre d'information pour l'entretien

Annexe A3 : Trame du questionnaire

Annexe A4 : Tableau de comparaison des avantages perçus du travail en structures d'exercice coordonné par les deux groupes de l'échantillon

Annexe A5 : Tableau de comparaison des inconvénients perçus du travail en structures d'exercice coordonné par les deux groupes de l'échantillon

Annexe A6 : Tableau sur la répartition et le nombre de MSP en France en décembre 2022

Annexe A7 : Tableau sur la répartition et le nombre de CPTS en France en décembre 2022

Annexe A8 : Tableau de comparaison des propositions sur l'intégration des orthophonistes au sein des équipes pluriprofessionnelles selon la structure d'exercice coordonné

Annexe A9. Tableau de comparaison des propositions autour de la collaboration interprofessionnelle selon les modalités d'échanges

Annexe A10. Attestation de déclaration au service de protection des données (DPO)