



MÉMOIRE

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

Laura LALOUBÈRE

soutenu publiquement en juin 2025

Exercice coordonné en ville : quelle place pour les orthophonistes dans les projets de santé ?

MÉMOIRE dirigé par

Sabine BAYEN, médecin généraliste, MD, PhD, MCU-MG, enseignante-chercheure, Lille

Virginie BRIEDEN, orthophoniste et responsable de la Plateforme d'accompagnement et de répit
Métropole Lille, Lille

Mémoire réalisé dans le cadre du Parcours Recherche

Lille – 2025

À mon papi, parti peu après une année de prépa éprouvante ; à mon tonton, parti trop vite, après la joie de mon admission en orthophonie.

Remerciements

À l'image d'un projet de santé qui puise sa force dans le collectif, mon projet d'études n'aurait vu le jour sans le soutien et l'implication de ceux qui m'ont accompagnée sur ce chemin.

Je remercie Madame Brieden qui a su éveiller mon intérêt en me proposant un sujet aussi passionnant que porteur de sens, ainsi que Dr. Bayen pour avoir accepté d'en être la co-directrice. Leurs regards croisés, à la fois médical et paramédical, ont été déterminants dans l'évolution de ce travail. Mes remerciements vont également à Madame Arnoldi, pour sa participation à la direction de ce mémoire, ses relectures attentives et la qualité de ses retours.

Cette étude n'aurait pas pu être menée à bien sans la contribution des 353 orthophonistes ayant accepté d'y participer. Un immense merci à eux pour leur temps et leur aide précieuse.

Depuis Lille, je remercie également l'ensemble de mes maîtres de stage. J'emporte avec moi une part de vos savoirs et des valeurs humaines fondamentales pour guider ma pratique.

Merci à toi, Xavier, pour ce stage aussi express qu'intensément formateur ainsi que pour la découverte d'un dispositif en déglutition et la confiance accordée jusqu'à la participation à ce mémoire.

Merci à vous, Alicia et Klerwi, de m'avoir accueillie comme première stagiaire. J'ai tant appris à vos côtés, dans des structures que je n'imaginais même pas intégrer.

Merci à toi, Agathe, pour ces deux semestres empreints de bienveillance, ta gentillesse m'a profondément marquée à un moment où je perdais mes repères.

Enfin, merci à vous Aurore, Cécile et Margot pour tout ce que vous m'avez transmis au cours de cette dernière année. Clore cette formation dans le sud-ouest de façon si agréable et enrichissante, c'est une belle boucle qui se termine, et j'en suis très heureuse.

Sur une note plus personnelle, un immense merci à mes amis.

A mes amis montois, présents depuis bien longtemps, de près ou de loin ; votre amitié est une richesse inestimable à consommer sans modération.

A mes lilloises, du vrai Nord ou du Nord du cœur, et surtout à celles qui m'ont accompagnée depuis la première année : Milena, notre duo basco-landais a été un pilier, merci teh ; Mylène, merci pour tous ces souvenirs, de Lille à la Champagne, en passant par les JO paralympiques et nos escapades à l'étranger ; Clara, merci d'avoir été là malgré ta vie lilloise bien remplie ; Perrine, merci d'avoir mis du soleil dans ce Nord souvent gris qui est le tien, sache que je penserai toujours à toi avec un sourire niais mais sincère. Marine, merci pour ta présence ces deux dernières années, tu as été bien plus qu'un soutien depuis l'Eloquence du Bégaïement.

Jërëjër à mon équipe Wolofonie, vous avez été la meilleure équipe pour notre mission à Yeumbeul (Sénégal), cette aventure a été, sans aucun doute, la plus enrichissante de ma vie jusque-là.

Et à mes copines de licence à Toulouse et de prépa à Bordeaux, pour vos encouragements fidèles tout au long de mes précédentes formations, et même jusqu'au mémoire, pour Maud et Marine.

Merci de tout cœur à l'ensemble de ma famille. Tout particulièrement à mes parents pour leur soutien indéfectible et leur confiance en moi ; à ma sœur pour accompagner une Gémeaux jugée compliquée, surtout quand c'est une Scorpion qui le dit ; et à mes grands-parents, à qui je promets d'être plus présente maintenant que « revenir » ne veut plus dire traverser 1000 kilomètres.

Résumé :

Ces dernières années, les pratiques coordonnées se sont largement développées, portées par les politiques de santé françaises qui encouragent une approche libérale collaborative plutôt qu'exercée de manière isolée. Cette structuration vise à promouvoir la coopération entre professionnels et secteurs de santé autour d'un projet de santé pour répondre aux besoins des territoires et de leurs populations.

Ce mémoire a pour objectif de dresser un état des lieux des pratiques orthophoniques dans les structures de soins coordonnés, afin d'identifier la place des orthophonistes et les obstacles à leur intégration. L'analyse de trois entretiens collectifs avec 14 orthophonistes et d'un auto-questionnaire électronique (339 réponses) a révélé que, bien qu'ils aient une place à prendre, celle-ci reste à définir. Plusieurs facteurs freinent leur intégration, notamment la méconnaissance de leur champ de compétences, leur absence au sein des instances décisionnelles, la primauté des missions médico-centrées, etc. Les résultats suggèrent des perspectives telles que l'encouragement de la formation interprofessionnelle au sein des centres de formation universitaires en orthophonie, la création d'outils pour promouvoir les compétences des orthophonistes, et l'incitation à l'investissement personnel des professionnels, orthophonistes et autres professionnels de santé.

Mots-clés :

Exercice coordonné, soins de proximité, projet de santé, pratique professionnelle, orthophonie.

Abstract :

In recent years, coordinated practices have developed, supported by French healthcare policies which encourage a collaborative approach rather than one practised in isolation. This structuring aims to promote cooperation between healthcare professionals and sectors around a healthcare project to meet the needs of territories and their populations. The aim of this dissertation is to draw up an inventory of speech and language therapy practices in these coordinated structures, in order to identify the role of speech and language therapists and the obstacles to their integration. Analysis of three group interviews with 14 speech and language therapists and an electronic self-questionnaire (339 responses) revealed that, although speech and language therapists have a role to play, it remains to be defined. A number of factors hinder their integration, such as a lack of awareness of their field of expertise, their absence from decision-making bodies, the primacy of medical-centric missions, etc. The results suggest possible avenues of action, such as encouraging inter-professional training, creating tools to raise awareness of the skills of speech and language therapists, and encouraging the personal investment of professionals, speech and language therapists and other health staff.

Keywords :

Coordinated practice, local care, health project, professional practice, speech and language therapy.

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	2
1. Reconfiguration organisationnelle du système de soins	2
1.1. « Ma santé 2022, un engagement collectif » : vers un système de santé coordonné	2
1.2. Diversité des modèles en soins de premier recours	2
1.3. Expansion des MSP et CPTS : une dynamique linéaire et progressive	3
2. Vers un engagement collectif et non-hiérarchique	4
2.1. De l'exercice solitaire à une pratique solidaire en équipe	4
2.2. Division du travail et collaboration au service du collectif	4
3. Le projet de santé comme élément fédérateur	5
3.1. Le projet de santé : fondement de l'exercice coordonné	5
3.2. Un levier commun en réponse à des questions organisationnelles, de gestion et de soins ..	6
4. Visées du mémoire	7
Méthode	7
1. Population et protection des données.....	7
2. Matériel.....	7
2.1. Entretiens collectifs.....	7
2.1.1. Déroulement des entretiens collectifs	8
2.1.2. Enregistrement et retranscription des entretiens collectifs	8
2.2. Questionnaire	9
2.2.1. Élaboration du questionnaire	9
2.2.2. Analyse des résultats du questionnaire	9
Résultats	10
1. Résultats issus des entretiens collectifs.....	10
1.1. Caractéristiques des entretiens collectifs	10
1.2. Exercice coordonné.....	10
1.3. Place de l'orthophoniste.....	11
2. Résultats issus du questionnaire.....	14
2.1. Profil des participants.....	14
2.2. Exercice coordonné.....	14
2.3. Place de l'orthophoniste.....	15
Discussion	19
1. De l'ambition politique aux réalités de terrain.....	20
1.1. La coordination des soins dans « Ma Santé 2022 : un engagement collectif » : entre idéal collectif et vision politique.....	20
1.2. Entre ambitions nationales et contraintes locales : une coordination sous tension.....	20
1.3. Des réponses politiques multiples pour structurer les soins coordonnés	21
2. La place des orthophonistes dans l'exercice coordonné	21
2.1. L'émergence d'une compétence collective au sein des équipes pluriprofessionnelles	21
2.2. Pluridisciplinarité et leadership partagé : vers une collaboration équilibrée	22
2.3. Facteurs systémiques, organisationnels, interpersonnels et personnels qui façonnent la place de l'orthophoniste	24
3. Perspectives : implications théoriques et pratiques.....	25
3.1. Comprendre la coordination pour mieux y contribuer.....	25
3.2. Faire reconnaître son rôle pour renforcer sa légitimité professionnelle.....	26
3.3. Trouver sa place pour exister pleinement dans les structures d'exercice coordonné.....	26
4. Limites de notre étude.....	27
4.1. A propos des contraintes méthodologiques.....	27
4.2. A propos de l'enquête qualitative par entretiens collectifs	28
4.3. A propos de l'enquête quantitative par questionnaire	28

Conclusion	29
Bibliographie.....	30
Liste des annexes	37
Annexe n°1 : Missions des différentes formes d'exercice coordonné selon la législation.....	37
Annexe n°2 : Schéma de synthèse méthodologique.	37
Annexe n°3 : Guide d'entretiens collectifs.	37
Annexe n°4 : Lettre d'information entretiens collectifs.....	37
Annexe n°5 : Formulaire de consentement.	37
Annexe n°6 : Questionnaire profils participants entretiens collectifs.....	37
Annexe n°7 : Extraits de retranscription entretiens collectifs.....	37
Annexe n°8 : Questionnaire.	37
Annexe n°9 : Catégorisation des réponses pour analyse des résultats.	37
Annexe n°10 : Données sociodémographiques des participants.....	37

Glossaire sigles

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
ARS	Agence Régionale de Santé
CDS	Centre De Santé
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSP	Code de la Santé Publique
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
DMP	Dossier Médical Partagé
DPO	Délégué à la Protection des Données
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique
ESP	Équipe de Soins Primaires
ESCAP	Équipe de Soins Coordonnée Autour du Patient
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
FFMPS	Fédération Française des Maisons et des Pôles de Santé
FIR	Fonds d'Intervention Régional
FNO	Fédération Nationale des Orthophonistes
HAS	Haute Autorité de Santé
HDR	Habilitation à Diriger des Recherches
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MSPU	Maison de Santé Pluriprofessionnelle Universitaire
NGAP	Nomenclature Générales des Actes Professionnels
PACTE	Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe
PRS	Projet Régional de Santé
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
SISA	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

Introduction

Depuis les années 1990, le manque de coordination entre les acteurs du système de santé est identifié comme un problème public majeur, justifiant l'intervention des autorités sanitaires et faisant l'objet de nombreuses réformes pour améliorer l'efficacité globale du système (Moyal, 2020). Le modèle français, historiquement hospitalo-centré, plutôt axé sur les maladies aiguës et dépourvu d'un cadre structurant pour les soins primaires à l'échelle territoriale et populationnelle, révèle ainsi des limites (Schweyer et al, 2022).

En 1978, la déclaration d'Alma-Ata a défini les soins primaires comme des soins essentiels, accessibles à l'ensemble de la population et financièrement soutenables tant pour les individus que pour les systèmes de santé. En 1986, la charte d'Ottawa a renforcé cette vision en appelant à une action coordonnée impliquant les gouvernements, les secteurs de la santé ainsi que les acteurs sociaux et économiques afin de promouvoir une approche globale et intégrée de la santé.

Cet appel a trouvé un écho renforcé dans les années 2000 face à la montée des pathologies chroniques, au vieillissement de la population, à la désertification médicale et à la hausse des dépenses hospitalières. La crise sanitaire Covid-19 a également mis en lumière l'importance de recentrer les politiques de santé sur les soins de proximité. A présent, les enjeux identifiés dans la littérature sont à la fois sanitaires, sociaux, économiques et organisationnels (Sebai & Yatim, 2017). C'est dans ce contexte qu'un virage ambulatoire a été initié, mettant l'accent sur la prévention et l'organisation des parcours de soins autour du patient (Piroux & Ramond-Roquin, 2025). Inspiré de modèles internationaux comme le *Chronic Care Model* ou le *Patient-Centered Medical Home*, le système français s'oriente vers une logique de soins intégrés, rompant avec l'hospitalocentrisme au profit d'une structuration des soins primaires, d'une coordination interprofessionnelle renforcée et d'une approche territoriale (Sebai, 2016 ; Schweyer et al, 2022). Le rapport gouvernemental de 2014 sur l'offre de santé territoriale et populationnelle met en avant la nécessité d'un choc de coopération au sein de la globalité de notre système d'offre de santé (sanitaire, social, médico-social, ambulatoire) et d'un choc de responsabilisation des acteurs pour bâtir une réponse coordonnée aux besoins de la santé (Stingre, 2021) ; la stratégie « Ma santé 2022, un engagement » s'inscrit dans cette dynamique de coordination. Ce modèle vise à intégrer les compétences de chaque professionnel dans une vision commune, pensée à l'échelle d'une population ou d'un territoire.

Cette évolution appelle à une transformation de la médecine libérale vers une pratique plus collective, coordonnée et ancrée dans une logique de santé publique. Celle-ci inclut non seulement les soins, mais aussi la prévention, la promotion de la santé et la lutte contre les inégalités sociales, en lien avec les politiques sociales, éducatives et territoriales. Ces missions ne peuvent être menées de manière isolée, d'où la nécessité d'une coordination structurée.

Les orthophonistes sont pleinement concernés par cette transformation. Leur implication dans les dispositifs de soins coordonnés – Équipes de Soins Primaires (ESP), Centres De Santé (CDS), Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP), Maisons de Santé Pluridisciplinaires Universitaires (MSPU) et Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) – soulève la question de leur place dans les projets de santé. Cette étude propose d'analyser celle-ci à travers une enquête nationale, par le biais trois entretiens collectifs exploratoires auprès d'orthophonistes engagés dans ces structures et d'un auto-questionnaire électronique.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Reconfiguration organisationnelle du système de soins

1.1. « Ma santé 2022, un engagement collectif » : vers un système de santé coordonné

Au cours des vingt dernières années, les soins primaires ont évolué et la stratégie gouvernementale « Ma santé 2022, un engagement collectif », lancée en juillet 2019, signe une réforme majeure. Cette dernière vise à renforcer la coordination entre les professionnels de santé pour garantir une prise en soins globale, continue et de qualité. L'objectif est de faire de l'exercice isolé une exception et de promouvoir l'exercice coordonné. La littérature scientifique souligne l'impact positif du travail en équipe sur la sécurité du patient et identifie le manque d'organisation, de coordination ou de communication comme l'une des causes principales des événements indésirables liés aux soins (Haute Autorité de Santé, 2022).

Aujourd'hui, l'organisation du système de soins peut être décrite selon quatre niveaux distincts : nano, micro, meso et macro (Falcoff, 2022). Le niveau nano concerne l'interaction directe entre un professionnel de santé et un patient, tandis que le niveau micro décrit une équipe de soins primaires face à une patientèle. Le niveau méso implique la coordination entre les équipes micro de soins primaires, les structures hospitalières et les secteurs médico-sociaux et sociaux, en se concentrant sur la population d'un territoire spécifique. Enfin, le niveau macro englobe les politiques de santé au niveau régional et national. En d'autres termes, selon Courie-Lemeur (2025), Maître de conférences HDR (Habilitation à Diriger des Recherches) en gestion, le niveau macro est celui des nations ou supra-nations, le niveau méso correspond aux territoires et organisations, le niveau micro concerne les communautés et le nano, les individus (cf. Figure 1).

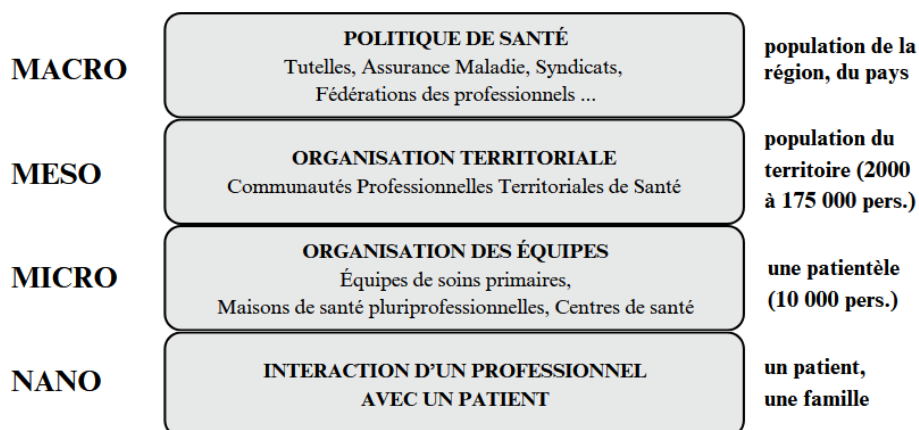


Figure 1. Répartition des soins de premier recours selon quatre niveaux (adapté de Falcoff, 2022, p.246)

1.2. Diversité des modèles en soins de premier recours

Pour répondre aux enjeux de coordination des soins de proximité, plusieurs réformes organisationnelles ont émergé, laissant apparaître des Équipes de Soins Primaires (ESP), des Centres De Santé (CDS), des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) parfois Universitaires (MSPU) et des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Ces structures

s'inscrivent dans ce que l'on appelle l'« exercice coordonné », formule ombrelle définie par Misra et al. (2020) comme une organisation délibérée des activités liées aux soins des patients dans le but de faciliter la prestation appropriée des services en santé. Bien que ces organisations partagent l'objectif commun de coordination, leur échelle d'action et leurs missions varient (Lessi, 2023).

Les ESP sont constituées de plusieurs professionnels de santé assurant des soins de premier recours, dont au moins un médecin généraliste. Ensemble, ils coordonnent leurs actions pour améliorer les parcours de soins de leurs patients et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Les CDS et MSP, regroupant a minima deux médecins et un professionnel paramédical, constituent des équipes de soins primaires au sens de l'article L1411-11-1 du Code de la Santé Publique (CSP). Les professionnels médicaux et paramédicaux salariés de CDS, structures sanitaires de proximité, offrent des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours. Les MSP, quant à elles, sont des personnes morales constituées par des professionnels libéraux, médicaux et paramédicaux et/ou des pharmaciens ; elles dispensent des soins sans hébergement de premier recours et, le cas échéant, de second recours et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

Les CPTS regroupent une ou plusieurs ESP ainsi que des acteurs assurant des soins de premier ou de second recours, des acteurs médico-sociaux, sociaux et des services de prévention et de santé au travail. Contrairement aux structures précédentes, elles ne délivrent pas directement de soins mais organisent la coordination sur un territoire donné. Les adhérents conservent leurs lieux et conditions d'exercice propres tout en contribuant à une gouvernance collective. Leur objectif principal est de promouvoir une organisation rénovée et plus collective du système de santé, favorisant l'accès aux soins, le développement de parcours pluriprofessionnels et le renforcement du lien ville-hôpital.

Chacune de ces structures répond à un cadre législatif spécifique du Code de la Santé Publique : les ESP relèvent de l'article L1411-11-1, les CDS de l'article L6323-1, les MSP(U) de l'article L6323-3 et les CPTS de l'article L1434-12-2 (cf. Annexes A1).

1.3. Expansion des MSP et CPTS : une dynamique linéaire et progressive

Alors que l'offre en Centres De Santé est limitée et qu'elle devrait devenir une alternative plus fréquente envisagée en complément des autres dispositifs (Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, 2025), les MSP et CPTS connaissent un essor rapide depuis leur création.

Les premières formes d'exercice regroupé et coordonné remontent au XIX^e siècle avec le développement de CDS, précurseurs de l'exercice pluriprofessionnel moderne (De Haas, 2023). Toutefois, ce sont les MSP, instaurées par la Loi de financement de la sécurité sociale n°2007-1786, qui ont véritablement marqué un tournant. Leur nombre est passé de 20 en 2008 à 2251 en 2022 (Ministère du travail, de la santé et des solidarités, 2023). Considérées aujourd'hui comme un modèle abouti des soins de proximité permettant une réponse efficace aux besoins de santé actuels (Sebai & Yatim, 2017), le développement des MSP est activement soutenu par le gouvernement à travers le plan d'action « 4000 maisons de santé pluriprofessionnelles » pour 2027.

Les CPTS, introduites plus tardivement par la Loi n°2016-41 de modernisation du système de santé, ont également connu une forte dynamique. De 282 en fonctionnement en juin 2019, leur nombre est passé à 546 en janvier 2024 (Direction générale de l'Offre de soins, 2024).

Il convient de noter que les pouvoirs publics encouragent la croissance de cet exercice coordonné à travers plusieurs leviers : les Accords Conventionnels Interprofessionnels (ACI), les

aides ponctuelles du Fonds d'Intervention Régionale (FIR) allouées par les Agences Régionales de Santé (ARS) et les dispositifs expérimentaux prévus par l'article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale.

2. Vers un engagement collectif et non-hiérarchique

2.1. De l'exercice solitaire à une pratique solidaire en équipe

Longtemps marqué par une organisation rigide et une forte hiérarchie entre les professions de santé, le monde médical évolue vers un modèle plus horizontal et collaboratif grâce aux organisations de soins coordonnés décrites précédemment. Ces dispositifs visent à dépasser les logiques de concurrence, qu'elles soient interorganisationnelles, entre structures de santé, ou interindividuelles, entre professionnels (Cret & Guilhot, 2022). Si le médecin généraliste reste souvent positionné comme figure centrale parmi les professions médicales, paramédicales et médico-sociales, l'exercice coordonné transforme les rapports entre professions. Il ne s'agit plus d'agir sous un schéma hiérarchique où une profession prescriptrice exerce un contrôle mais de co-construire un projet de santé partagé, fondé sur la complémentarité des savoir-faire et la reconnaissance mutuelle des compétences (Lombrail, 2014).

La coordination des soins repose ainsi sur trois piliers essentiels : la communication, la confiance et la collaboration entre les professions médicales, paramédicales et médico-sociales (Misra et al, 2020). Elle encourage une logique d'interdépendance dans laquelle les professionnels se considèrent comme des « égaux complémentaires » (Vezinat, 2019, p.120). Ce mode de fonctionnement non-hiérarchique donne lieu à la création de niches sociales, espaces sociaux de coopération durable dans lesquels la concurrence est suspendue au profit de la solidarité professionnelle (Cret & Guilhot, 2022). Plus précisément, selon Lazega (1999 ; cité par Cret & Guilhot, 2022), une niche sociale est un réseau d'acteurs unis par des liens denses, multiples et pérennes ; ces membres partagent des partenaires communs, excluent les mêmes rivaux, poursuivent un objectif de production conjointe et instaurent une forme de discipline sociale. Cette dynamique favorise l'autorégulation et limite les comportements opportunistes guidés par des intérêts strictement individuels.

Dans ce contexte, les décisions cliniques sont prises de manière collégiale, dans un climat où la subordination n'a plus sa place. Ce changement de paradigme permet l'émergence de pratiques réellement pluriprofessionnelles, ancrées dans une culture de la coordination et du respect mutuel.

2.2. Division du travail et collaboration au service du collectif

Selon Dumas et al. (2016), en adéquation avec les valeurs énoncées, une équipe de soins ne se résume pas à un simple regroupement de professionnels issus de disciplines différentes. Elle se définit par la poursuite d'objectifs communs et par une coordination active des efforts (cf. Figure 2), tant physiques que cognitifs, pour évaluer et organiser les soins (Xyrichis & Ream, 2008). Ce fonctionnement repose sur une interdépendance cognitive, chaque membre mobilisant ses savoirs spécifiques au service d'une compréhension partagée de la situation (Grenier, 2006).

Dans un contexte de spécialisation croissante des tâches et de division du travail, la collaboration interprofessionnelle devient indispensable. La cohésion des équipes repose sur la complémentarité des rôles et la construction d'un projet de santé commun, fondé sur une forme de « solidarité organique » (Vezinat, 2019, p.128). Identifier les compétences de chacun constitue une étape essentielle

dans cette dynamique en permettant de valoriser les apports spécifiques, de construire une culture professionnelle partagée et de renforcer les liens de confiance et la connaissance mutuelle entre les membres.

Dans une logique d'« aller vers », les professionnels de santé en exercice coordonné visent à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible ainsi qu'une répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations (Organisation Mondiale de la Santé, 2023). Ces derniers considèrent les soins de premier recours non seulement comme une réponse médicale, mais aussi comme une réponse adaptée à la situation sociale et individuelle des patients, en intégrant des déterminants sociaux de santé dans la prise en soins.

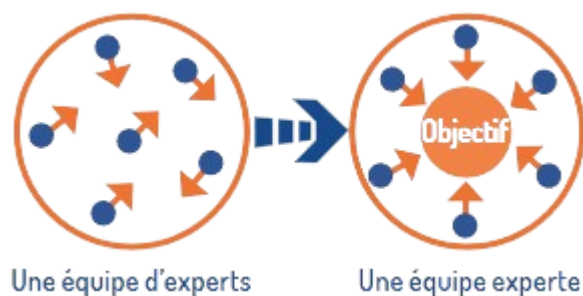


Figure 2. Passage d'une équipe d'experts à une équipe experte (Haute Autorité de Santé, 2018).

3. Le projet de santé comme élément fédérateur

3.1. Le projet de santé : fondement de l'exercice coordonné

Le projet de santé constitue le socle commun de toute structure de soins coordonnés. Il vise une meilleure coordination entre les acteurs de santé, 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 L1411-11-1 du CSP, 2019). Ce projet s'appuie d'abord sur une valorisation de l'existant, puis sur l'identification des manques et leviers d'amélioration afin de définir progressivement les actions à mettre en œuvre. Élaboré collectivement, il naît d'une volonté partagée au sein de l'équipe ; celle de développer des compétences, d'améliorer les services rendus aux patients, de corriger certains dysfonctionnements et/ou de répondre à des besoins spécifiques identifiés sur le terrain. Conformément à l'article L6323-3 du CSP, il doit être aligné avec les orientations du Projet Régional de Santé (PRS), fondé sur un diagnostic territorial et validé par l'ensemble des professionnels impliqués. Il est ensuite transmis à l'ARS correspondante pour vérification de sa conformité avec le cahier des charges national, en collaboration avec les représentants des Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS).

Le Code de la Santé Publique impose l'élaboration d'un projet de santé pour les ESP (article L1411-11-1 du CSP), les CDS (article L6323-1-10 du CSP), les MSP(U) (article L6323-3 du CSP) et les CPTS (article L1434-12 du CSP). En formalisant une répartition et une division claire des tâches, auparavant basée sur des pratiques informelles, le projet de santé permet une articulation plus efficace des interventions (Moyal, 2020). Cela distingue fondamentalement les structures d'exercice coordonné des simples cabinets de groupe où le regroupement est géographique mais pas nécessairement collaboratif. Son élaboration collective favorise une véritable dynamique d'équipe durable, renforce la cohésion autour d'une vision commune de la pratique et permet une adaptation continue aux besoins évolutifs du territoire et de la population.

3.2. Un levier commun en réponse à des questions organisationnelles, de gestion et de soins

Le cahier des charges des MSP fixe des directives pour la structuration des projets de santé, basées sur trois axes fondamentaux : le diagnostic territorial, le projet professionnel et le projet de soins ou d'organisation de la prise en soins. La première partie est indispensable car elle permet d'identifier les besoins d'une zone donnée, ses forces et faiblesses, ainsi que les attentes des professionnels et usagers. Le diagnostic territorial aide à définir des objectifs adaptés aux besoins de la population et des professionnels de santé et à repérer les dysfonctionnements. Le projet professionnel détaille la gestion de la structure, l'organisation de la pluriprofessionnalité, le partage d'informations entre les professionnels impliqués dans la démarche et en direction de professionnels extérieurs, la formation continue des professionnels, l'accueil des étudiants et l'intégration à des projets de recherche. Le projet de soins, quant à lui, inclut la continuité des soins, la coopération et coordination externe, la qualité des soins et les nouveaux services du projet d'organisation de la prise en soins.

Bien que les MSP suivent un cadre de rédaction défini par le cahier des charges, les CDS et CPTS n'ont pas de cadre rédactionnel imposé.

L'article L6323-1-10 du CSP, relatif aux CDS, stipule que leur projet de santé doit rendre compte de l'accessibilité, de la continuité des soins et de la coordination interne et externe des professionnels. De leur côté, certaines CPTS (CPTS Grand Gaillacois, CPTS Atlantique Nord Loire par exemple) et des URPS (URPS Occitanie par exemple) proposent une structure similaire à celle des projets de santé de MSP, incluant un diagnostic territorial, les missions de CPTS définies par l'article L1434-12-2 du CSP (cf. Annexes A1) et l'organisation de la CPTS.

Les ARS jouent un rôle clé dans l'accompagnement des professionnels pour faciliter l'élaboration de ces projets de santé évolutifs, en offrant des ressources diagnostiques, un soutien à la formalisation ou des mises en relation avec d'autres acteurs.

La Haute Autorité de Santé (HAS) propose également une matrice de maturité pour aider les organisations à évaluer et améliorer leur fonctionnement, avec un impact direct sur la prise en soins des patients (cf. Figure 3).



Figure 3. Matrice de maturité en soins primaires (HAS, 2014).

4. Visées du mémoire

Outre le mémoire d'orthophonie de Laouenan (2023) concernant les intérêts professionnels de l'exercice orthophonique en modalité coordonnée, aucun travail antérieur ne s'est penché sur l'orthophonie en exercice coordonné. De fait, l'objectif du présent mémoire est de comprendre la place qu'occupent les orthophonistes au sein des projets de santé en exercice coordonné, en ville. Les leviers et freins à leur intégration seront analysés par le biais d'une enquête nationale.

Méthode

Nous avons adopté une méthodologie mixte combinant des données qualitatives, recueillies par des entretiens collectifs (ou *focus groups*) et des données quantitatives via un auto-questionnaire électronique. Cette approche permet une meilleure compréhension de l'objet de recherche et renforce la robustesse des résultats en croisant les données qualitatives et quantitatives (Nagels, 2022).

Les deux approches sont complémentaires et peuvent se succéder dans un même programme de recherche (cf. Annexe A2). Dans notre étude, l'approche qualitative précède l'approche quantitative, avec une pré-enquête essentielle pour l'élaboration du questionnaire (De Singly, 2020). Cette méthode est fréquente dans les études exploratoires, notamment lorsque le sujet est mal défini ou peu connu (Bioy, 2021).

1. Population et protection des données

Les critères d'inclusion pour cette étude étaient : être orthophoniste et exercer dans au moins une organisation coordonnée française (ESP, CDS, MSP(U) et/ou CPTS).

Le recrutement a été réalisé via 38 groupes Facebook privés dédiés à l'orthophonie, LinkedIn, les syndicats d'orthophonistes, une liste de diffusion de 546 CPTS que nous avons recensées, la Fédération nationale des CPTS et les 15 Fédérations régionales d'exercice coordonné répertoriées par AVECsanté.

Cette étude ne porte pas sur des recherches impliquant des personnes humaines ni sur des données de santé sensibles, conformément à la Loi Jardé n°2012-300. Ainsi, seule une déclaration de conformité auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), par le biais du Délégué à la Protection des Données (DPO), a été requise pour respecter le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). L'étude est enregistrée sous le numéro 2024-144 dans le registre des traitements de l'Université de Lille.

2. Matériel

2.1. Entretiens collectifs

L'entretien collectif est une méthode qualitative utilisant des entretiens semi-dirigés en groupe avec des questions ouvertes (Krueger, 2009). Son efficacité repose sur quatre éléments-clés : le récit, la dynamique de groupe, l'initiative personnelle et l'expérimentation (Marty, 2021). Cette approche est particulièrement adaptée à notre étude car elle reflète les conditions de travail des équipes pluriprofessionnelles en exercice coordonné, favorisant la communication et la concertation. Elle est également utile pour comprendre les interactions et les processus de co-

construction du sens dans la reconfiguration des systèmes de soins (Marty, 2021). Dans la présente étude, l'entretien collectif permet d'explorer les expériences, croyances et attitudes des orthophonistes sur leur place dans les projets de santé en exercice coordonné en ville.

2.1.1. Déroulement des entretiens collectifs

La première étape a consisté à élaborer un guide d'entretien structuré pour aborder les mêmes concepts avec chaque groupe et généraliser les résultats (cf. Annexe A3). Ce guide, conçu pour structurer l'interrogation sans orienter le discours (Gélinas Proulx et al, 2010), comportait des questions ouvertes, neutres, simples et claires pour permettre une large expression des participants (Touboul, 2013). Ensuite, conformément aux règles éthiques de la recherche, une lettre d'information (cf. Annexe A4) et un formulaire de consentement (cf. Annexe A5) ont été rédigés. Un court questionnaire (cf. Annexe A6) a été créé via LimeSurvey® pour recueillir des informations sur le profil des participants.

Après validation par le DPO, un support d'invitation a été diffusé pour recruter des orthophonistes volontaires entre août et novembre 2024. Les entretiens ont été planifiés via Doodle®, nous assurant ainsi de respecter au mieux les disponibilités de chacun, sans empiéter sur leurs horaires de consultation.

Finalement, trois entretiens collectifs ont été organisés sur Zoom®, entre 12h30 et 13h30, réunissant quatorze orthophonistes par groupe de quatre à cinq.

Les entretiens étaient animés par nous-même en veillant autant que possible à favoriser une dynamique de groupe, à répartir un temps de parole équitable et à adopter une posture neutre pour éviter d'influencer les réponses des participants (Fugier, 2010).

Les sessions se sont déroulées en sept étapes : (1) accueil, présentation de l'étude et rappel de l'enregistrement des sessions, de l'anonymat, et des trois règles de conduite : écouter et parler, confidentialité et absence de critique (Marty, 2021) ; (2) définition de l'exercice coordonné ; (3) perception de la place de chaque participant en tant qu'orthophoniste en exercice coordonné ; (4) analyse de la qualité des échanges interprofessionnels ; (5) identification des potentiels freins à l'intégration ; (6) réflexion sur l'évolution du rôle de l'orthophoniste ; (7) clôture et remerciements.

L'atteinte du seuil de saturation des données, marquée par la redondance des réponses, a signalé la fin du recueil des données. En moyenne, trois à quatre sessions sont nécessaires pour atteindre ce seuil (Touboul, 2013).

2.1.2. Enregistrement et retranscription des entretiens collectifs

Les sessions ont été enregistrées et filmées avec l'accord des participants afin de conserver leurs discours originaux, sans perte d'information. Ces enregistrements ont permis une analyse approfondie des données et une meilleure fiabilité dans leur traitement (Combessie, 2007).

Par la suite, les enregistrements ont été retranscrits en verbatim (mot-à-mot) sur Microsoft Office Word®, assisté par la fonctionnalité de retranscription automatique de Zoom® (cf. Annexe A7). La retranscription, prenant entre cinq et six heures par session, a respecté l'anonymat des participants, en remplaçant leur identité par un numéro et en supprimant toute information personnelle (sexe, lieu d'exercice). Les accords grammaticaux ont été masculinisés pour ne pas révéler le genre des participants. Ensuite, un codage thématique déductif a été appliqué pour segmenter les corpus par thèmes et les résultats ont été organisés dans un tableau récapitulatif pour mettre en évidence les informations pertinentes (Bréchon et al, 2011). Selon Paillé et Mucchielli

(2021), la thématisation est l'opération clé de la méthode, consistant à transformer un corpus en plusieurs thèmes représentatifs en lien avec l'orientation de la recherche.

2.2. Questionnaire

L'élaboration d'un questionnaire repose souvent sur les observations des entretiens exploratoires antérieurs (Combessie, 2007). Dans notre étude, les entretiens collectifs exploratoires, associés à notre cadre théorique, ont servi de base pour générer les items du questionnaire. Les échanges ont permis de mieux comprendre les préoccupations de la population cible et de poser des questions pertinentes (Fenneteau, 2015), tout en ouvrant des pistes de réflexion inattendues (Van Campenhoudt et al, 2022).

Le questionnaire vise à vérifier la problématique d'une recherche et à confirmer ou infirmer les résultats qualitatifs de manière quantitative (Samlak, 2020). Il permet de recueillir des données statistiques sur un large échantillon. De plus, les questionnaires en ligne offrent des avantages multiples : distribution simultanée, collecte simplifiée, suivi en temps réel, rapidité, coût réduit et fiabilité comparable à celle des versions papier (Lallemand et al, 2015).

2.2.1. Élaboration du questionnaire

L'élaboration du questionnaire a suivi une méthodologie structurée, réalisée de fin octobre 2024 à fin novembre 2024, en quatre étapes : génération d'une première version des items, réduction du nombre d'items, mise en forme et pré-test (Gros, 2022).

Le questionnaire a été conçu sur Microsoft Word® puis implanté sur LimeSurvey®, plateforme ergonomique et sécurisée fournie par l'Université de Lille, garantissant l'anonymat des données. Avant diffusion, le questionnaire a été testé par deux orthophonistes exerçant en MSP pour vérifier la clarté, le bon affichage des questions et estimer un temps de réponse de dix minutes maximum. Le questionnaire a été diffusé le 13 janvier 2025, accompagné d'une invitation et d'un message de présentation décrivant de façon concise l'objet du questionnaire pour encourager la participation (Parizot, 2012). Deux relances ont été faites sur les réseaux sociaux avant clôture du questionnaire en mars 2025.

Le questionnaire était composé de trois parties comme suit (cf. Annexe A8) : (1) 5 questions sociodémographiques ; (2) 10 questions sur l'exercice coordonné ; (3) 21 questions sur la place de l'orthophoniste dans les projets de santé coordonnés. Selon les conditions, les répondants pouvaient répondre à un minimum de 6 questions et un maximum de 36.

Les questions étaient fermées (choix d'une ou plusieurs réponse(s) parmi celles qui leur étaient présentées), ouvertes (champ libre) ou semi-ouvertes avec des options de réponse prédéfinies et une section « autre » pour apporter des précisions (Fenneteau, 2015).

2.2.2. Analyse des résultats du questionnaire

La première étape a consisté à coder les réponses obtenues, en éliminant les participations aberrantes (réponses incomplètes). Les réponses complètes ont été exportées depuis LimeSurvey®, vers Microsoft Excel®.

Les réponses aux questions ouvertes ont été analysées qualitativement, en regroupant manuellement des réponses dans des catégories pertinentes (Fenneteau, 2015). Les questions fermées étaient déjà codées grâce aux propositions fournies mais certaines réponses « autre » ont été intégrées dans les catégories définies a posteriori.

Chaque question a été analysée en termes d'effectifs et de pourcentages. Des représentations graphiques ont été créées en fonction de la nature de chaque variable pour offrir une représentation visuelle claire et harmonieuse des données récoltées.

Résultats

Cette section présente les résultats des trois entretiens collectifs exploratoires et du questionnaire.

Le questionnaire a recueilli 595 réponses, dont 153 réponses incomplètes pour lesquelles aucune tendance n'explique l'abandon de l'enquête. De plus, les réponses de 103 participants n'ont pas été prises en compte en raison de la non-conformité à un critère d'inclusion (être en exercice coordonné). Pour des raisons méthodologiques, l'analyse repose donc sur les 339 réponses complètes (cf. Annexe A9).

1. Résultats issus des entretiens collectifs

1.1. Caractéristiques des entretiens collectifs

Trois entretiens collectifs (cf. Tableau 1) ont rassemblé quatorze orthophonistes dont les caractéristiques sociodémographiques sont détaillées en Annexe A10.

Tableau 1. Caractéristiques des entretiens collectifs.

Entretien collectif	Durée	Nombre de participants	Ratio homme/femme	Moyenne d'âge
1	1h 09min.	5 participants	1/5	35;6 ans
2	1h 11min.	4 participants	1/4	39;6 ans
3	57min.	5 participants	0/5	37;6 ans

1.2. Exercice coordonné

Les participants estiment que l'exercice coordonné améliorerait le suivi global des patients en favorisant les échanges pluriprofessionnels, harmonisant ainsi les soins pour une patientèle commune. Ce processus renforcerait la cohérence du parcours de soins et faciliterait les décisions collectives, offrant un cadre propice à une approche intégrée et collaborative du suivi médical.

« Ça permet souvent de faire le lien directement sur pas mal de nos patients qu'on a finalement en commun. » P5, FG1

« L'exercice coordonné, c'est vraiment pouvoir discuter de ces patients-là et de pouvoir vraiment prendre des décisions tous ensemble. » P7, FG2

« C'est mettre de la cohérence en fait dans le parcours de soins du patient. » P8, FG2

« C'est vraiment pouvoir échanger avec les autres professionnels qui, euh, qui suivent également mes patients [...] des échanges qui sont quand même bien facilités. » P12, FG3

D'ailleurs, plusieurs participants soulignent aussi l'importance de ces échanges pour mieux connaître les compétences de chaque profession et mutualiser les ressources, y compris financières :

« Ça m'a permis de, déjà, d'apprendre plus précisément euh, en quoi consistaient les autres professions. » P2, FG1

« On a pu encore une fois faire du lien avec les autres professions. » P3, FG1

« Il y a aussi une coordination, une mutualisation des moyens et notamment des moyens financiers. » P14, FG3

Dans ce cadre, l'exercice coordonné permettrait également de mieux faire connaître les compétences des orthophonistes auprès des autres professionnels de santé, renforçant ainsi leur place dans les parcours de soins :

« Faire connaître notre profession et sensibiliser les autres professionnels en fait. » P3, FG1

« J'ai pas mal, euh, parlé avec les médecins sur tous les champs de compétences qu'on avait, euh, en tant qu'orthophoniste et qu'ils ne connaissaient pas [...] et du coup ils m'ont posé beaucoup de questions. » P2, FG1

« C'est pouvoir faire mieux connaître notre profession parce qu'on se rend compte que les médecins, ils ont vraiment une vue un peu tronquée de ce qu'on peut faire. » P10, FG3

Par ailleurs, l'exercice coordonné renforcerait la prévention auprès des patients et des professionnels de santé. Il permettrait donc aux orthophonistes de contribuer activement à des initiatives de santé publique.

« Ça permet de faire aussi pas mal de, d'actions prévention et de missions de santé publique. » P5, FG1

« Je pense aussi qu'on a des missions de prévention, d'organisation d'actions de prévention. » P10, FG3

« Ça déploie des choses géniales au niveau de la prévention, de l'information soit patient, soit tout-venant, soit professionnel. » P13, FG3

En outre, l'exercice coordonné optimiserait le parcours de soins en facilitant la collaboration entre les professionnels de santé et l'orientation rapide vers des services spécialisés.

« Le parcours coordonné permet d'aller beaucoup plus vite vers, euh, par exemple le neurologue, vers des services spécialisés... » P14, FG3

Ainsi, selon les orthophonistes de notre enquête, l'exercice coordonné apparaît comme un levier pour améliorer la qualité des soins, renforcer la collaboration interprofessionnelle, promouvoir la prévention et optimiser l'orientation vers des services spécialisés.

1.3. Place de l'orthophoniste

Les opinions des orthophonistes concernant leur place au sein des projets de santé en exercice coordonné varient. Certains estiment avoir facilement trouvé leur place :

« On a notre place. » P5, FG1

« J'ai trouvé ma place et j'ai réussi à mettre en place des choses où l'orthophoniste a sa place. » P9, FG2

« J'ai l'impression qu'on est quand même bien reconnus en tant que professionnels, les orthophonistes. » P13, FG3

D'autres soulignent a contrario que la reconnaissance de leur rôle reste insuffisante :

« C'est difficile de trouver la place de l'orthophonie. » P6, FG2

« Je ne trouve pas trop ma place dans les projets de soins. » P7, FG2

« Ça n'a pas été facile et ça ne l'est toujours pas. » P8, FG2

L'intégration des orthophonistes serait freinée par plusieurs obstacles, notamment la méconnaissance de leurs compétences spécifiques :

« L'image des orthophonistes est faible en termes d'étendue de savoir-faire. » P6, FG2

« Que ce soit pour les médecins ou les autres paramédicaux, on leur dit qu'on travaille dans tel domaine et ils nous regardent avec des grands yeux... » P9, FG2

« Ils ne savaient pas que les orthophonistes faisaient ça. » P2, FG1

La nature des relations avec les autres professionnels de santé, en particulier les médecins, influencerait également le ressenti des orthophonistes quant à leur place. Les jeunes médecins, reconnus comme plus ouverts à la collaboration interprofessionnelle, faciliteraient les échanges :

« Où je suis, ce sont des médecins qui sont jeunes, dynamiques, qui ont envie de partager. Vraiment, qui nous prennent pas de haut, qui nous prennent comme des égaux. » P1, FG1

« Le truc de suprématie, tout ça, je pense que c'est des vieux médecins. » P13, FG3

« Plus ils sont diplômés récemment et plus ils, un, ont une formation plus récente, deux, continuent à vouloir se former, et donc oui on peut arriver quand même à un peu plus pouvoir échanger. » P7, FG2

« Ils [jeunes médecins] sont venus voir ce que c'est qu'une journée de consultations d'un orthophoniste et, clairement, c'est avec eux qu'on travaille le mieux. Parce que les trois plus anciens, bien qu'ils ne soient pas très anciens pour autant, pour le coup, ils n'ont jamais fait cet effort... » P8, FG2

Dans le même sens, l'investissement personnel et collectif des professionnels jouerait un rôle clé dans le ressenti des orthophonistes sur leur place :

« C'est suivant aussi la motivation de chaque professionnel, quoi, l'investissement dans ces projets divers. » P4, FG1

« En fonction des personnalités, il y en a qui sont faits pour travailler ensemble et d'autres non. » P2, FG1

« Ça dépend un peu de la personnalité, il y a des médecins qui sont un peu plus, enfin qui laissent plus la place à l'avis de tout le monde, tout ça, que d'autres... » P7, FG2

« Je pense qu'il y a une grosse différence entre, effectivement, le bâtiment qui est créé et on va chercher les professionnels pour remplir le bâtiment, et une équipe qui a envie de travailler ensemble. » P5, FG1

« Ça dépend un peu de, de qui on a en face de nous, mais je pense que ça dépend aussi des orthophonistes, ça dépend aussi de notre caractère à nous et de notre volonté ou non. » P12, FG3

Un autre point soulevé par les participants est le manque de temps pour la coordination formelle entre les professionnels de l'organisation coordonnée :

« Je pense que les médecins sont comme les orthophonistes et les autres professionnels, ils sont débordés, il y a trop de demandes de soins. Je n'ai pas l'impression que ce soit que vers l'orthophoniste quand il y a un problème de coordination. » P13, FG3

« Je pense que ça peut aussi être une contrainte de se dire ohlala, faut encore faire la CPTS, faut monter une maison de santé, faut faire ci, faut faire ça, et puis, euh, et du coup, moi je pense que ça, ça peut être un réel frein. » P14, FG3

« Je trouve qu'on n'a même pas assez de temps, euh, pour pouvoir échanger vraiment sur tous les patients qu'on voudrait [...] après, on se parle aussi dans le couloir ou pendant le temps de la pause déjeuner... » P1, FG1

« Moi, j'ai quand même beaucoup de réunions qui concernent la SISA [(Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires)], en tout cas des réunions un peu administratives, un peu, un peu la réunion en fait, au bout d'un moment perso, enfin, j'adore les réunions, euh, pluripro, mais les réunions qui concernent la SISA... » P7, FG2

Un autre frein à l'intégration des orthophonistes serait la valorisation des missions médico-centrées par les instances de santé. De nombreux participants soulignent que les projets et actions sont principalement orientés vers des domaines médicaux, laissant peu de place aux interventions spécifiquement orthophoniques :

« *C'est quand même très médico-centré.* » P9, FG2

« *En ortho, malheureusement, on ne rentre pas dans beaucoup de cases.* » P7, FG2

« *Il n'y a pas fortement de place pour, euh, les sujets trop orthophoniques.* » P2, FG1

« *C'est quand même très médico-centré et, ou sinon, c'est médecins et infirmiers.* » P8, FG2

En parallèle, l'absence d'orthophonistes au sein des instances décisionnelles limiterait leur influence sur les politiques de santé :

« *Parce que, quand les orateurs parlaient des paramédicaux, je trouve que les orthophonistes n'étaient pas très représentés.* » P9, FG2

« *Sur toutes les conférences, ateliers qui étaient proposés, il y avait zéro représentation d'ortho.* » P14, FG3

« *Je rebondis aussi sur la composition du CA et l'importance qu'il y ait des paramédicaux.* » P10, FG3

Deux autres thèmes émergent dans les échanges : le manque d'accompagnement dans la mise en place des projets et les problèmes financiers liés à l'exercice coordonné.

Plusieurs orthophonistes déplorent un manque d'information sur les démarches à suivre, notamment en ce qui concerne les aspects juridiques et administratifs des projets de santé :

« *Ils ont pas du tout été accompagnés dans cette mise en place de la SISA, des projets de santé, etc., et du coup on ne sait pas ce qu'on peut faire, ce qu'on ne peut pas faire, euh, en termes de légalité.* » P2, FG1

« *C'est le manque de formation, euh, de qu'est-ce qui est légal, qu'est-ce qu'il faut faire, comment être dans les clous, où trouver les infos des projets, enfin des lois de santé, des choses un peu plus générales.* » P14, FG3

Cependant, d'autres participants mentionnent des formations favorisant leur intégration :

« *On nous partage beaucoup de formations au même titre que les médecins.* » P4, FG1

« *Après, par les CPTS, on peut bénéficier de formations.* » P10, FG3

« *J'ai fait la formation PACTE, donc c'est un diplôme d'établissement en deux ans, pour justement apprendre un peu le fonctionnement de la coordination.* » P8, FG2

« *J'ai démarré une formation de porteur de projet encouragé justement par la Fédération.* » P9, FG2

Les inégalités financières, notamment concernant la rémunération des réunions de coordination, sont un point de mécontentement pour les orthophonistes, soulevant la question de la reconnaissance de leur place et de leur travail malgré une réelle implication :

« *Les réunions ne nous sont pas rémunérées.* » P2, FG1

« *Nous, les médecins sont plus rémunérés que tous les autres pour les temps de réunion, mais on fait la même, hein.* » P4, FG1

« *Notre travail est moins valorisé et on a moins de poids, alors que, en fait, on est des moteurs.* » P9, FG2

Toutefois, certains participants soulignent des pratiques locales ou des solutions permettant une meilleure intégration, y compris sur la gestion de la rémunération :

« *Les médecins voulaient, par exemple, rémunérer, se rémunérer un peu plus que nous pour les mêmes réunions. Tout le monde a dit non en fait, ça va pas. Donc en fait, on a fait le chemin in-*

verse, c'est-à-dire qu'on est tous rémunérés à la hauteur de quatre consultations de médecin sur une heure. » P5, FG1

« Nous, on a décidé qu'on se partageait tout. » P8, FG2

« Moi, tout est rémunéré, même un appel qui dure une demi-heure. » P4, FG1

2. Résultats issus du questionnaire

2.1. Profil des participants

Dans notre échantillon (n = 339), 98,53% des répondants sont des femmes (n = 334) et 1,47% des hommes (n = 5). L'âge moyen des répondants est de 40;7 ans, bien que cette estimation soit basée sur des âges médians car les tranches d'âge proposées dans le questionnaire représentent des intervalles plutôt que des valeurs précises (cf. Annexe A10).

Parmi eux, 1,77% (n = 6) appartient à une ESP, 0,88% (n = 3) à un CDS, 43,36% (n = 147) exercent dans une MSP(U) et 78,17% (n = 265) adhèrent à une CPTS. Parmi ces derniers adhérents, 54,57% (n = 185) ont un exercice libéral isolé. Leur expérience varie considérablement ; la majorité (50,74%, n = 172) a moins de 14 ans d'exercice clinique et une large proportion (81,71%, n = 277) exerce en modalité coordonnée depuis moins de 5 ans.

Notre échantillon couvre une grande partie du territoire national, bien que certaines régions ne soient pas représentées (Guyane, Mayotte, Guadeloupe, Martinique et Corse). La région des Hauts-de-France est la plus représentée, avec 24,48% (n = 83) des répondants.

En janvier 2023, la population totale des orthophonistes en France était de 24 600, dont 23 928 femmes (97,27%) et 672 hommes (2,73%), avec une moyenne d'âge de 40;4 ans, selon la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). Notre échantillon est donc en adéquation avec ces données ; le déséquilibre en genre est similaire à celui observé dans la population générale des orthophonistes de France.

2.2. Exercice coordonné

Comme indiqué sur la Figure 4, une majorité des répondants (58,70%, n = 199) estime que l'exercice coordonné améliore la coordination des professionnels au sein d'un territoire, notamment grâce à des échanges facilités avec les autres paramédicaux (66,67%, n = 226) et les médecins généralistes (55,16%, n = 187). Ainsi, plus de la moitié des répondants (52,80%, n = 179) perçoit ce mode d'exercice comme une vitrine pour la profession et le champ de compétences des orthophonistes. Malgré ça, 41,89% (n = 142) estiment que l'accès aux soins orthophoniques n'est pas amélioré.

Par ailleurs, de nombreux orthophonistes (71,98%, n = 244) considèrent que l'exercice coordonné valorise la prévention et les missions de santé publique, notamment dans les projets pluriprofessionnels.

Concernant le suivi global des patients, 42,77% des répondants (n = 145) voient un impact positif de la collégialité des décisions. Une plus petite proportion de l'échantillon (41,59%, n = 141) affirme que la collaboration est améliorée grâce à une mutualisation des moyens, notamment financiers.

Peu de participants (30,68%, n = 104) jugent que l'exercice coordonné améliore leurs conditions de travail, et 33,63% des répondants (n = 114) soulignent sa dimension chronophage.

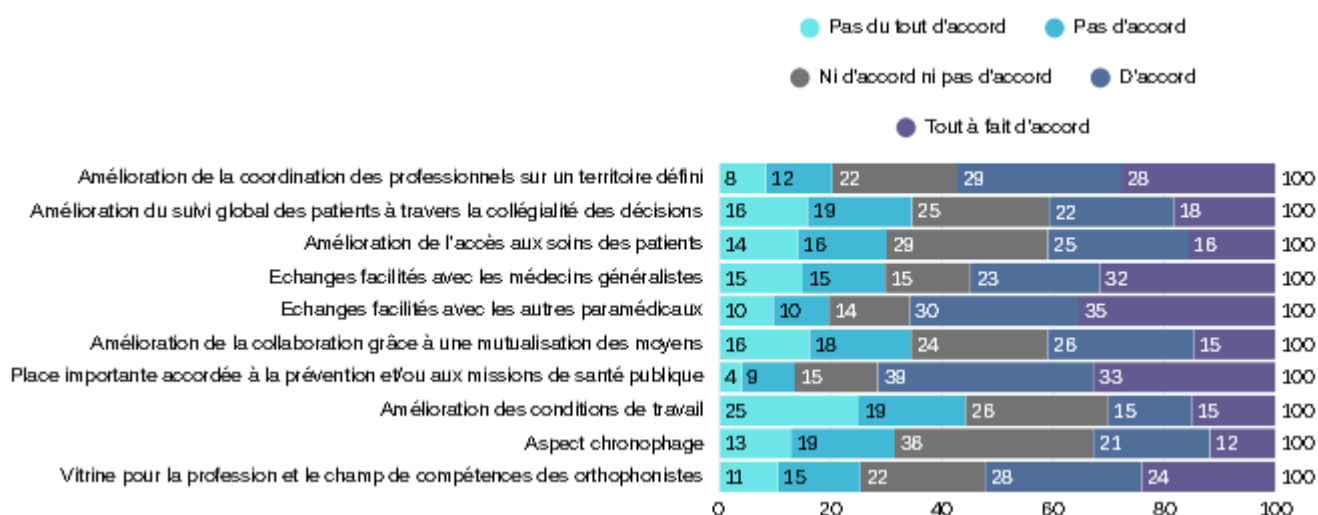


Figure 4. Répartition (en % arrondi à l'unité) de la perception de l'exercice coordonné (n = 339).

La majorité des répondants a intégré une structure d'exercice coordonné sans avoir reçu d'informations à ce sujet en formation universitaire ; seuls 4,42% des répondants (n = 15) ont indiqué en avoir reçu, principalement grâce à des unités d'enseignement dispensées en cinquième et dernière année d'études en orthophonie.

70,21% des participants (n = 238) estiment qu'une formation interprofessionnelle, visant à renforcer les liens entre les professions médicales et/ou paramédicales, serait pertinente. Parmi les répondants favorables à cette idée, 92,86% (n = 221) jugent cette formation appropriée en formation continue, et 81,09% (n = 193) la considèrent utile en formation initiale. Diverses thématiques pourraient y être abordées (cf. Figure 5), notamment une sensibilisation au champ de compétences des orthophonistes, pertinente d'après 100% des répondants (n = 238).

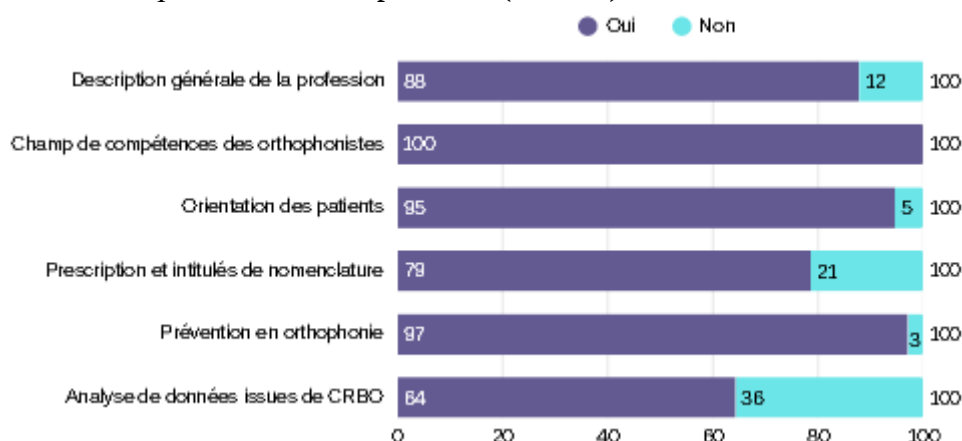


Figure 5. Répartition (en % arrondi à l'unité) de la pertinence d'éventuels thèmes pour formation interprofessionnelle (n = 238).

2.3. Place de l'orthophoniste

Pour rappel, parmi les répondants, 6 font partie d'une ESP, 3 d'un CDS, 147 d'une MSP(U) et 265 d'une CPTS. Parmi les 147 en MSP, 19,05% (n = 28) sont gérants ou co-gérants et 3,40% (n = 5) sont coordinateurs. Dans les CPTS, dix orthophonistes (3,77%) occupent la fonction de président ou vice-président. En outre, 22,12% (n = 75) sont membres du conseil d'administration de leur structure.

Concernant leur intégration, moins de la moitié (48,38%, n = 164) estime avoir facilement trouvé leur place. Néanmoins, plus de la moitié (57,52%, n = 195) affirme que leur singularité professionnelle est reconnue et 56,34% (n = 191) affirment qu'ils sont systématiquement sollicités pour les projets où l'orthophonie a du sens. De plus, 55,75% (n = 189) estiment pouvoir participer activement aux prises de décision et être écoutés. La circulation de l'information au sein des équipes est perçue positivement par 48,08% des répondants (n = 163).

Par ailleurs, 59,59% des répondants (n = 202) souhaitent faire évoluer leur place en encourageant activement des initiatives liées à l'orthophonie. Cependant, seulement 52,80% (n = 179) se sentent soutenus pour mettre en œuvre leurs idées. Leur participation serait entravée par des facteurs temporels (cf. Figure 6).

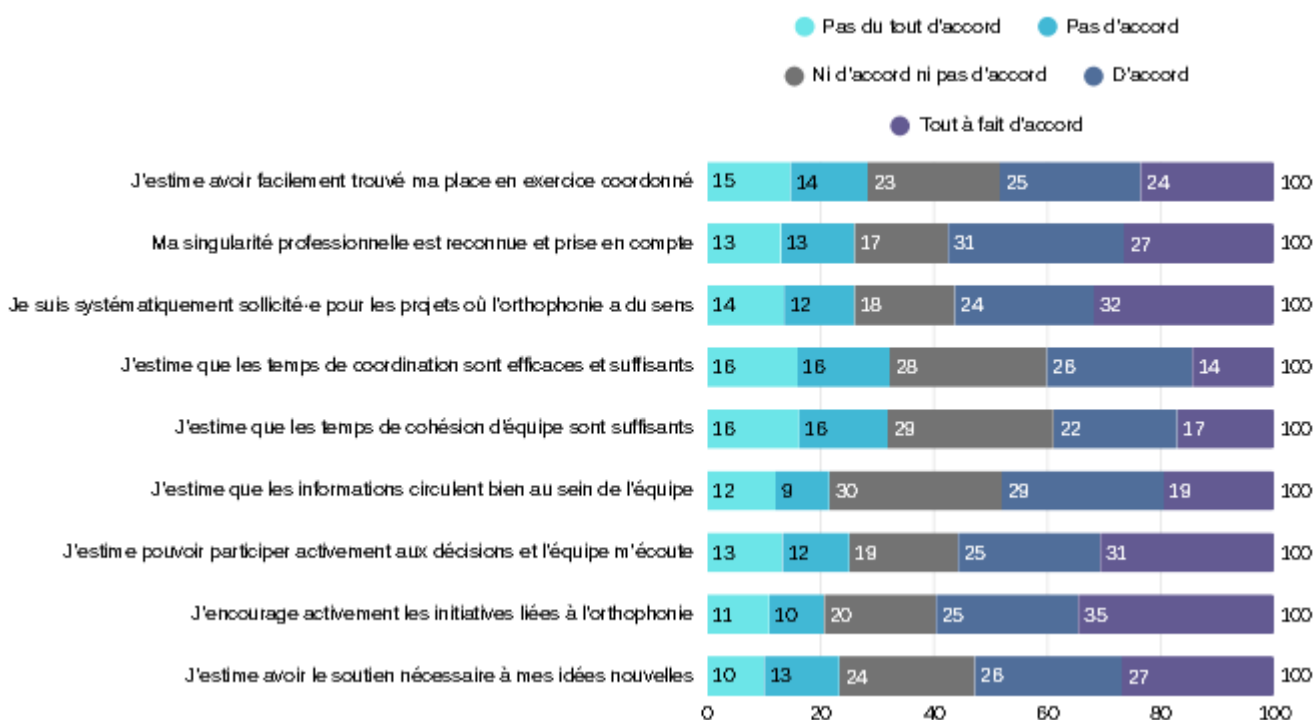


Figure 6. Répartition (en % arrondi à l'unité) du ressenti de la place des orthophonistes (n = 339).

Concernant la place des orthophonistes au sein des projets de santé, 15,04% des répondants (n = 51) déclarent ne pas avoir connaissance de ces derniers. Ces orthophonistes appartiennent aussi bien à des CDS et MSP(U) qu'à des CPTS.

Parmi ceux qui connaissent le projet (84,96%, n = 288), le ressenti quant à leur place est variable (cf. Figure 7).

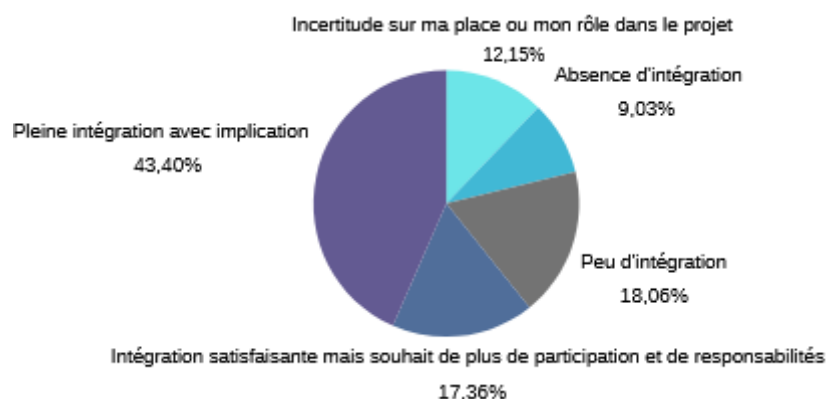


Figure 7. Répartition (en % arrondi au centième) du ressenti de la place des orthophonistes (n = 288).

L'implication concrète des orthophonistes dans les diverses missions des projets est représentée sur la Figure 8.

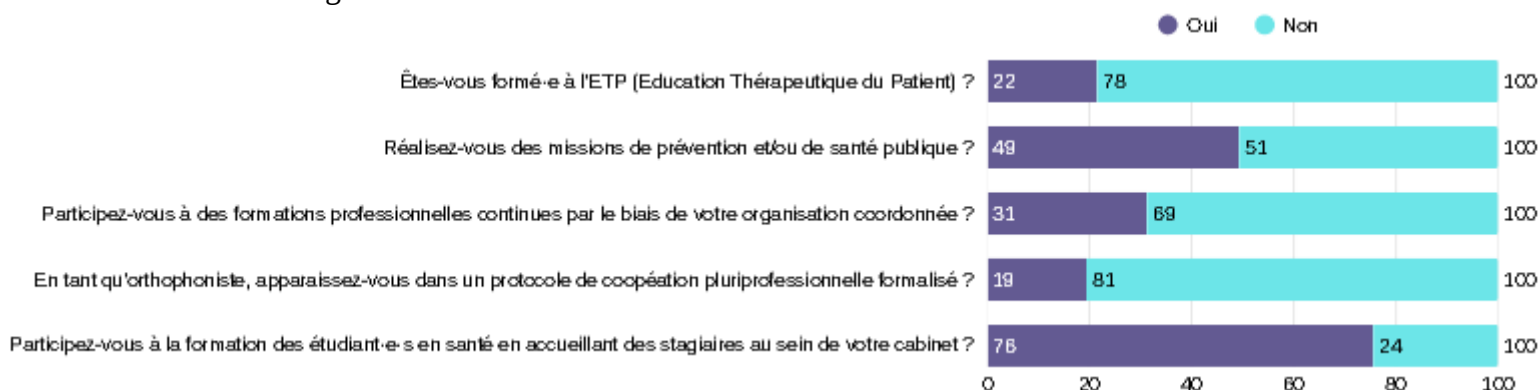


Figure 8. Part (en % arrondi à l'unité) d'implication dans les missions des projets de santé (n = 339).

Dans notre échantillon, seulement 21,53% des orthophonistes (n = 73) sont formés à l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP), et parmi eux, environ la moitié (49,32%, n = 36) la pratique dans le cadre de l'exercice coordonné en occupant différents postes (cf. Figure 9).

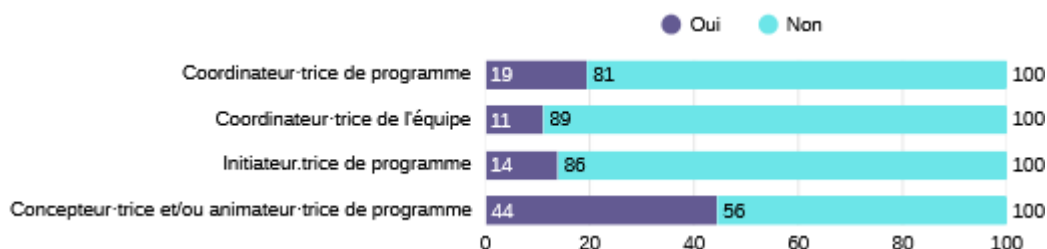


Figure 9. Répartition des orthophonistes (en % arrondi à l'unité) pratiquant l'ETP (n = 36).

Moins de la moitié des orthophonistes (49,26%, n = 167) réalise des missions de prévention et/ou de santé publique, en occupant différents postes (cf. Figure 10).

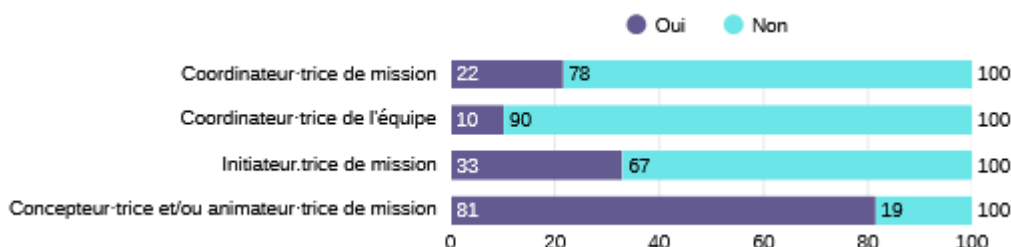


Figure 10. Répartition des orthophonistes (en % arrondi à l'unité) réalisant des missions de prévention et/ou de santé publique (n = 167).

Parmi les 66 orthophonistes (19,47%) apparaissant dans des protocoles de coopération pluriprofessionnelle formalisés, 21,21% (n = 14) sont professionnels délégants et une plus grande partie, professionnels délégués (46,97%, n = 31). De plus, 45,45% (n = 30) sont à l'initiative d'au moins un protocole (cf. Figure 11).

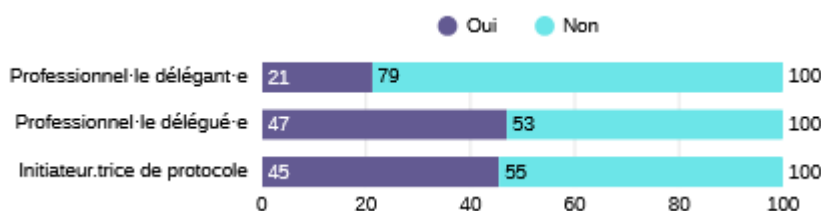


Figure 11. Répartition des orthophonistes (en % arrondi à l'unité) apparaissant dans des protocoles de coopération pluriprofessionnelle formalisés (n = 66).

Seuls 31,27% des orthophonistes (n = 106) ont participé à des formations professionnelles continues par le biais de l'exercice coordonné (en lien avec le champ de compétences des orthophonistes, premiers secours, ETP, utilisation du DMP (Dossier Médical Partagé), perturbateurs endocriniens, violences intrafamiliales).

En revanche, l'accent est mis sur la formation initiale des étudiants puisque 75,52% (n = 256) ont accueilli des stagiaires, principalement des étudiants en orthophonie (98,05%, n = 251), suivi par des étudiants en formation médicale (22,66%, n = 58) et en formation paramédicale autre (12,11%, n = 31).

Concernant les moyens de communication au sein des équipes, les réunions de concertation pluriprofessionnelle, les courriels sécurisés et les systèmes d'information partagés informatisés sont les plus utilisés (cf. Figure 12). Les régions suivantes ont, par ailleurs, déployé des e-parcours régionaux : Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

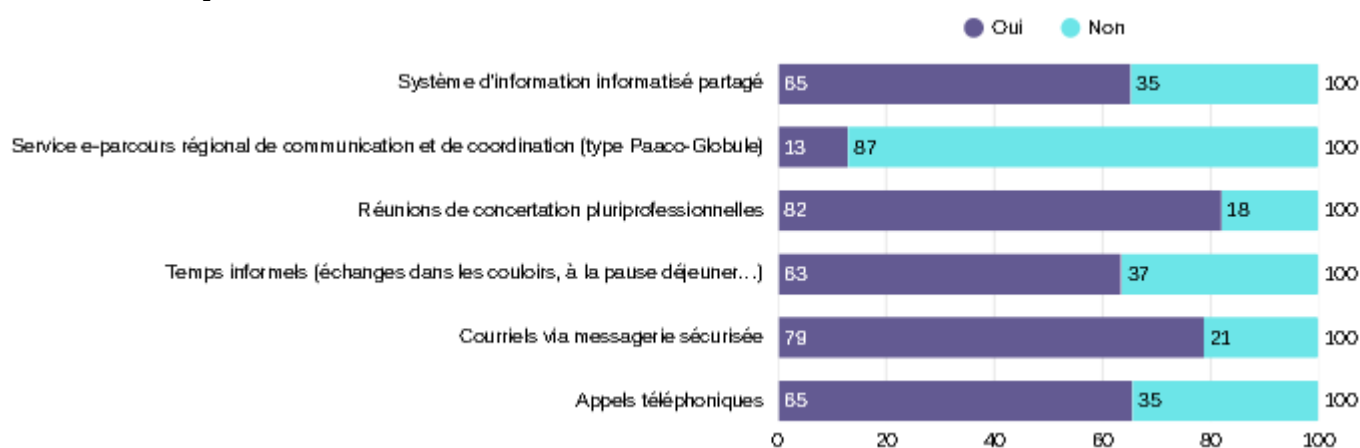


Figure 12. Répartition (en % arrondi à l'unité) de l'utilisation des moyens de communication (n = 339).

Comme le montre le Figure 13, les résultats de l'échelle de Likert révèlent une diversité d'opinions concernant les obstacles à l'intégration des orthophonistes dans les projets de santé en exercice coordonné.

Une majorité de l'échantillon (57,82%, n = 196) estime que la méconnaissance des compétences spécifiques des orthophonistes constitue un obstacle majeur. De même, 56,64% (n = 192) pointent la valorisation des missions médico-centrées par les instances de santé comme un frein. Un autre obstacle pour 55,46% des répondants (n = 188) réside dans l'absence d'orthophonistes au sein des administrations et instances décisionnelles, ce qui complique la promotion des missions de l'orthophonie et freine l'évolution de la profession.

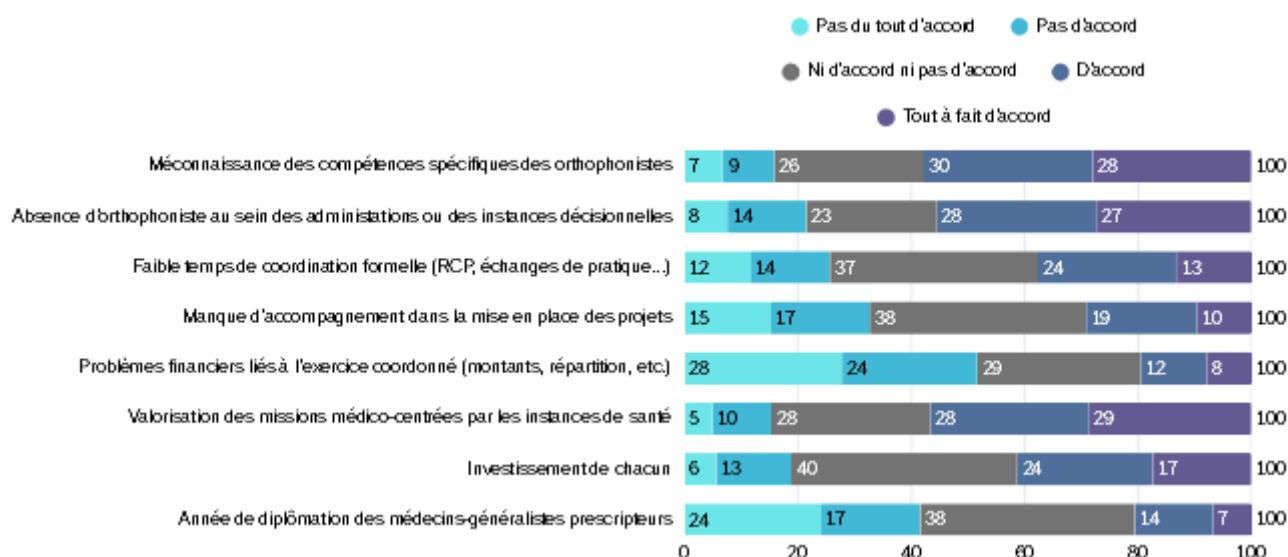


Figure 13. Répartition des freins perçus (en % arrondi à l'unité) à l'intégration des orthophonistes dans les projets de santé (n = 339).

Les leviers pour l'intégration des orthophonistes font l'objet d'un consensus plus marqué. Pour toutes les propositions, les orthophonistes se montrent généralement « d'accord » plutôt que « pas d'accord », ce qui souligne l'efficacité perçue de ces solutions. La sensibilisation au champ de compétences des orthophonistes est la solution la plus soutenue, avec 82,60% des répondants (n = 280) mais d'autres leviers pourraient également renforcer l'intégration des orthophonistes au sein des projets de santé (cf. Figure 14).

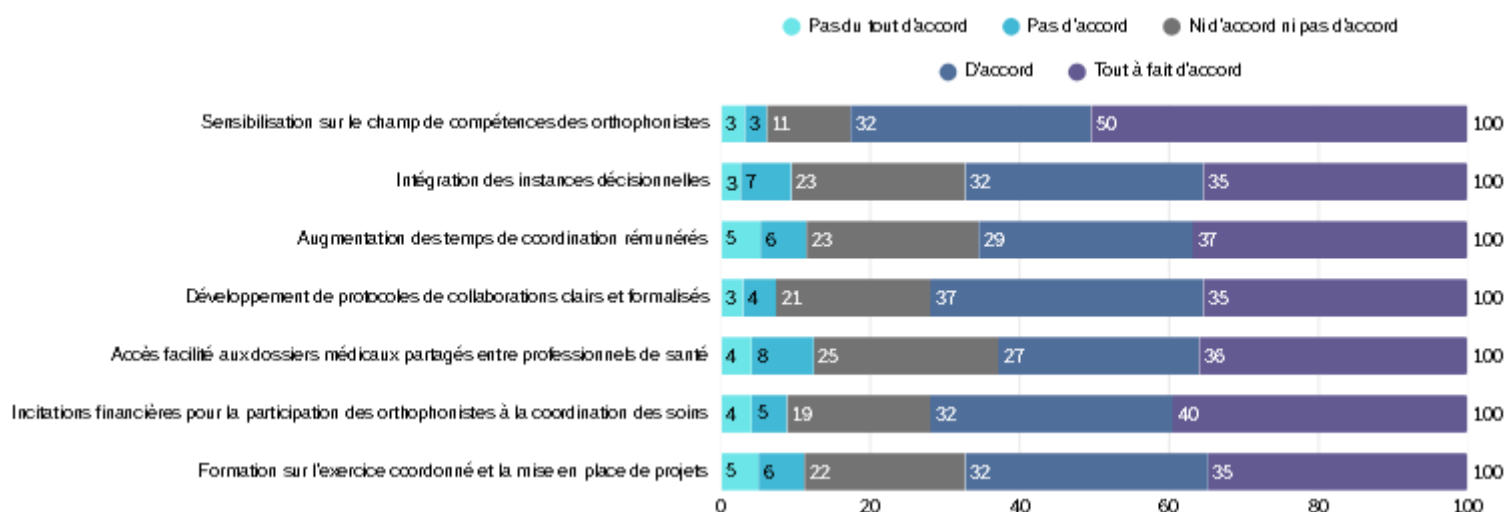


Figure 14. Répartition des leviers perçus (en % arrondi à l'unité) à l'intégration des orthophonistes dans les projets de santé (n = 339).

Discussion

Cette partie a pour objectif la mise en relation des données issues de la littérature avec nos résultats. Nous envisagerons également des perspectives avant d'évoquer les limites de notre étude.

1. De l'ambition politique aux réalités de terrain

1.1. La coordination des soins dans « Ma Santé 2022 : un engagement collectif » : entre idéal collectif et vision politique

Le plan « Ma Santé 2022 : un engagement collectif » met en priorité la création d'un collectif de soins au service des patients, centré sur les soins dits « de proximité ». Ce terme, choisi plutôt que « soins primaires » ou « premier recours » comme dans la plupart des réformes précédentes, marque un changement important dans l'organisation du système de santé (Moyal & Fournier, 2022). Le plan vise à promouvoir l'exercice coordonné entre professionnels de ville et à rendre l'exercice isolé exceptionnel. Cependant, bien que la « coordination » soit au cœur des réformes, l'usage du terme est flou et varie dans les textes réglementaires et les supports de communication, ce qui complique la compréhension des enjeux par les professionnels et l'évaluation des dispositifs de coordination (Buttard et al, 2023). Dans notre enquête, après la question A4 « Avez-vous un exercice coordonné ? » avec des liens cliquables vers les articles de loi pertinents (L1411-11-1 du CSP pour les ESP, L6323-1 du CSP pour les CDS, L6323-3 du CSP pour les MSP(U), L1434-12 du CSP pour les CPTS), 103 participants ont quitté le questionnaire, pensant probablement être en exercice coordonné, mais ne l'étant pas selon la loi. Ainsi, alors que les réformes visent une meilleure organisation, elles entraînent paradoxalement un ralentissement de l'engagement des soignants car ils peinent à saisir le sens des réformes et à identifier leur contribution dans le système.

Selon Donabedian (1980 ; cité par Sebai, 2016), médecin fondateur de l'étude sur la qualité des soins de santé, la coordination des soins vise à garantir la cohérence des éléments et des relations tout au long des séquences de soins, pour améliorer les résultats. Buttard et al. (2023) distinguent trois dimensions de la coordination : logistique (partage des ressources et des informations), opératoire (coordination des actions entre professionnels) et collective (prise de décisions et travail en équipe). Les structures d'exercice coordonné poursuivent ainsi un double objectif : améliorer la qualité des soins et maintenir une offre de santé suffisante sur les territoires tout en bonifiant les conditions d'exercice pour les professionnels (Sebai & Yatim, 2017). Ce positionnement est également défendu par les ARS qui affirment que l'exercice coordonné consiste à faire mieux ensemble pour le bien des patients, tout en facilitant l'exercice de sa profession. Pourtant, seulement un tiers de notre échantillon (30,68%, n = 104) constate une amélioration des conditions de travail.

1.2. Entre ambitions nationales et contraintes locales : une coordination sous tension

L'écart entre les exigences politiques et la réalité démontre non seulement le manque de clarté dans la communication des réformes mais aussi les difficultés de leur mise en œuvre.

Le projet de santé élaboré par les professionnels de santé, pierre angulaire de l'exercice coordonné, découle d'une réflexion commune pour améliorer leur travail et la qualité des soins. Il définit notamment la coordination interne (entre professionnels de santé d'une même structure) et externe (entre structures de soins, acteurs sociaux et médico-sociaux) nécessaire pour répondre aux besoins territoriaux. Il incarne la vision stratégique de l'équipe et doit être approuvé et signé par tous (L6323-3 du CSP, 2021). Toutefois, il apparaît que certains orthophonistes de notre échantillon (15,04%, n = 51) ignorent le projet de santé auquel ils sont censés participer. Parmi ces derniers,

une large proportion (86,27%, n = 44) adhère à une CPTS, les autres exercent en MSP ou CDS. Alors que le projet de santé est un document évolutif indispensable pour clarifier les rôles et ainsi faciliter la communication avec l'ensemble des acteurs du territoire, nous constatons, là encore, que 12,15% de nos répondants (n = 35) sont incertains de leur rôle au sein des projets.

Quand le projet est connu et que l'orthophoniste y contribue, les missions telles que l'ETP, les missions de prévention et/ou de santé publique, la dynamique de formation des étudiants, la formation professionnelle continue et les protocoles de coopération pluriprofessionnelle impliquent malheureusement peu d'orthophonistes. A l'exception de l'accueil des stagiaires (75,52%, n = 256), moins de la moitié (49,26%, n = 167) participe à des missions de prévention et/ou de santé publique et moins d'un tiers participe aux autres missions.

L'absence d'adhésion aux lois et projets de santé contribue à maintenir un système de soins fragmenté, où certains acteurs, comme les orthophonistes, peinent à trouver leur place. Cela limite l'efficacité des réformes et freine leur pleine intégration dans les dynamiques de coordination. A ce jour, l'exercice coordonné reste minoritaire, au regard du nombre encore restreint de professionnels impliqués dans ces structures (Piroux & Ramond-Roquin, 2025).

1.3. Des réponses politiques multiples pour structurer les soins coordonnés

Malgré les lacunes dans la clarté et l'application des réformes mises en avant ici, les dispositifs de soins coordonnés se multiplient, exacerbant les problématiques précédemment soulevées (Buttard et al, 2023). Le foisonnement des dispositifs au service des soins de proximité, alimenté par des réformes successives, complique leur articulation et leur pérennisation (Moyal & Fournier, 2022). Ces dix dernières années, la France a connu dix ministres de la Santé, chacun lançant des expérimentations pour améliorer le système, s'ajoutant les unes aux autres ou remplaçant les précédentes après une brève existence. De nouveaux dispositifs comme les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) et les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) cherchent même à coordonner la coordination.

Cette multiplication, poussée par une pression constante pour atteindre des objectifs chiffrés (Moyal & Fournier, 2022), semble plus répondre à des urgences politiques qu'à une volonté de réforme durable. Un exemple est l'introduction des Équipes de Soins Coordinées Autour du Patient (ESCAP), en expérimentation depuis mars 2025 sur l'ensemble du territoire national et présentées par la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) en janvier 2025. Bien que décrites comme plus souples et accessibles, ces équipes échouent à respecter un principe fondamental de l'exercice coordonné énoncé précédemment : le projet de santé.

Finalement, au lieu de simplifier l'organisation des soins de proximité, ces initiatives risquent de renforcer la fragmentation du système en creusant l'écart entre les intentions législatives, leur mise en œuvre concrète et l'expérience vécue par les professionnels, notamment les orthophonistes.

2. La place des orthophonistes dans l'exercice coordonné

2.1. L'émergence d'une compétence collective au sein des équipes pluriprofessionnelles

L'interaction au sein d'une équipe pluridisciplinaire est essentielle pour l'exercice coordonné. L'intelligence collective qui en émerge repose sur les compétences individuelles mais va au-delà de leur simple addition (Penaleva, 2004 ; cité par Gréselle-Zäibet, 2007) ; selon Mack (2004 ; cité par

Gréselle-Zaïbet, 2007), consultant en stratégie et spécialiste de la création de valeur globale, elle génère une valeur supérieure à la somme des contributions de chacun. Maximin et Eymard (2008) distinguent la compétence du collectif, qui varie entre collaboration et coordination des pratiques, et la compétence collective qui désigne la capacité à coopérer pour construire des représentations communes et produire des apprentissages partagés. Ainsi, les équipes agissent selon trois modalités : collaboration, coordination et coopération. Comme le montre le Tableau 2, la collaboration interprofessionnelle est le fondement de la compétence du collectif ; elle est donc indispensable aux organisations de soins coordonnés. D'Amour (1999 ; cité par Aiguier, 2020), infirmière Professeure à la Faculté des Sciences infirmières de l'Université de Montréal, la définit comme les interactions permettant aux professionnels de partager leurs connaissances, expertises et expériences, pour le bien des patients. Cela nécessite une définition claire des rôles de chacun et une reconnaissance des compétences (San Martin-Rodriguez, 2005). Ainsi, pour s'intégrer dans une équipe de soins coordonnés, l'orthophoniste doit non seulement participer activement aux dynamiques collaboratives mais aussi clarifier et faire connaître son rôle et ses compétences spécifiques. Son engagement dans l'exercice coordonné renforce à la fois l'intelligence collective de l'équipe et sa légitimité au sein de l'équipe.

Tableau 2. Synthèse des éléments de la compétence du collectif et de la compétence collective (Bé-langer, 2010, p.18).

SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS DE LA COMPÉTENCE DU COLLECTIF ET DE LA COMPÉTENCE COLLECTIVE		
	COMPÉTENCE DU COLLECTIF	COMPÉTENCE COLLECTIVE
Modalités*	Collaboration <i>S'associer, contribuer à une action</i>	Coordination <i>Agencer, synchroniser les actions</i>
Éléments	• Se donner des objectifs communs • Partager des ressources et des responsabilités • Assurer la coordination, le suivi et la régulation des actions • Insérer des périodes de mise en commun d'analyse et de réflexion	Coopération <i>Travailler de concert, conjointement</i> • Construire une représentation commune des problèmes qui sont rencontrés • Partager un code et un langage communs • Développer un savoir-coopérer • Savoir apprendre de l'expérience

2.2. Pluridisciplinarité et leadership partagé : vers une collaboration équilibrée

Depuis le milieu des années 2000, les réformes en santé remettent en question les modèles hiérarchiques traditionnels (Bourgeois, 2019). En France, l'organisation des soins primaires repose majoritairement sur un modèle libéral, peu enclin à la concertation ; la conscience d'enjeux communs et d'une responsabilité partagée dans un esprit d'équipe n'est pas spontanée (Piroux & Ramond-Roquin, 2025). L'exercice coordonné constitue un véritable choc culturel, nécessitant une transition vers une pratique collective pluriprofessionnelle (Fournier et al, 2014). En plus de collaborer avec des partenaires divers, les professionnels doivent désormais accepter le regard d'autres professionnels, de se coordonner et de s'ajuster, de gérer une population territoriale.

Cette modalité d'exercice exige un investissement supplémentaire des professionnels, en plus de leur activité de soins (Schweyer, 2016). Pour organiser et faire vivre une équipe de soins, les professionnels de santé doivent être capables d'animer une dynamique de groupe, de gérer des projets, de concevoir et de piloter des actions de santé publique, d'utiliser les systèmes d'information, d'organiser des relations de partenariat, en plus de la gestion administrative, juridique et comptable de leur structure. Ces compétences managériales appliquées à la santé

engendrent une dimension chronophage soulignée par plus d'un tiers des répondants à notre enquête (33,63%, n = 114). Par ailleurs, dans les équipes de soins constituées de professionnels libéraux, la question du leadership est à la fois centrale et sensible ; centrale car elle est une condition indispensable de la mobilisation des professionnels et sensible car elle souvent confondue avec la notion de responsable hiérarchique et, par conséquent, rejetée (Bataillon, 2018). Des tensions peuvent apparaître entre logique professionnelle (leadership médical dominant) et logique pluriprofessionnelle (leadership partagé) d'une part, ainsi qu'entre des objectifs de coopération, de travail interprofessionnel et interdisciplinaire et des juridictions professionnelles fortes d'autre part (Fournier, 2015 ; cité par Sebai & Yatim, 2017). D'autant que nos résultats laissent supposer que le rôle de leader est rarement convoité par les orthophonistes, laissant émerger une vision médico-centrée lorsque les médecins dominent ces positions (Schweyer, 2019). Un leadership adapté est essentiel pour la performance et le bien-être de l'équipe (Manser, 2009) ; par exemple, le leadership collaboratif favorise la collaboration et renforce la motivation et la confiance, et le leadership démocratique valorise l'intelligence collective (Goleman, 2011). Selon les acteurs, la gouvernance est influencée par des logiques d'action différentes détaillées dans le Tableau 3.

Tableau 3. Les formes d'agir stratégique (Beaucourt & Roux, 2015, p.351).

Formes d'agir stratégique	Logique réglementaire	Logique de proximité	Logique d'efficacité	Logiques d'intérêts	Logiques de projet collectif
Exemple	Répondre à l'évolution des politiques de santé (ex. : assurer la continuité des soins)	Améliorer la prise en charge du patient par une coordination des actions sur le territoire	Rationaliser l'offre de service et promouvoir la logique de parcours	Concilier vie au travail et hors travail des professionnels de santé	Engager les acteurs à produire ensemble dans l'action à partir d'un projet de santé

En découle un fonctionnement collégial, atomisé ou conflictuel selon le degré d'autonomie des membres de l'équipe (cf. Tableau 4).

Tableau 4. Variation en extension et en intensité de la coordination des pratiques (Bélanger d'après Perrenoud, 1993, p.19).

VARIATION EN EXTENSION ET EN INTENSITÉ DE LA COORDINATION DES PRATIQUES (Perrenoud, 1993)		
	Faible extension	Forte extension
Faible intensité	Les membres de l'équipe se mettent d'accord sur <i>peu d'aspects</i> de leurs pratiques et laissent à chacun une <i>large autonomie</i> dans l'interprétation et la réalisation.	Les membres de l'équipe se mettent d'accord sur de <i>nombreux aspects</i> de leurs pratiques, mais laissent à chacun une <i>large autonomie</i> dans l'interprétation et la réalisation.
Forte intensité	Les membres de l'équipe se mettent d'accord sur <i>peu d'aspects</i> de leurs pratiques, mais ne laissent à chacun, dans ces domaines, qu'une <i>faible autonomie</i> dans l'interprétation et la réalisation.	Les membres de l'équipe se mettent d'accord sur de <i>nombreux aspects</i> de leurs pratiques et ne laissent à chacun qu'une <i>faible autonomie</i> dans l'interprétation et la réalisation.

Bien que les autorités sanitaires reconnaissent le rôle central du médecin généraliste dans le système de soins (Gay, 2013) et que la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) de 2009 le désigne comme coordinateur des soins de premier recours, l'orthophoniste peut prendre le rôle de leader en occupant des postes tels que coordinateur, gérant ou co-gérant de MSP ou encore, président ou vice-président de CPTS.

2.3. Facteurs systémiques, organisationnels, interpersonnels et personnels qui façonnent la place de l'orthophoniste

Selon notre étude, la place des orthophonistes dans les soins coordonnés est influencée par différents facteurs, confirmant les observations de la littérature.

Sur le plan systémique, un système social non hiérarchisé, où toutes les disciplines sont valorisées, favorise leur intégration contrairement à un modèle en silo (San Martin-Rodriguez et al, 2005). Cependant, des obstacles persistent, notamment les relations hiérarchiques entre médecins et autres professionnels de santé (Olson, 2015). Ainsi, 66,67% des répondants (n = 226) estiment que les échanges avec les autres paramédicaux sont facilités, mais une proportion plus faible (55,16%, n = 187) considère que les échanges avec les médecins le sont. Cette tendance peut s'expliquer par ce que West (2000 ; cité par Lombrail, 2014), Professeure de sociologie à l'Open University au Royaume-Uni, qualifie d'homophilie, qui conduirait les orthophonistes à entrer plus facilement en relation avec leurs semblables, donc les membres des professions paramédicales, plutôt qu'à interpellier ceux des professions médicales.

Bien que le périmètre d'activité des orthophonistes puisse être élargi grâce à des protocoles de coopération pluriprofessionnelle formalisés, 46,97% des orthophonistes impliqués (n = 31) le sont en tant que professionnels délégués, ce qui renforce la centralité des médecins généralistes et la position subalterne des orthophonistes.

Aussi, une majorité d'orthophonistes (56,64%, n = 192) estime que la valorisation des missions médico-centrées par les instances de santé est un frein à leur intégration. D'ailleurs, la réglementation centrée sur le médecin traitant ne favorise pas la dynamique d'équipe. La notion d'« équipe traitante » permettrait de renforcer les liens, les protocoles et d'assurer à chaque patient une réelle coordination entre membres de l'équipe (De Haas, 2023).

Au niveau organisationnel, des systèmes de communication et d'information efficaces facilitent la collaboration (Lemieux-Charles & McGuire, 2006) or plus d'un tiers de notre échantillon (34,81%, n = 118) ne dispose pas de système d'information partagé permettant d'obtenir des données cliniques et administratives au moment voulu. Les professionnels échangent le plus souvent par d'autres moyens : de manière informelle (61,36%, n = 181) ou lors de réunions de concertation pluriprofessionnelle (81,02%, n = 239) alors que ces temps de coordination formelle sont jugés insuffisants par 38,98% des répondants (n = 115). D'ailleurs, les ressources en temps et en espace sont pourtant essentielles pour Lemieux-Charles et McGuire (2006).

Le manque de formation et d'accompagnement, perçu comme un frein par 29,10% des répondants (n = 99), limite également la mise en place de projets selon ces mêmes auteurs. D'autres facteurs influençant la collaboration incluraient des procédures claires, une organisation des tâches et la reconnaissance des résultats du groupe (Lemieux-Charles et McGuire, 2006).

Au niveau interpersonnel, de nombreux auteurs (Henneman et al, 1995 ; Petri, 2010 ; San Martin-Rodriguez et al, 2005 ; Xyrichis & Ream, 2008) s'accordent à dire que la connaissance des rôles et responsabilités des autres est indispensable. En ce sens, 57,82% des orthophonistes (n = 196) signalent que la méconnaissance de leurs compétences spécifiques est un frein à leur intégration. Le manque de formation des médecins généralistes dans les domaines principaux de l'orthophonie pose notamment problème (Breux & Chrétien-Bataille, 2012) ; les orthophonistes de notre échantillon estiment qu'une formation serait pertinente sur plusieurs points (description générale de la profession, champ de compétences des orthophonistes, orientation des patients, prescription et intitulés de nomenclature, prévention en orthophonie, analyse de données issues de

comptes-rendus de bilan orthophonique). Plusieurs auteurs (Lemieux-Charles & McGuire, 2006 ; Xyrichis & Ream, 2008) mentionnent la complémentarité des expertises, la stabilité du groupe et la clarté des objectifs comme facteurs importants pour la collaboration. Bien que 12,15% de nos répondants (n = 35) soient incertains de leur rôle dans les projets de santé, nous remarquons positivement que 57,52% des répondants (n = 195) reconnaissent que leur singularité professionnelle est prise en compte. La collégialité (Henneman et al, 1995) influence également la collaboration et il s'avère que plus de la moitié des orthophonistes (55,75%, n = 189) estime pouvoir participer activement aux décisions en exercice coordonné.

D'autres éléments impactant la collaboration interprofessionnelle incluraient la confiance (Henneman et al, 1995), le respect et le soutien mutuel (Petri, 2010), l'interdépendance et la composition de l'équipe (Lemieux-Charles & McGuire, 2006).

Enfin, au niveau personnel, l'engagement des individus dans une pratique collaborative, le partage de valeurs communes et leur présence active sont cruciaux (San Martin-Rodriguez et al, 2005). Un continuum se dessine entre professionnels bâtisseurs et ceux consommateurs de la pluriprofessionnalité construite et animée par les autres, entraînant des manières contrastées de faire équipe. Sans cette maturité collaborative, les regroupements risquent de rester structurels (Huard & Schaller, 2014 ; cités par Sebai & Yatim, 2017). En effet, 41,30% des orthophonistes (n = 140) estiment que l'investissement de chacun influence la place de chaque membre dans l'équipe. L'orthophoniste doit donc être à l'impulsion de la place qu'il veut prendre ; d'ailleurs, 59,59% d'entre eux (n = 202) signalent encourager activement les initiatives liées à l'orthophonie.

La formation académique, les expériences passées, la confiance en soi et les habiletés personnelles influenceraient également la collaboration (Henneman et al, 1995).

3. Perspectives : implications théoriques et pratiques

3.1. Comprendre la coordination pour mieux y contribuer

Ce travail souligne l'importance de la collaboration au sein des structures d'exercice coordonné pour combiner les compétences et répondre aux objectifs de soins territoriaux. L'enjeu majeur réside dans la création d'un collectif de santé pluriprofessionnel, autrement dit d'une équipe soudée partageant des objectifs communs (Hassenteufel et al, 2020). Bien que l'idée de dépasser les cloisonnements entre professionnels et secteurs soit désormais partagée, la lente acculturation à ce mode d'exercice peut s'expliquer par la formation des professionnels de santé, encore centrée sur des pratiques hiérarchiques et biomédicales, peu ouverte aux pratiques pluriprofessionnelles et à la prévention (Moyal & Fournier, 2022). Il est désormais nécessaire de réformer les formations pour encourager la synergie, la cohérence et une approche globale de la prise en soins (Amé & Le Faou, 2024), en passant d'une logique de professionnalisation à une logique de collaboration. L'Université devrait former des professionnels axés sur la qualité des soins plutôt que des savants dont la culture est celle de l'acte et non celle d'une responsabilité populationnelle (De Haas, 2023). Bien que 92,86% de notre échantillon (n = 221) jugent la formation interprofessionnelle pertinente en tant que formation continue, 81,09% des orthophonistes (n = 193) ont raison d'estimer que le travail pluridisciplinaire devrait débiter dès la formation initiale car « la coordination ne s'invente pas le lendemain du diplôme » (Chapron et al, 2021 ; cité par Amé & Le Faou, 2024, p.38).

Une implication pratique consisterait à promouvoir des formations interprofessionnelles pour rencontrer les autres professionnels de santé, déconstruire les représentations et travailler dans une

logique de collaboration interprofessionnelle. La stratégie nationale de santé établie en 2013 recommande de repenser la formation pour inclure des valeurs humanistes et le travail en équipe, avec des connaissances communes pour tous les futurs professionnels de santé. Des initiatives comme le séminaire interprofessionnel à l'Université de Lille et la licence pluriprofessionnelle Sciences pour la santé à l'Université de Rennes marquent une avancée en luttant contre le cloisonnement des études du système sanitaire. Ces formations permettent de mieux comprendre les rôles et compétences de chacun, de faciliter le travail en équipe, de connaître les parcours des patients chroniques et de développer des projets de santé pluriprofessionnels communs, tout en soulignant que la collaboration nécessite des ressources humaines, du temps et des efforts pour gérer les conflits, la créativité et la prise de rôle (Careau, 2013).

3.2. Faire reconnaître son rôle pour renforcer sa légitimité professionnelle

L'orthophonie, bien que marquée par une grande autonomie, a vu son principe de profession « prescrite » modifié, notamment grâce aux organisations coordonnées.

L'espace clinique devient ainsi un système d'actions partagé, où des professionnels autonomes et spécialisés doivent articuler leurs pratiques (Contandriopoulos, 2008). L'article de loi L4341-1 stipulait que les orthophonistes ne pouvaient pratiquer que sur prescription médicale mais désormais, l'avenant 20 à la Convention nationale des orthophonistes permet l'accès direct aux orthophonistes exerçant dans certaines structures d'exercice coordonné, conformément aux dispositions de la Loi Rist du 19 mai 2023 portant sur l'amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé. Bien que suscitant des débats, il est à noter que cette forte autonomie ne supprime pas la nécessité de coordination avec les médecins et les autres professionnels de santé (Assemblée Nationale, 2025).

Marquée par l'introduction de nouvelles techniques de rééducation et un élargissement notable de son champ d'intervention, l'orthophonie reste méconnue des autres professionnels de santé, y compris des médecins-prescripteurs. Face à l'obstacle principal de notre étude, à savoir la méconnaissance du champ de compétences des orthophonistes, il serait pertinent de créer de nouveaux supports ergonomiques pour favoriser l'intégration des orthophonistes au sein des projets de santé. Ces derniers pourraient inclure des informations sur le décret de compétences du 02 mai 2002, la définition de la profession issue du Code de la Santé Publique, les différents bilans orthophoniques existants ainsi que leur libellé exact pour les médecins-prescripteurs, une liste exhaustive des actes orthophoniques par domaine, avec le nombre de séances et la durée des séances selon le coefficient de l'acte de la Nomenclature Générales des Actes Professionnels (NGAP). Trois brochures informatives destinées aux professionnels travaillant avec les orthophonistes avaient été repérées par Boisnault (2018) mais ne sont plus disponibles : « Orthophonie, nouvelles modalités de prescription, aide-mémoire » par la FNO, ainsi que « A tous les âges, l'orthophonie » et « Le médecin et l'orthophoniste, du bon usage de la prescription » par AMELI.

3.3. Trouver sa place pour exister pleinement dans les structures d'exercice coordonné

Un des intérêts de notre étude était de rendre compte des pratiques orthophoniques dans le cadre de l'exercice coordonné.

De nombreux acronymes liés à la coordination (ESP, CDS, MSP(U), CPTS, ESCAP...) ont émergé ces dernières années, créant de la confusion parmi les professionnels de santé. Ces débats terminologiques reflètent toutefois l'ancrage progressif des équipes de soins coordonnés sur les territoires (De Haas, 2023). Or, il est difficile de s'y engager pleinement sans comprendre les finalités de ces multiples structures. Pour y remédier, et parce que les orthophonistes ont leur place au sein de celles-ci, la FNO a créé une page internet dédiée à l'exercice coordonné, présentant sa diversité, le rôle de l'orthophoniste, les moyens de participation et l'accès direct. Un MOOC (Massive Open Online Course) « Exercice coordonné » est également en cours de programmation chez AVECSanté pour offrir une formation à distance et mieux s'approprier ce langage des sigles.

Dans ces organisations récentes, les orthophonistes doivent créer leur place ; comme énoncé, leur implication et leur engagement sont déterminants. Il est indispensable de s'impliquer activement dans les projets de santé, d'autant que 20,65% de notre échantillon (n = 70) se déclarent peu ou pas actifs dans la prise d'initiatives liées à l'orthophonie. Cela suppose de pouvoir répondre à la question du « pourquoi ? » en un mot, et « pour quoi ? » en deux mots (Bataillon, 2018).

Représentant environ 3% des professionnels de santé français (DREES, 2023), les orthophonistes manquent de poids dans un système encore dominé par la médecine. Il est donc important qu'ils se regroupent et qu'ils occupent des postes décisionnels. En effet, 55,46% des répondants (n = 188) jugent la présence des orthophonistes trop faible dans les instances décisionnelles, tout comme leur statut de leader dans les organisations de soins coordonnés. Différents postes sont accessibles en fonction des appétences : président, vice-président, coordinateur, gérant, co-gérant, membre du conseil d'administration, du bureau, trésorier, secrétaire, etc. Des formations telles que le programme PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe) développé par l'EHESP (Ecole des Hautes Études en Santé Publique) en partenariat avec la HAS, les ARS, la FFMPs (Fédération Française des Maisons et des Pôles de Santé) et les URPS ainsi que le Diplôme Universitaire de coordinateur de santé ou la formation à la communication d'AVECSanté sont disponibles et ouvertes aux orthophonistes ; à travers ces programmes, les orthophonistes peuvent développer des compétences en termes de travail collaboratif, d'accompagnement au changement, de démarche qualité et de santé publique.

En s'engageant dans ces fonctions, les orthophonistes acquièrent une légitimité nouvelle, tant auprès des autorités sanitaires, qui les reconnaissent comme interlocuteurs de référence, qu'auprès de leurs pairs qui les identifient comme des acteurs moteurs de l'exercice coordonné.

4. Limites de notre étude

4.1. A propos des contraintes méthodologiques

Nous avons initialement envisagé une approche comparative entre orthophonistes et médecins généralistes prescripteurs mais la sur-sollicitation des médecins, notamment en raison des thèses de médecine, a empêché un recrutement suffisant, rendant impossible la constitution d'entretiens collectifs représentatifs de la population. Seulement trois médecins s'étaient portés volontaires.

Concernant les orthophonistes, bien que des efforts aient été faits pour couvrir l'ensemble du territoire, certains départements ne sont pas représentés. Par ailleurs, les praticiens n'ayant pas accès aux réseaux sociaux n'ont pas pu participer et la diffusion des enquêtes via des groupes régionaux a introduit un biais de sélection.

De plus, le recrutement non-aléatoire des participants limite la généralisation des résultats car ces derniers étaient volontaires, ce qui peut induire un biais d'auto-sélection (Parizot, 2012). Effectivement, les individus qui répondent de leur plein gré à une étude se sentent concernés par le sujet, soit parce qu'ils adhèrent au sujet, soit parce qu'ils ne sont, au contraire, pas du tout en accord avec ce dernier.

Enfin, l'absence de triangulation des données et l'interprétation par un seul chercheur augmentent le risque d'interprétations subjectives.

4.2. A propos de l'enquête qualitative par entretiens collectifs

L'organisation et l'animation des entretiens collectifs ont constitué une première expérience, avec plusieurs imperfections évidentes.

D'une part, les entretiens ont été animés par une chercheuse novice et sans observateur, contrairement à la recommandation de Gros (2022) qui préconise la présence de deux personnes expérimentées.

D'autre part, l'analyse des entretiens a été réalisée par une transcription manuelle suivie d'une organisation thématique des données mais le codage manuel présente un risque d'objectivité limitée par rapport à des logiciels comme NVIVO® ou Tropes® suggérés par Joyeux et Borel (2022), que nous n'avons pas utilisés faute de formation.

En outre, les données collectées ne sont pas généralisables à d'autres groupes. Un biais de dynamique de groupe peut apparaître, certaines personnalités dominant les débats et influençant les réponses des autres peuvent conduire à une contagion des idées (Gros, 2022). Un biais de déclaration par crainte du jugement social est également possible, bien que la modératrice ait interrogé individuellement chaque participant pour enrichir les échanges.

Enfin, la sur-sollicitation des orthophonistes et leur manque de temps ont empêché un sur-recrutement d'environ 30%, pourtant recommandé par Touboul (2013) pour assurer un nombre minimum de participants. Toutefois, le nombre minimum de quatre orthophonistes par session a été respecté pour assurer une dynamique de groupe, bien que le nombre idéal soit de six à huit (Touboul, 2013). De plus, cette étude n'a pas été réalisée dans un but d'extrapolation des résultats ; l'objectif était d'obtenir un large éventail d'opinions et en aucun cas de les quantifier (Moreau et al, 2004).

4.3. A propos de l'enquête quantitative par questionnaire

La conception du questionnaire et l'utilisation de la plateforme LimeSurvey® constituent également des premières expériences critiquables.

Dans un premier temps, la longueur du questionnaire pourrait expliquer certaines réponses partielles, exclues de l'analyse finale.

Ensuite, notre subjectivité a pu influencer les résultats, notamment dans le choix des termes des questions fermées et le regroupement des réponses ouvertes ou « autres » par mots-clés. Par ailleurs, bien que les questions fermées permettent une collecte rapide et une analyse simplifiée (Maisonneuve & Fournier, 2012), elles peuvent engendrer de la frustration (Vilatte, 2007) et contraindre certains participants à répondre de manière peu nuancée, alors que des questions ouvertes auraient permis plus de précision.

En tant qu'étude transversale, le questionnaire présente une limitation temporelle, les données ayant été collectées à un instant donné sans suivi longitudinal. Certains répondants ont indiqué que

leurs perceptions pourraient évoluer avec le temps et l'expérience de leur structure de soins coordonnés, ce qui limite la portée des conclusions.

Enfin, la significativité des résultats est basée sur la population totale des orthophonistes français. L'absence de données précises sur la proportion d'orthophonistes en exercice coordonné parmi les 24600 orthophonistes en France (DREES, 2023) empêche d'affiner les résultats pour cette sous-population. Cependant, les orthophonistes en exercice coordonné étant moins nombreux que la population générale, nous pouvons certifier que notre échantillon ($n = 339$) est significatif avec un niveau de confiance conforme au standard habituel de 95%. Le calcul de l'intervalle de confiance pour une proportion estimée à 50% donne un écart de $\pm 5,33 \%$.

Conclusion

Cette étude a permis de dresser un état des lieux des pratiques orthophoniques en exercice coordonné (ESP, CDS, MSP(U), CPTS) et de connaître la place de l'orthophoniste à travers trois entretiens collectifs exploratoires et un auto-questionnaire électronique.

Au terme de ce travail, il apparaît que l'intégration de l'orthophoniste au sein des projets de santé en exercice coordonné s'inscrit dans une dynamique réelle mais encore fragile et inachevée. Si la volonté de travailler ensemble est bien présente et que diverses initiatives montrent la richesse du pluriprofessionnel, le modèle organisationnel reste largement à construire pour permettre une véritable pratique de soins coordonnés et centrés sur les besoins des patients.

Nos observations mettent en évidence un écart important entre le modèle organisationnel promu par les textes et la réalité du terrain. En effet, les deux objectifs majeurs que sont la coordination et la collaboration demeurent insuffisamment atteints.

Les pratiques innovantes favorisant le travail pluridisciplinaire sont encore peu développées, ce qui limite la place de l'orthophoniste dans les projets de santé. Au-delà des outils disponibles (réunions pluriprofessionnelles, protocoles de coopération, système d'information partagé, etc.), c'est une véritable culture du travail collaboratif qu'il convient de développer. Celle-ci est mise à l'épreuve par des logiques professionnelles parfois divergentes, des priorités personnelles mouvantes ou encore des problématiques matérielles et financières qui pèsent sur le quotidien des orthophonistes. Des tensions peuvent émerger autour de la répartition des ressources (humaines, informationnelles, financières, logistiques ou pédagogiques) et/ou du manque de reconnaissance de leur rôle.

Pourtant, plusieurs facteurs favorables émergent : l'engagement des professionnels de santé, la volonté de porter collectivement un projet de soins adapté au territoire et le désir de construire une identité d'équipe reposant sur la solidarité, le respect mutuel et le plaisir de travailler ensemble. Ces dynamiques, bien qu'encore minoritaires, montrent que le changement est possible lorsqu'il est initié par et pour les professionnels.

L'exercice isolé n'est plus adapté aux enjeux actuels de santé publique. Comme le souligne De Haas (2023), une transformation profonde du système de soins est en cours mais elle reste longue et inégale. Le soutien politique, au-delà des discours, est indispensable pour accélérer cette transition ; il en va de la responsabilité des institutions de créer les conditions propices à l'émergence de modèles coopératifs durables et équitables. En outre, l'orthophoniste a un véritable rôle à jouer dans cette transformation, notamment en occupant des postes à responsabilité. Encore faut-il que son expertise soit pleinement reconnue, son implication facilitée et que les formations initiales en santé continuent d'évoluer pour mieux préparer à l'exercice en équipe.

Bibliographie

Articles et ouvrages

Aiguier, G. (2020). Chapitre 42. Travailler en équipe dans une perspective de collaboration inter-professionnelle. Dans Le-Berre, R. (dir.), *Manuel de soins palliatifs : Clinique, psychologie, éthique* (pp. 910-918). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.cent.2020.01.0910>

Amé, P., & Faou, Y. L. (2024). L'interprofessionnalité dans les formations en santé, ou comment décroiser les savoirs. *Éducation Permanente*, 241(4), pp. 35-43. <https://doi.org/10.3917/edpe.241.0035>

Bataillon, R. (2018). Chapitre 2. Les soins primaires. Dans Louazel, M., Mourier, A., Ollivier, E. et Ollivier, R. (dir.), *Le management en santé : Gestion et conduite des organisations de santé*. (pp. 39-56). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.louaz.2018.01.0039>.

Beaucourt, C., & Roux, L. (2015). Les formes d'agir dans la gouvernance des maisons de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 33(6), pp. 347-358. <https://doi.org/10.3917/jgem.156.0347>

Bélanger, D.-C. (2010) De la compétence collective dans les équipes éducatives au collégial. *Pédagogie collégiale*, 23(2), pp. 17-23.

Bioy, A. (2021). Chapitre 2. La méthodologie mixte. Dans Bioy, A., Castillo, M.-C. & Koenig, M. (dir.), *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (pp. 35-50). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.casti.2021.01.0035>

Boisnault, M. (2018). *Connaissances des médecins généralistes sur la prescription de l'orthophonie* [Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste, Université de Nice].

Bourgeois, I. (2019). Accompagner la structuration de la production de soins de premier recours ou participer à l'invention de l'action organisée en médecine de ville. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 1(1), pp. 54-71. <https://doi.org/10.3917/jges.191.0054>

Bréchon, P., Abrial, S., Bozonnet, J.-P., Gonthier, F., Louvel, S., Tournier, V., & Presses universitaires de Grenoble. (2011). *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*. Presses universitaires de Grenoble.

Breux, M. (2012). *Le média Internet est-il un support pertinent pour mettre à disposition des informations relatives à l'orthophonie pour les médecins généralistes ? : Sous quelles conditions?* [Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste, Université de Toulouse].

Buttard, A., Lapayre, N., Peyron, C., & Rymeyko, K. (2023). Chapitre 16. Quelles pratiques de coordination pour accompagner la mutation des soins de ville ? Dans Renaud, A., Bernard, Y., Bonache, A., Burkhardt-Bourgeois, K., et Vignal, J. (dir.), *Mutations sociétales et organisations : des repères théoriques et pratiques pour préparer les organisations au monde qui advient* (pp. 247-260). EMS Éditions. <https://doi.org/10.3917/ems.renau.2023.01.0236>.

- Careau, E. (2013). *Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux: proposition d'une grille d'observation des rencontres d'équipe interdisciplinaires*. [Thèse de doctorat, Université de Laval].
- Combessie, J.-C. (2007). *La méthode en sociologie* (5e édition). La Découverte.
- Contandriopoulos, A.-P. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé publique (Vandoeuvre-lès-Nancy, France)*, 20(2), pp. 191-199. <https://doi.org/10.3917/spub.082.0191>
- Courie-Lemur, A. (2025). L'intelligence collective pour renforcer la résilience du système de santé. *Gestion et management public*, 13(1), pp. 9-29. <https://doi.org/10.3917/gmp.131.0009>
- Cret, B., & Guilhot, N. (2022). Chapitre 9. L'exercice de soins coordonné ou l'impossible suspension de la concurrence : l'exemple des Maisons de santé pluriprofessionnelles. Dans Gorge, H. (dir.), *Santé, consommation et marchés* (pp. 180-202). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.gorge.2022.01.0180>
- De Haas, P. (2023). Place actuelle et à venir des maisons de santé pluriprofessionnelles, des centres de santé et des CPTS dans la construction d'un service de médecine de proximité. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 17(6), pp. 499-503. <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2023.08.003>
- De Singly, F. (2020). *Le questionnaire* (5e édition). Armand Colin.
- Dumas, M., Douguet, F., & Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ?. *Revue interdisciplinaire management, homme & entreprise*, 20(1), pp. 45-67. <https://doi.org/10.3917/rimhe.020.0045>
- Falcoff, H. (2022). Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : Des missions de santé publique essentielles, mais des obstacles à leur mise en œuvre. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 16(3), pp. 243-248. <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2022.02.002>
- Fenneteau, H. (2015). *Enquête : entretien et questionnaire* (3e édition). 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), pp. 72-91. <https://doi.org/10.3917/jges.191.0072>
- Fournier, C., Frattini, M.-O., & Naiditch, M. (2014). Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. *Questions d'économie de la santé*, (200), pp. 1-8.
- Fugier, P. (2010). Les approches compréhensives et cliniques des entretiens sociologiques. *¿ Interrogations ?*, (11), pp. 1-6.
- Gay, B. (2013). Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61(3), pp. 193-198. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.01.095>

- Gélinas Proulx, A., & Dionne, É. (2010). [Rev. of Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *Série « L'enquête et ses méthodes » : L'entretien (2e éd. refondue)*. Paris : Armand Colin]. *Mesure et évaluation en éducation*, 33(2), pp. 127-131. <https://doi.org/10.7202/1024898ar>
- Goleman, D. (2011). *Leadership : The power of emotional intelligence*. More Than Sound LLC.
- Grenier, C. (2006). Apprentissage de la coordination entre acteurs professionnels : le cas d'un réseau de santé. *Gérer et Comprendre*, (83), pp. 25-35.
- Gréselle-Zaïbet, O. (2007). Vers l'intelligence collective des équipes de travail : une étude de cas. *Revue management & avenir*, 14(4), pp. 41-59. <https://doi.org/10.3917/mav.014.0041>
- Gros, A. (2022). Chapitre 14. Conception d'enquêtes et de questionnaires. Dans Borel, S., Gatignol, P., Gros, A., & Tran, T. M. (dir.), *Manuel de recherche en orthophonie* (pp. 98-103). De Boeck Supérieur.
- Gros, A. (2022). Chapitre 16. Les focus groups. Dans Borel, S., Gatignol, P., Gros, A., & Tran, T. M. (dir.), *Manuel de recherche en orthophonie* (pp. 109-112). De Boeck Supérieur.
- Hassenteufel, P., Naiditch, M., & Schweyer, F.-X. (2020). Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. Avant-propos. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), pp. 11-31. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0011>
- Henneman, E. A., Lee, J. L., & Cohen, J. I. (1995). Collaboration : A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), pp. 103-109. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21010103.x>
- Joyeux, N. & Borel, S. (2022). Chapitre 13. La recherche qualitative. Dans Borel, S., Gatignol, P., Gros, A., & Tran, T. M. (dir.), *Manuel de recherche en orthophonie* (pp. 88-97). De Boeck Supérieur.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). *Focus groups : A practical guide for applied research* (4e édition). SAGE.
- Lallemant, C., Koenig, V., Gronier, G., & Martin, R. (2015). Création et validation d'une version française du questionnaire AttrakDiff pour l'évaluation de l'expérience utilisateur des systèmes interactifs. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 65(5), pp. 239-252. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2015.08.002>
- Laouenan, S. (2023). *L'exercice orthophonique en structures d'exercice coordonné : quels intérêts pour la pratique professionnelle ?* [Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste, Université de Lille].
- Lemieux-Charles, L., & McGuire, W. L. (2006). What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 63(3), pp. 263-300. <https://doi.org/10.1177/1077558706287003>
- Lessi, J. (2023). Les structures de coordination des soins primaires en France. *Les Tribunes de la santé*, 78(4), pp. 65-74. <https://doi.org/10.3917/seve1.078.0065>
- Lombrail, P. (2014). Les maisons de santé pluri-professionnelles : penser localement, agir globalement ? *Sciences sociales et santé*, 32(2), pp. 97-108. <https://doi.org/10.1684/ss.2014.0206>

- Maisonneuve, H., & Fournier, J.-P. (2012). Construire une enquête et un questionnaire. *E-respect*, 1(2), pp. 15-21.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare : a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), pp. 143-151. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>
- Marty, L. (2021). Chapitre 12. Le focus group. Dans Bioy, A., Castillo, M.-C. & Koenig, M. (dir.), *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (pp. 197-213). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.casti.2021.01.0197>
- Maximin-Blanc, S., & Eymard-Simonian, C. (2008). De l'existence de compétence collectives ou de compétences du collectif au sein d'établissements scolaires du premier degré. *Spirale : journal of research in education*. <https://doi.org/10.3406/spira.2008.1687>
- Misra, V., Sedig, K., Dixon, D. R., & Sibbald, S. L. (2020). Donner la priorité à la coordination des soins de santé primaires. *Canadian Family Physician*, 66(6), pp. 165-170.
- Moreau, A., Dedienne, M.-C., & Letrilliart, L. (2004). Méthode de recherche : s'approprier la méthode du focus group. *La Revue du praticien - Médecine générale*, 18(645), pp. 382-384.
- Moyal, A. (2020). L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), pp. 103-123. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0103>
- Moyal, A., & Fournier, C. (2022). Après Ma santé 2022, encore de multiples défis à relever pour les soins primaires en France. *Les Tribunes de la santé*, 71(1), pp. 33-45. <https://doi.org/10.3917/seve1.071.0033>
- Nagels, M. (2022). Chapitre 4. Les méthodes mixtes, une perspective pragmatique en recherche. Dans Alberio, B., & Thievenaz, J. (dir.), *Enquêter dans les métiers de l'humain* (Vol. 2, pp. 396-411). Éditions Raison et Passions. <https://doi.org/10.3917/rp.alber.2022.01.0396>
- Olson, R. (2015). How would an egalitarian health care system operate ? Power and conflict in interprofessional education. *Medical Education*, 49(4), pp. 353-354. <https://doi.org/10.1111/medu.12686>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5e édition). Armand Colin.
- Parizot, I. (2012). Chapitre 5. L'enquête par questionnaire. Dans Paugam, S. (dir.), *L'enquête sociologique* (pp. 93-113). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2012.01.0093>
- Petri, L. (2010). Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Forum (Hillsdale)*, 45(2), pp. 73-82. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00167.x>
- Piroux, A., & Ramond-Roquin, A. (2025). Le système de santé français face à ses défis : la réponse des soins primaires. *Actualités pharmaceutiques*, 64(642), pp. 38-42. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2024.10.012>

- Samlak, N. (2020). L'approche qualitative et quantitative dans l'enquête du terrain : l'observation, l'entretien et le questionnaire. *Revue linguistique et référentiels interculturels*, 1(1), pp. 32-51. <https://doi.org/10.34874/IMIST.PRSM/liri-v1i1.21443>
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration : A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), pp. 132-147. <https://doi.org/10.1080/13561820500082677>
- Schweyer, F. X. (2016). Inventer et apprendre un nouveau métier ? Les médecins généralistes dans des maisons de santé. Dans Douguet, F., Fillaut, T., & Hontebeyrie, J. (dir.), *Intervenir en première ligne : les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité* (pp. 39-60). Éditions l'Harmattan.
- Schweyer, F. X. (2019). Les médecins avec l'État pour former à la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles: entre instrumentation et professionnalisation. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 37(1), pp. 33-53.
- Schweyer, F.-X., Vezinat, N., & Noûs, C. (2022). Penser la santé autrement: Le défi de l'intégration sociale. *Sociologies pratiques*, 45(2), pp. 1-7. <https://doi.org/10.3917/sopr.045.0001>
- Sebai, J. (2016). Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés. *Santé publique (Vandoeuvre-lès-Nancy, France)*, 28(2), pp. 223-234. <https://doi.org/10.3917/spub.162.0223>
- 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*, 164(4), pp. 887-902. <https://doi.org/10.3917/rfap.164.0887>
- Stingre, D. (2021). Chapitre 2. Service public et offre de santé territorialisée. Dans Stingre, D. (dir.), *Le service hospitalier* (pp. 29-56). Presses universitaires de France.
- Touboul, P. (2013). Recherche qualitative : La méthode des focus groupes. *Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale. Département de Santé publique*. CHU de Nice.
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2022). *Manuel de recherche en sciences sociales* (6e édition). Armand Colin.
- Vezinat, N. (2019). Chapitre 6. L'horizon d'un travail collégial dans les maisons de santé pluriprofessionnelles. Dans Dubet, F. (dir.), *Les mutations du travail* (pp. 117-134). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.dubet.2019.01.0117>
- Vilatte, J. C. (2007). Méthodologie de l'enquête par questionnaire [Fichier PDF]. *Formation « Evaluation »*, pp. 1-54.
- Xyrichis, A., & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), pp. 140-153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015>
- Xyrichis, A., & Ream, E. (2008). Teamwork : A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), pp. 232-241. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x>

Lois

Arrêté du 25 juillet 2023 portant approbation de l'avenant n° 20 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes libéraux et l'assurance maladie signée le 31 octobre 1996—Code de la santé publique—Légifrance. (2023). Consulté 31 mars 2024, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047978006>

Article L1411-11—Code de la santé publique—Légifrance. (2016). Consulté 31 mars 2024, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930722/2024-03-26

Article L1434-12—Code de la santé publique—Légifrance. (2023). Consulté 31 mars 2024, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000048691914/2024-03-26

Article L1434-12-2—Code de la santé publique—Légifrance. (2021). Consulté 31 mars 2024, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043497171

Article L4341-1—Code de la santé publique—Légifrance. (2023). Consulté 31 mars 2024, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043424051/2021-04-28

Article L6323-1-10—Code de la santé publique—Légifrance. (2018). Consulté 31 mars 2024, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036494905

Article L6323-3—Code de la santé publique—Légifrance. (2021). Consulté 31 mars 2024, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044628615/2024-03-26

LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (1), 2007-1886 (2007).

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1), 2009-879 (2009).

LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1), 2012-300 (2012).

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1), 2016-41 (2016).

LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1), 2019-774 (2019).

LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (1), 2023-379 (2023).

Sites internet consultés

ARS Nouvelle-Aquitaine. (2025). *Exercice coordonné ESP/MSP/CDS*. Consulté 11 mars 2025, à l'adresse <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/exercice-coordonne-espmspcds>

Assemblée Nationale. (2025). *Rapport, n° 1182*. Consulté 9 avril 2025, à l'adresse https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/rapports/cion-soc/l17b1182_rapport-fond

AVECsanté. (2025). *Ma fédération régionale*. Consulté 2 février 2025, à l'adresse <https://avecsante.fr/ma-federation-regionale/>

CPTS Atlantique Nord Loire. (2019). *Projet de santé Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Atlantique Nord Loire*. Consulté 13 février 2025, à l'adresse <https://cpts-anl.fr/wp-content/uploads/2022/03/Projet-de-sante-CPTS-ANL-260619.pdf>

CPTS du Grand Gaillacois. (2020). *Projet de Santé Communauté Professionnelle Territoriale de Santé*. Consulté 13 février 2025, à l'adresse <https://www.cptsdugrandgaillacois.org/wp-content/uploads/2021/10/2020-05-14-projet-de-sante-cpts-du-grand-gaillacois.pdf>

Direction générale de l'Offre de soins. (2024). *Niveau de maturité des CPTS et couverture du territoire*. Consulté 21 décembre 2024, à l'adresse <https://www.arcgis.com/apps/dashboards/6095444b6c8844b1b2ad9ecbb571a631>

DREES. (2023). *Démographie des professionnels de santé*. Consulté 7 avril 2025, à l'adresse <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

Haute Autorité de Santé. (2014). *Matrice de maturité en soins primaires : Présentation du référentiel*. Consulté 31 mars 2024, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel

Haut Conseil de la Santé Publique. (2017). *Stratégie nationale de santé*. Consulté 20 mars 2025, à l'adresse <https://www.actu-environnement.com/media/pdf/news-29681-rapport-hcsp-strategie-nationale-sante.pdf>

Ministère du travail, de la santé et des solidarités. (2022). *Ma santé 2022 : Un engagement collectif*. Consulté 31 mars 2024, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/>

Ministère du travail, de la santé et des solidarités. (2023). *Plan d'action : 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles*. Consulté 31 mars 2024, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/plan-d-action-4-000-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles>

OpenAI. (2025). *ChatGPT* (version de mai 2025) [Modèle de langage utilisé pour l'aide à la reformulation de contenus rédactionnels]. <https://chat.openai.com/>

Organisation Mondiale de la Santé. (2023). *Soins de santé primaires*. Consulté 31 mars 2024, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

URPS Occitanie. (2020). *Élaborer un projet de santé pour une CPTS*. Consulté 13 février 2025, à l'adresse <https://www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2020/05/URPS-ML-CPTS-PROJET-DE-SANTE-Guide-pratique-22-mai-2020.pdf>

Liste des annexes

Annexe n°1 : Missions des différentes formes d'exercice coordonné selon la législation.

Annexe n°2 : Schéma de synthèse méthodologique.

Annexe n°3 : Guide d'entretiens collectifs.

Annexe n°4 : Lettre d'information entretiens collectifs.

Annexe n°5 : Formulaire de consentement.

Annexe n°6 : Questionnaire profils participants entretiens collectifs.

Annexe n°7 : Extraits de retranscription entretiens collectifs.

Annexe n°8 : Questionnaire.

Annexe n°9 : Catégorisation des réponses pour analyse des résultats.

Annexe n°10 : Données sociodémographiques des participants.

CFUO de Lille

UFR3S - Département Médecine
Pôle Formation
59045 LILLE CEDEX
cfuo@univ-lille.fr



ANNEXES

DU PROJET MÉMOIRE

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

Laura LALOUBÈRE

Exercice coordonné en ville : quelle place pour les orthophonistes dans les projets de santé ?

MEMOIRE dirigé par

Sabine BAYEN, médecin généraliste, MD, PhD, MCU-MG, enseignante-chercheure, Lille

Virginie BRIEDEN, orthophoniste et responsable de la Plateforme d'accompagnement et de répit

Métropole Lille, Lille

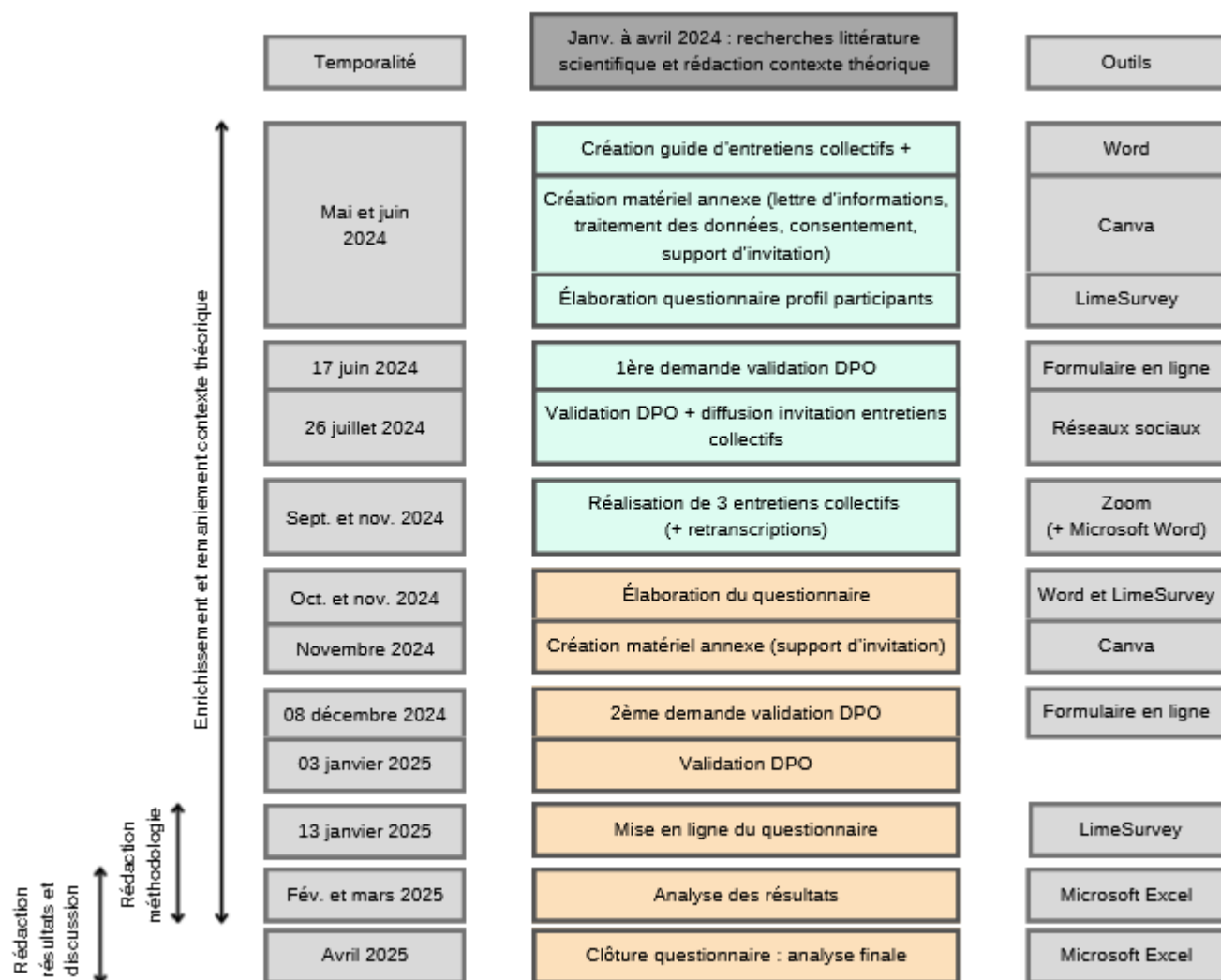
Mémoire réalisé dans le cadre du Parcours Recherche

Lille – 2025

Annexe 1 : Missions des différentes formes d'exercice coordonné selon la législation

Organisations coordonnées	Missions
CDS	1. Pratiquer des interruptions volontaires de grossesse dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-9, selon des modalités définies par un cahier des charges établi par la Haute Autorité de santé 2. Mener des actions de santé publique, d'éducation thérapeutique du patient ainsi que des actions sociales 3. Contribuer à la permanence des soins ambulatoires 4. Constituer des lieux de stages, le cas échéant universitaires, pour la formation des professions médicales et paramédicales 5. Soumettre et mettre en œuvre des protocoles définis aux articles L. 4011-1 et L. 4011-2 dans les conditions définies aux articles L. 4011-3 et L. 4011-4 6. Contribuer, en application des dispositions de l'article L. 6147-10, à la mission de soutien sanitaire des forces armées 7. Mettre en œuvre, dans des conditions déterminées par décret, un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les enfants de trois à douze ans inclus qui, selon les critères fixés par la Haute Autorité de santé, sont en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentent des facteurs de risque d'obésité.
MSP	1. Offrir à la population d'un territoire, une prise en charge la plus globale possible 2. Améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé en facilitant, notamment, la continuité des soins 3. 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 4. 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.
CPTS	1. Améliorer l'accès aux soins 2. Organiser les parcours de soins associant plusieurs professionnels de santé 3. Développer des actions territoriales de prévention 4. Développer la qualité et la pertinence des soins 5. Accompagner des professionnels de santé sur leur territoire 6. Participer à la réponse aux crises sanitaires

Annexe 2 : Schéma de synthèse méthodologique



Annexe 3 : Guide d'entretiens collectifs

Préambule

« Bonjour à toutes et à tous,

Je suis Laura Laloubère, étudiante en cinquième année d'orthophonie au centre de formation universitaire de Lille. On se retrouve ici pour un entretien de recherche collectif sur la thématique de la place de l'orthophoniste dans les projets de santé en exercice coordonné. Je vous remercie d'avoir accepté cette invitation dans le cadre de mon mémoire de fin d'études.

Je tiens à vous préciser que notre entretien est enregistré pour que je puisse le transcrire et l'analyser. Cette transcription sera anonyme et je vous l'enverrai pour relecture. Si les résultats du travail vous intéressent je vous les ferai également parvenir d'ici quelques mois.

Pour entrer dans le vif du sujet, l'orthophoniste est un professionnel de santé clé dans le parcours de soins de certains patients. L'objectif de vos échanges est d'explorer vos ressentis et expériences en exercice coordonné afin de dessiner un panel de points de vue le plus complet possible.

Le fait de travailler dans ce format de focus group sous-entend 3 conventions entre tous les membres du groupe :

- La 1ère : « Équilibre entre écouter et parler » : Il s'agit pour chacun d'entendre et de respecter la logique de chaque participant, tout en s'exprimant lorsqu'il le souhaite.
- La 2nde : « Confidentialité » : Rien de personnel ne doit sortir de ce groupe.
- La 3ème : « Absence de jugement et de critique » : Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, ce sont d'ailleurs les divergences de point de vue qui vont faire la richesse du travail.

Avant de faire le tour de table, avez-vous des questions ?

Vous pouvez vous présenter rapidement : nom, prénom, nombre d'année(s) d'expérience professionnelle, lieu d'exercice, mode d'exercice coordonné »

D'une manière générale, très rapidement, comment percevez-vous l'exercice coordonné ?

L'ARS de la Nouvelle-Aquitaine définit l'exercice coordonné comme « une façon de faire mieux ensemble pour le bien des patients tout en facilitant l'exercice de sa profession ». Diriez-vous que cette définition correspond à la réalité ?

Quelle est votre perception de la place de l'orthophoniste dans le cadre des projets de santé en exercice coordonné ?

Comment évalueriez-vous l'impact du travail des orthophonistes sur la qualité globale des soins dans ces projets ?

Quelles spécificités de l'orthophoniste jugez-vous indispensables dans les projets de santé ?

Voyez-vous des domaines spécifiques dans lesquels l'intervention des orthophonistes est insuffisante ?

Comment évaluez-vous la qualité de la collaboration actuelle entre médecins et orthophonistes en exercice coordonné ?

Pouvez-vous partager des exemples concrets de collaborations réussies entre médecins et orthophonistes ?

Quelles ont été les clés du succès de cette collaboration, selon vous ?

Quels bénéfices les patients retirent-ils spécifiquement de l'intervention des orthophonistes dans un cadre de santé coordonné ?

Quels sont les principaux obstacles que vous rencontrez dans la coordination des soins entre médecins et orthophonistes ?

Y a-t-il des situations où vous avez senti que la collaboration n'était pas optimale ? Si oui, pourquoi et comment les gérez-vous ?

Quelles solutions pratiques pourriez-vous envisager pour améliorer la communication et la collaboration entre médecins et orthophonistes ?

Quels changements institutionnels ou organisationnels seraient nécessaires pour optimiser la collaboration entre médecins et orthophonistes ?

Y a-t-il des innovations ou des pratiques exemplaires ailleurs que vous aimeriez voir adoptées pour mieux intégrer les orthophonistes dans les projets de santé ?

Comment voyez-vous l'évolution du rôle de l'orthophoniste dans les projets de santé coordonnée à l'avenir ?

Quelles tendances actuelles pourraient influencer cette évolution ?

La loi RIST du 19 mai 2023 permet l'accès direct aux soins orthophonique en structure coordonnée. Appliquez-vous cette mesure ?

Clôture

« Voilà une heure que nous échangeons, nous allons mettre fin à cet échange enregistré. Je vous remercie à tous d'avoir participé à cette recherche, en espérant que l'entretien ait pu vous enrichir également !

Je rappelle, si vous souhaitez avoir les résultats de cette étude, vous pourrez vous me contacter par courriel laura.laloubere.etu@univ-lille.fr.

De nouveau, un grand merci. Au revoir ! »

Annexe 4 : Lettre d'information entretiens collectifs



FOCUS GROUPE LETTRE D'INFORMATION

Cher (chère) orthophoniste,

Nous vous remercions d'avoir donné suite à notre invitation. Votre point de vue est précieux pour notre mémoire qui vise à analyser la place des orthophonistes dans les projets de santé en exercice coordonné. Bien que leur contribution soit essentielle dans de nombreux parcours de soins, leur intégration pratique reste complexe.

L'entretien de groupe se tiendra en visioconférence Zoom le 22/11/24.

Pour assurer la qualité de la recherche, nous avons besoin de :

- votre réponse au **questionnaire anonyme avec lien ci-joint**, sur votre profil d'exercice (2 minutes)
- par retour de courriel, votre **consentement écrit** pour l'enregistrement audio et vidéo de l'entretien permettant une transcription complète a posteriori, ainsi que pour l'utilisation anonyme de vos propos dans les publications (1 minute)

La transcription de l'entretien vous sera envoyée par courriel pour validation avant le début de nos analyses. Vous pourrez la commenter si nécessaire.

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche et pouvez mettre fin à votre participation à tout moment, sans conséquence négative ou préjudice.

Vos données personnelles sont gérées de manière strictement confidentielle, comme détaillé en deuxième page.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition.

Merci pour l'attention portée à ce travail. Je reste à votre disposition pour tout renseignement.

Bien cordialement,
Laura Laloubère, laura.laloubere.etu@univ-lille.fr

Annexe 5 : Formulaire de consentement



FOCUS GROUPE CONSENTEMENT

J'ai compris les modalités de traitement de mes données décrites dans la lettre d'information. En particulier :

- J'accepte qu'il y ait un **enregistrement audio et vidéo** de la discussion pour faciliter une transcription complète (conservé de façon sécurisée pour la durée de l'étude, soit environ 8 mois) ;
- J'accepte d'**être cité.e anonymement** dans les travaux publiés ;
- J'ai compris les **limites à la confidentialité** pour les propos que je tiendrai lors de l'entretien de groupe.

J'ai la possibilité de retirer mon consentement à tout moment en contactant la responsable du projet, Laura Laloubère, par courriel. Je peux m'opposer à l'enregistrement de mon image ; il suffira de couper la caméra lors de l'enregistrement. Enfin, je ne suis pas obligé.e de répondre à toutes les questions de l'entretien.

En cas de retrait de mon consentement, mes données seront supprimées de l'étude, à l'exception des propos de l'entretien de groupe qui ne seront plus identifiables parmi ceux des autres participants.

En signant de mon nom, je consens à participer à cette étude.

DATE

NOM PRÉNOM

SIGNATURE

☐ Je souhaite recevoir le travail final par courriel

Pour retirer le consentement :
Laura Laloubère, laura.laloubere.etu@univ-lille.fr

Annexe 6 : Questionnaire profils participants entretiens collectifs

A1. Quel est votre âge ?

Moins de 25 ans ☐

25 - 34 ans ☐

35 - 44 ans ☐

45 - 54 ans ☐

55 - 64 ans ☐

Plus de 65 ans ☐

A2. Quelle est votre profession ?

Orthophoniste ☐

Médecin généraliste ☐

A3. Dans quelle région êtes-vous installé.e ?

Auvergne-Rhône-Alpes ☐

Bourgogne-Franche-Comté ☐

Bretagne ☐

Centre-Val de Loire ☐

Corse ☐

Grand Est ☐

Hauts-de-France ☐

Île-de-France ☐

Normandie ☐

Nouvelle-Aquitaine ☐

Occitanie ☐

Pays de la Loire ☐

Provence-Alpes-Côte d'Azur ☐

Guadeloupe ☐

Martinique ☐

Guyane ☐

La Réunion ☐

Mayotte ☐

A4. Quel est votre mode d'exercice coordonné ?

Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ☐

Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ☐

MSP et CPTS ☐

A5. Depuis combien d'année(s) exercez-vous en MSP et/ou CPTS ?

A6. En quelle année avez-vous obtenu votre thèse en médecine ?

A7. En quelle année avez-vous obtenu votre Certificat de Capacité d'Orthophoniste ?

A8. Dans quelle université (ville) avez-vous obtenu votre diplôme ?

Je vous remercie pour le temps accordé afin de nous assurer la qualité de la recherche.

Je reste à votre disposition pour toute information ou si vous souhaitez être informé.e des résultats de l'étude, vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante :
laura.laloubere.etu@univ-lille.fr

Annexe 7 : Extraits de retranscription entretiens collectifs

Entretien collectif FG3

P14 : Je trouve que c'est très médecin-dépendant cette histoire.

P13 : Exactement pareil.

P14 : Les collègues pensent pareil...

P10 : Ouais tout à fait.

P14 : C'est-à-dire si c'est un médecin un peu ouvert sur ce qui se passe en société, notamment sur la nouvelle loi avec les troubles du neurodéveloppement et les recommandations de bonnes pratiques, et qui va vouloir s'investir un tant soit peu, nous, on est en plein dedans à ouvrir un protocole troubles du neurodéveloppement pour accéder le plus rapidement possible à un diagnostic et pas attendre la PCO qui, nous, est surchargée. La MDPH n'en parlons pas... Donc on a cette perspective-là puis on a d'autres médecins, on a encore cette histoire de « mais non, j'adresse aucun enfant avant cinq ans », enfin en tout cas dans mon coin.

P12 : Ouais, c'est, j'ai un peu le même sentiment aussi, que ça dépend un peu de, de qui on a en face de nous. Mais je pense que ça dépend aussi des orthophonistes. Finalement, il y a, je pense que ça dépend aussi de notre caractère à nous et de notre volonté ou non d'aller vraiment chercher les médecins, d'aller vraiment, bon, pas s'imposer, mais dire, voilà « on existe, on fait ça, on fait ça » et puis, euh, pour rebondir aussi sur le côté médecin-dépendant, ça dépend aussi beaucoup de leur manière de voir le système de soins dans sa globalité. Euh, nous il y a pas très longtemps, on s'est un petit peu, euh, confronté à, euh, certains collègues qui voyaient vraiment tous les paramédicaux, que ce soit orthophonistes, kinés, infirmiers, peu importe, mais vraiment comme des, euh, des récipiendaires de, d'ordonnances, et donc eux nous donnent les ordonnances, euh, afin de nous donner du travail, mais voilà, c'est, il y avait une espèce de hiérarchie dans leur, dans leur vision des choses, qu'il a fallu peut-être un petit peu modérer. Mais voilà, ça dépend aussi de, de leur vision du système et de comment ils discutent avec leurs collègues. Voilà.

P13 : Oui et moi je voudrais montrer que c'est pas, euh, du coup c'est difficile de

répondre à la relation médecin-orthophoniste parce que c'est très dépendant, mais je n'ai pas l'impression que ce soit que vers l'orthophoniste quand il y a un souci de coordination. C'est-à-dire que nous, dans la CPTS, on voit les médecins qui répondent le plus aux projets proposés ou qui participent, ou qui acceptent de prendre de nouveaux patients dans tel ou tel protocole, c'est ceux avec qui on a des échanges sur d'autres thèmes très ortho ou très axés petite enfance, prévention, donc finalement, je pense que c'est, oui, soit on aime travailler en commun, soit on n'aime pas, soit on n'a pas aussi découvert l'intérêt. Parce que je pense que ce n'est pas tout le temps de la mauvaise volonté, je pense qu'il faut, il y a certains médecins, mais comme des paramédicaux, d'ailleurs, qui ne s'engagent pas dans l'exercice coordonné des CPTS ou quoi, qui n'ont pas encore trouvé le bénéfice par rapport à leur exercice. Et je pense que les médecins sont comme les orthophonistes et les autres professionnels, ils sont débordés, il y a trop de demandes de soins et donc j'ai l'impression que soit on s'enferme en se disant que de toute façon j'ai trop de travail, je n'ai pas le temps de prendre trois heures une après-midi pour aller faire une réunion et écouter des paramédicaux nous parler de tel ou tel sujet, soit en fait, on prend une vision plus haute en disant « de toute façon, on ne répond pas à la demande, le système de santé va mal et donc autant travailler en commun pour chercher des solutions », mais n'empêche que ça demande à un moment donné de se dire « oui, je vais annuler des patients, je ne vais pas voir des patients alors qu'il y a de la demande » et nous, les médecins, j'ai plutôt l'impression que c'est ça plutôt qu'un truc-là, un peu de hiérarchie. On peut l'avoir dans des échanges où on sent que le ton est un peu... Bon, voilà, mais sinon moi j'ai pas, en tout cas sur notre territoire, de médecins qui ne veulent pas, parce qu'ils ne veulent pas travailler en commun, c'est plutôt des questions d'emploi du temps trop chargés, que de la volonté.

P11 : Chez nous ce n'est pas forcément relation orthophoniste-médecin qui pose problème. Je pense que c'est avec, c'est avec un peu tous les professionnels.

Entretien collectif FG2

Modératrice : Et la première question, c'était que représente l'exercice coordonné pour vous ? Et c'est P2 qui prenait la parole pour donner son opinion.

P2 : Oui, je disais juste que du coup c'était en tout cas voilà, une réunion de professionnels autour d'un même patient mais qu'en fait, au final, ça pouvait exister en dehors d'un lieu précis. Donc, enfin moi, par exemple, je suis en maison de santé, mais en fait je pense que ce qui est fait là pourrait être fait en CPTS ou même entre professionnels d'un territoire. Même si, bon, ça paraît un peu utopique et au final c'est un peu difficile à mettre en place, je trouve, et que, par exemple, la maison de santé ça nous oblige et ça nous force de toute façon à le faire parce qu'on se partage les patients. En orthophonie, moins, enfin personnellement dans ma maison de santé, mais dès lors où on a des patients en commun, enfin, l'exercice coordonné c'est vraiment pouvoir discuter de ces patients-là et de pouvoir vraiment prendre des décisions tous ensemble. Euh, ouais, donc ça, pour moi c'est ça.

Modératrice : Ça marche. Est-ce que quelqu'un va rebondir là-dessus ?

P1 : Euh.

P3 : Euh je suis assez d'accord, euh bon.

P1 : Non, non, vas-y, P3.

P3 : Ben non, je rejoignais un petit peu ce qui avait été dit, c'est vrai que pour moi le plus important dans l'exercice coordonné, c'est le patient, et c'est en fait se coordonner entre professionnels mais aussi avec le patient, euh, pour essayer d'aller tous dans la même direction au final. Euh, et après les modalités pour faire ça, elles sont en fait assez variées et assez, euh, c'est là qu'on peut faire preuve d'inventivité en fonction des patients, de la problématique et aussi des professionnels qui sont présents dans le territoire et euh, et pour moi, c'est mettre de la cohérence en fait dans le parcours de soins du patient et essayer de, euh oui, de mettre de la cohérence, je dirais.

Modératrice : D'accord, ok.

P1 : Oui, moi je vais répondre sur un autre plan. Mon expérience c'est celle de la CPTS. J'étais jusqu'au dernier, à la dernière assemblée générale, j'étais S1 de la

CPTS et en fait c'est plus un travail de coordination des professionnels en CPTS, plus que autour d'un patient. Ça va être autour d'une problématique, donc avec des expériences, un truc autour de la, de l'organisation des soins de prévention des troubles de la déglutition à domicile, ça a pas très bien marché hein, euh qui était, qu'on a monté pendant le COVID et après qui a pas donné grand-chose et et un autre qu'on est en train de mettre à neuf, qui est autour de parcours coordonné de toux chronique. Coordonner là, pour le coup, c'est un peu le début mais, c'est coordination, il y a coordination effectivement autour du patient parce qu'on a besoin d'un avis ORL, d'un avis de gastro, d'un avis pneumo et d'une prise en charge orthophonique et l'idée, c'est de coordonner ça à l'échelle de la CPTS, y compris en formant les orthophonistes quoi. Donc c'est une autre coordination, oui, c'est une coordination autour de la prévention d'un côté, de la formation et de la compétence et l'organisation d'un réseau de l'autre.

Modératrice: Ça marche. P4 ?

P4: Alors moi, je vois ça surtout comme une approche complémentaire de ma pratique individuelle parce que ça me permet de moi, de, alors moi, je suis en maison de santé, je travaille pas en CPTS, du coup je suis dans une MSP où on est quand même assez nombreux et ça me permet aussi de, ça me soutient dans mes prises en soins et ça me, ça me permet aussi de, d'échanger ou d'avoir des nouvelles pistes par rapport aux, à mes propres patients, euh, notamment quand j'ai des problématiques que j'ai du mal à résoudre seul, voilà, ça me permet de confronter des points de vue et et voilà.

Modératrice: Ok ça marche, donc à part P1 qui est en CPTS, les autres, vous êtes en maison de santé, c'est ça ?

P2: Oui.

Modératrice: Ok ça marche.

P4: Oui, ma maison de santé participe à une CPTS, mais moi je n'y suis pas.

Modératrice: D'accord, d'accord, vous n'êtes pas adhérent.

P3: Oui, moi c'est pareil, elle est en cours de création mais pour l'instant ils sont sur des débats de gestion de sites internet.

Entretien collectif FG1

P3 : Moi, j'ai une petite question par rapport aux lieux. Est-ce que vous avez des lieux adaptés pour vous retrouver dans vos bâtiments ? Et l'importance que ça a.

P1 : Nous, on a une salle de réunion.

P3 : Ouais, il y a une salle de réunion, hein c'est ça.

P5 : Dans les MSP, c'est imposé, hein.

P2 : Dans les...

P3 : Ah oui, dans les MSP, c'est imposé, ah d'accord.

P5 : En fait, tu touches, dans une MSP, tu touches de l'argent pour la coordination, donc ça fait partie des critères dès le départ d'avoir une salle de réunion.

P3 : Je n'avais pas cet élément-là, parce qu'effectivement où je suis, il n'y a pas cette salle-là et bon, ben on se retrouve dans un petit couloir, on n'a pas les chaises, on n'a pas les tables, on n'a pas ceci, cela, c'est rigolo, hein, effectivement, on est aussi des professions qui savent s'adapter, mais des fois, c'est bien d'avoir un petit peu de confort.

P5 : Et on fait des soirées de cohésion aussi, donc euh.

P3 : Ouais.

P5 : On fait une garden party, on fait une soirée de Noël, enfin on a loué des châteaux...

P3 : Moi, j'essaye d'impulser ça effectivement parce que je trouve que ça crée vraiment des liens, donc là avec la nouvelle équipe, ça fonctionne bien.

P5 : Mais encore une fois, c'est ce que disait P2, c'est qu'on touche de l'argent.

P3 : Bah oui.

P5 : Aussi pour cette coordination-là et pour l'instant, puisque ça devrait changer prochainement mais, c'est pas ultra fléché, c'est-à-dire qu'après, l'argent, une fois qu'il est sur ce compte, tu dois t'en servir pour la coordination et pour la cohésion, donc faire une garden party et louer un château gonflable, c'est de la cohésion, voilà, mais c'est très bien, mais c'est là aussi où on voit que c'est hyper important parce que c'est des moments aussi où on fait un peu plus connaissance, on se voit un peu moins dans un contexte de routine de stress un peu du travail et c'est ce qui crée les biens aussi quoi, voilà.

P3 : Nous, les médecins, ils ont refusé l'appellation MSP.

P5 : Parce qu'il y a des contraintes.

P2 : Hm, il y a des contraintes qui sont importantes justement pour les médecins.

P5 : Bien sûr.

P2 : Et nous, les deux qui s'impliquaient sont en train de se désinvestir parce que ça demande énormément de temps, justement.

P5 : Bien sûr.

P2 : Ils empiètent sur leurs consultations.

P3 : Donc on pourrait imaginer qu'il ne faille pas forcément l'appellation MSP et ces contraintes-là pour avoir des temps rémunérés de concertation en maison médicale, par exemple, enfin, je ne sais pas trop comment imaginer ça, mais c'est vrai qu'à vous entendre, vous vous êtes payés, et moi je ne le suis pas, mais on fait les mêmes choses, quoi. En gros, c'est un peu ça.

P5 : Absolument.

P3 : Et attention, ce n'est pas, hein, ce n'est pas un jugement.

P5 : Non, mais non, mais bien sûr.

P3 : C'est plutôt une réflexion pour dire, tiens, est-ce qu'au niveau des pouvoirs publics, il ne pourrait pas y avoir un texte de loi qui évolue pour que justement...

P5 : Ah ça, tu oublies, hein, tu oublies.

P3 : Ben ouais, hein, on n'est pas dans l'air du temps, c'est pas dans l'air du temps.

P1 : Ou dans 50 ans, peut-être.

P3 : Mais justement, il faut des jeunes qui font leur mémoire pour pointer peut-être ce petit truc qui coince, enfin voilà, et moi je n'arrêterai pas de faire ce que je fais, parce que je ne suis pas payée, c'est vraiment pas là le sujet, hein. C'est juste une réflexion pour dire que c'est vraiment hyper important. On parle quand même de mal-être au travail. Dans les différentes MSP, là, s'il y a un problème avec un patient ou une situation, etc., venez, on pourra en parler ensemble, etc. Enfin, donc on sent que c'est quelque chose qu'on rencontre tous les jours, hein. Nous, on se fait agresser par des patients en ce moment, c'est pareil, c'est lourd, quoi. Ben les temps de concertation, ils sont intéressants pour ça, quoi, aussi.

Annexe 8 : Questionnaire



Bonjour,

Je suis Laura Laloubère, étudiante en cinquième année d'orthophonie, à Lille.

Dans le cadre de mon mémoire, je réalise un questionnaire sur la place de l'orthophoniste dans les projets de santé, en exercice coordonné en ville. Pour y répondre, vous devez donc être orthophoniste en libéral et en modalité coordonnée (ESP, CDS, MSP(U), CPTS). Votre point de vue est précieux pour l'étude, qui vise à analyser la place réelle des orthophonistes dans ces projets.

Ce questionnaire fait suite à trois entretiens collectifs réalisés auprès d'orthophonistes exerçant en MSP et/ou CPTS, dans diverses régions françaises. Le remplir vous prendra 5 à 10 minutes.

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de rectification. Il fait l'objet d'une déclaration au registre de l'Université de Lille.

Pour obtenir toute information à ce sujet, vous pouvez vous adresser au Délégué à la Protection des Données de l'Université de Lille (dpo@univ-lille.fr). Si vous estimez, après l'avoir contacté, que vos droits "informatiques et libertés" ne sont pas respectés, vous pourrez vous adresser directement à la CNIL.

Pour assurer une sécurité optimale, vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire.

Mes Directrices, Madame Brieden Virginie (orthophoniste) et Dr. Bayen Sabine (médecin généraliste), et moi-même vous remercions pour l'intérêt que vous portez à notre recherche.

Laura Laloubère

Partie A: Profil

A1. Êtes-vous ?

Femme ☐Homme ☐Ne souhaite pas répondre ☐

A2. Quel est votre âge ?

Moins de 25 ans ☐25 - 34 ans ☐35 - 44 ans ☐45 - 54 ans ☐55 - 64 ans ☐Plus de 65 ans ☐

A3. Dans quelle région êtes-vous installé-e ?

Auvergne-Rhône-Alpes ☐Bourgogne-Franche-Comté ☐Bretagne ☐Centre-Val de Loire ☐Corse ☐Grand Est ☐Hauts-de-France ☐Île-de-France ☐Normandie ☐Nouvelle-Aquitaine ☐Occitanie ☐Pays de la Loire ☐Provence-Alpes-Côte d'Azur ☐Guadeloupe ☐Martinique ☐Guyane ☐La Réunion ☐Mayotte ☐

A4. En quelle année avez-vous obtenu votre Certificat de Capacité d'Orthophoniste ?



A5. Combien d'année(s) d'expérience avez-vous en tant qu'orthophoniste ?

Partie B: Exercice coordonné

B1. Avez-vous un exercice coordonné ?

L'exercice coordonné dans les actes délégués la collaboration et/ou la prise en charge globale et continue des patients (i.e., pharmacien, etc.) peut concerner une prise en charge globale et continue des patients (i.e., pharmacien, etc.).

(i.e., sont comprises comme modalités d'exercice coordonné :

ESP (Équipe de Soins Primaires au sens de l'article L411-11-1 du Code de la Santé Publique) CDS (Centre de Santé au sens de l'article L412-1-1 du Code de la Santé Publique) MSP(U) (Maison de Santé Pluriprofessionnelle (Unité) au sens de l'article L412-1-1 du Code de la Santé Publique) CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé au sens de l'article L414-12 du Code de la Santé Publique)

Oui ☐Non ☐

B2. Quel(s) est/sont votre(s) mode(s) d'exercice coordonné ?

Équipe de Soins Primaires (ESP) ☐Centre De Santé (CDS) ☐Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ☐Maison de Santé Pluriprofessionnelle Universitaire (MSPU) ☐Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ☐

B3. Depuis combien d'année(s) exercez-vous en modalité coordonnée ?

B4. Comment ressentez-vous l'exercice coordonné dans votre expérience en tant que professionnel-le de santé ?

Seul sur une 1 signifie "pas du tout d'accord" et 5 "tout à fait d'accord"

Amélioration de la coordination des professionnels sur un territoire défini ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Amélioration du suivi global des patients à travers la collégialité des décisions ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Amélioration de l'accès aux soins des patients ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Echanges facilités avec les médecins généralistes ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Echanges facilités avec les autres paramédicaux ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Amélioration de la collaboration grâce à une mutualisation des moyens ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Place importante accordée à la prévention et/ou aux soins de santé publique ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5



	Amélioration des conditions de travail	1	2	3	4	5
	Aspect chronophage					
	Vitrine pour la profession et le champ de compétences des orthophonistes					
B5.	Avez-vous bénéficié d'informations spécifiques sur l'exercice coordonné au cours de votre formation universitaire ?					
	Oui ☐					
	Non ☐					
B6.	Par quel(s) moyen(s) avez-vous bénéficié de ces informations ? Veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre. Sans cela, l'incrimination de ce questionnaire sera sans effet pénal.					
B7.	Une formation interprofessionnelle visant à renforcer les liens entre les professions médicales et/ou paramédicales vous semble-t-elle pertinente pour travailler en exercice coordonné ?					
	Oui ☐					
	Non ☐					
B8.	Pertinente en formation initiale, à l'université ?					
	Oui ☐					
	Non ☐					
B9.	Pertinente en formation continue, sur le terrain ?					
	Oui ☐					
	Non ☐					
B10.	Selon vous, quel(s) sujet(s) devrait/devraient être abordé(s) pour informer les autres professionnel-le-s de santé sur l'orthophonie ?					
	Description générale de la profession	Oui	Non			
	Champ de compétences des orthophonistes	☐	☐			
	Orientation des patients	☐	☐			
	Prescription et initiales de nomenclature	☐	☐			
	Prévention en orthophonie	☐	☐			



	Analyse de données issues de comptes-rendus de bilans orthophoniques	Oui	Non		
	☐	☐			
Partie C: Place de l'orthophoniste					
C1.	Quel(s) est/sont votre(vos) statut(s) au sein de l'équipe ?				
	Orthophoniste en exercice coordonné ☐				
	Orthophoniste - gérant-e ou co-gérant-e d'une MSP ☐				
	Orthophoniste - coordinateur-trice ☐				
	Orthophoniste - président-e ou vice-président-e d'une CPTS ☐				
	Orthophoniste membre du conseil d'administration d'une organisation coordonnée ☐				
	Autre ☐				
C2.	Quels sont vos ressentis quant à votre place au sein de l'équipe ? Sachant que 1 signifie "pas du tout d'accord" et 5 "tout à fait d'accord"				
	1	2	3	4	5
	J'estime avoir facilement trouvé ma place en exercice coordonné ☐				
	Ma singularité professionnelle est reconnue et prise en compte ☐				
	Je suis systématiquement sollicité-e pour les projets où l'orthophonie a du sens ☐				
	J'estime que les temps de coordination sont efficaces et suffisants ☐				
	J'estime que les temps de cohésion d'équipe sont suffisants ☐				
	J'estime que les informations circulent bien au sein de l'équipe ☐				
	J'estime pouvoir participer activement aux décisions et l'équipe m'écoute ☐				
	J'encourage activement les initiatives liées à l'orthophonie ☐				
	J'estime avoir le soutien nécessaire à mes idées nouvelles ☐				



C3.	Avez-vous connaissance du projet de santé proposé au sein de votre(vos) exercice(s) coordonné(s) ?	
	Oui	☐
	Non	☐
C4.	Quelle est votre position par rapport à ce(s) dernier(s) ?	
	Pleine intégration avec implication	☐
	Intégration satisfaisante mais souhait de plus de participation et de responsabilité	☐
	Peu d'intégration	☐
	Absence d'intégration	☐
	Incertitude sur ma place ou mon rôle dans le projet	☐
C5.	Êtes-vous formé-e à l'ETP (Education Thérapeutique du Patient) ?	
	Oui	☐
	Non	☐
C6.	Pratiquez-vous l'ETP (Education Thérapeutique du Patient) ?	
	Oui	☐
	Non	☐
C7.	Quel(s) est/sont votre(vos) rôle(s) ?	
	Coordinateur-trice d'un programme	☐
	Coordinateur-trice de l'équipe	☐
	Initiateur-trice du programme	☐
	Participation à la conception du programme	☐
	Autre	☐
C8.	Réalisez-vous des missions de prévention et/ou de santé publique ?	
	Oui	☐
	Non	☐
C9.	Quel(s) est/sont votre(vos) rôle(s) ?	
	Coordinateur-trice d'une mission	☐
	Coordinateur-trice de l'équipe	☐

Initiateur-trice de la mission ☐

Participation à la conception la mission ☐

Autre ☐

Autre

C10. Participez-vous à la formation des étudiant-e-s en santé en accueillant des stagiaires au sein de votre cabinet ?

Oui ☐

Non ☐

C11. Etudiant-e-s en :

Formation médicale ☐

Orthophonie ☐

Formation paramédicale autre ☐

C12. Participez-vous à des formations professionnelles continues par le biais de votre organisation coordonnée ?

Oui ☐

Non ☐

C13. Sur quel(s) sujet(s) portent ces formations ?

Veuillez à ce que indiquez d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre. Sans cela, l'ensemble de ce questionnaire ne sera pas traité.

C14. En tant qu'orthophoniste, apparaissez-vous dans un protocole de coopération pluriprofessionnelle formalisé ?

Oui ☐

Non ☐

C15. Etes-vous :

Professionnel-le délégué ☐

Professionnel-le délégué-e ☐

Initiateur-trice du(des) protocole(s) ☐

C16. Des protocoles intégrant l'orthophoniste vous ont-ils déjà été rejetés ?

Oui ☐

Non ☐

C17. Quelle(s) était/étaient la(les) thématique(s) de ce(s) protocole(s) ?

C18. Disposez-vous d'un système d'information informatisé partagé ?

Oui ☐

Non ☐

C19. Quel(s) moyen(s) utilisez-vous pour échanger entre professionnels ?

Oui Non

Système d'information informatisé partagé ☐ ☐

Service e-parcours régional de communication et de coordination (type Paaco-Globale) ☐ ☐

Réunions de concertation pluriprofessionnelles ☐ ☐

Temps informels (échanges dans les couloirs, à la pause déjeuner...) ☐ ☐

Courriels via messagerie sécurisée ☐ ☐

Appels téléphoniques ☐ ☐

C20. Selon vous, quels freins limitent l'intégration des orthophonistes dans les projets de santé en exercice coordonné ?

Selon que 1 signifie "pas du tout d'accord" et 5 "tout à fait d'accord"

Méconnaissance des compétences spécifiques des orthophonistes ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Absence d'orthophoniste au sein des administrations ou des instances décisionnelles ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Faible temps de coordination formelle (RCP, échanges de pratique...) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Manque d'accompagnement dans la mise en place des projets ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Problèmes financiers liés à l'exercice coordonné (montants, répartition, etc.) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1 2 3 4 5

Valorisation des missions médico-centrées par les instances de santé ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Investissement de chacun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Année de diplôme des médecins-généralistes prescripteurs ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

C21. Selon vous, quels leviers pourraient faciliter l'inclusion des orthophonistes dans les projets de santé en exercice coordonné ?

Selon que 1 signifie "pas du tout d'accord" et 5 "tout à fait d'accord"

Sensibilisation sur le champ de compétences des orthophonistes ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Intégration des instances décisionnelles ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Augmentation des temps de coordination rémunérés ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Développement de protocoles de collaborations clairs et formalisés ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

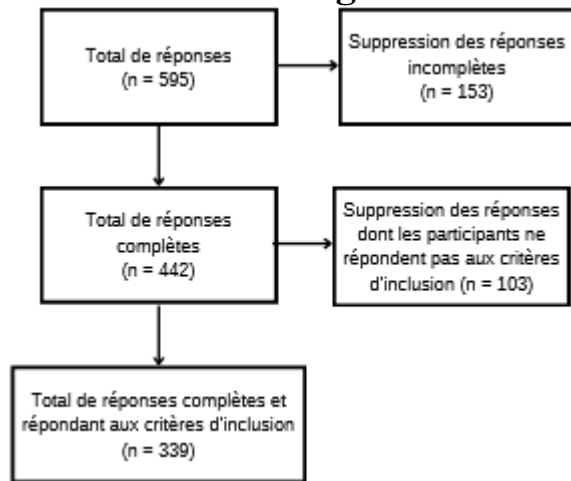
Accès facilité aux dossiers médicaux partagés entre professionnels de santé ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Incentives financières pour la participation des orthophonistes à la coordination des soins ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Formation sur l'exercice coordonné et la mise en place de projets ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Je vous remercie pour le temps accordé afin de nous assurer la qualité de la recherche.

Annexe 9 : Catégorisation des réponses pour analyse des résultats



Annexe 10 : Données sociodémographiques des participants

	Focus groups (n = 14)	Questionnaire (n = 339)
Sexe		
Homme	2	5
Femme	12	334
Âge		
Moins de 25 ans		2
25 – 34 ans	7	113
35 – 44 ans	5	104
45 – 54 ans	1	84
55 – 64 ans	1	35
Plus de 65 ans		1
Région d'exercice		
Auvergne-Rhône-Alpes	1	47
Bourgogne-Franche-Comté		11
Bretagne		20
Centre-Val de Loire	2	19
Grand Est	1	15
Hauts-de-France	3	83
Île-de-France	2	19
La Réunion		1
Normandie		22
Nouvelle-Aquitaine	2	21
Occitanie	1	27
Pays de la Loire	2	28
Provence-Alpes-Côte d'Azur		26
Expérience orthophonique (années)		
Moins de 5 ans	4	57
5 – 14 ans	4	115
15 – 24 ans	4	95
25 – 34 ans	2	58
Plus de 35 ans		14
Mode d'exercice coordonné		
ESP		6
CDS		3
MSP	5	137
MSPU		10
CPTS	4	265
ESP et CPTS		4
CDS et CPTS		2
MSP(U) et CPTS	5	74
Expérience en modalité coordonnée (années)		
Moins de 5 ans	10	277
5 – 14 ans	4	60
Plus de 15 ans		2

Exercice coordonné en ville : quelle place pour les orthophonistes dans les projets de santé ?

Discipline : Orthophonie

Laura LALOUBÈRE

Résumé : Ces dernières années, les pratiques coordonnées se sont largement développées, portées par les politiques de santé françaises qui encouragent une approche libérale collaborative plutôt qu'exercée de manière isolée. Cette structuration vise à promouvoir la coopération entre professionnels et secteurs de santé autour d'un projet de santé pour répondre aux besoins des territoires et de leurs populations.

Ce mémoire a pour objectif de dresser un état des lieux des pratiques orthophoniques dans ces structures coordonnées, afin d'identifier la place des orthophonistes et les obstacles à leur intégration. L'analyse de trois entretiens collectifs avec 14 orthophonistes et d'un auto-questionnaire électronique (339 réponses) a révélé que, bien qu'ils aient une place à prendre, celle-ci reste à définir. Plusieurs facteurs freinent leur intégration, tels que la méconnaissance de leur champ de compétences, leur absence au sein des instances décisionnelles, la primauté des missions médico-centrées, etc. Les résultats suggèrent des perspectives telles que l'encouragement de la formation interprofessionnelle au sein des centres de formation universitaires en orthophonie, la création d'outils pour promouvoir les compétences des orthophonistes, et l'incitation à l'investissement personnel des professionnels, orthophonistes et autres professionnels de santé.

Mots-clés : Exercice coordonné, soins de proximité, projet de santé, pratique professionnelle, orthophonie.

Abstract : In recent years, coordinated practices have developed, supported by French healthcare policies which encourage a collaborative approach rather than one practised in isolation. This structuring aims to promote cooperation between healthcare professionals and sectors around a healthcare project to meet the needs of territories and their populations. The aim of this dissertation is to draw up an inventory of speech and language therapy practices in these coordinated structures, in order to identify the role of speech and language therapists and the obstacles to their integration. Analysis of three group interviews with 14 speech and language therapists and an electronic self-questionnaire (339 responses) revealed that, although speech and language therapists have a role to play, it remains to be defined. A number of factors hinder their integration, such as a lack of awareness of their field of expertise, their absence from decision-making bodies, the primacy of medical-centric missions, etc. The results suggest possible avenues of action, such as encouraging inter-professional training, creating tools to raise awareness of the skills of speech and language therapists, and encouraging the personal investment of professionals, speech and language therapists and other health staff.

Keywords : Coordinated practice, local care, health project, professional practice, speech and language therapy.

MÉMOIRE dirigé par

Sabine BAYEN, médecin généraliste, MD, PhD, MCU-MG, enseignante-chercheuse, Lille
Virginie BRIEDEN, orthophoniste et responsable de la Plateforme d'accompagnement et de répit
Métropole Lille, Lille