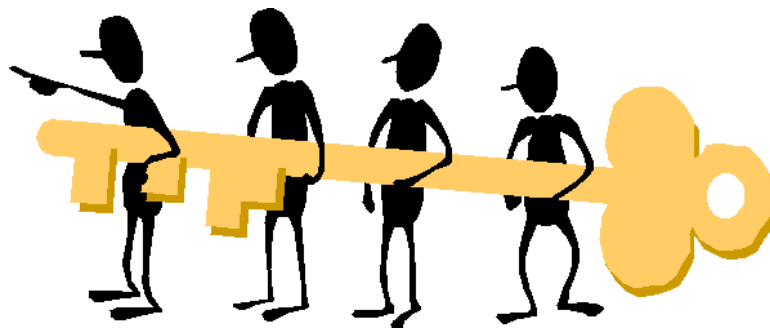




Institut de Formation en Ergothérapie de Paris
Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche
en Ergothérapie
52, rue Vitruve 75020 PARIS

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

*Un nouveau lieu d'exercice pour les ergothérapeutes
libéraux ?*



Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E. 6.5

Sous la direction de Monsieur Emmanuel DUPUIS

Anaïs DUBUC
Session Juin 2015

Note aux lecteurs :

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné. »

Remerciements

Je remercie tout d'abord l'ADERE, l'institut de formation où j'ai eu la chance de réaliser mes trois années d'études me permettant ainsi de présenter ce travail de fin d'études afin d'aboutir à mon objectif d'être ergothérapeute.

Je remercie tout particulièrement Emmanuel Dupuis, mon maître de mémoire, pour ses conseils, sa disponibilité et son accompagnement tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Merci à toutes les personnes ayant pris le temps de répondre à mes questionnements et à mon enquête.

Mes remerciements à mes camarades de la promotion 2015.

Merci également à mes personnes ressources qui m'ont permis de faire progresser ma réflexion et m'ont apporté de précieux conseils.

Et enfin, je remercie ma famille et mes amis pour m'avoir soutenue et encouragée dans ce projet.

Table des abréviations

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

ARS : Agence Régionale de Santé

ASAPAD : Association Amandinoise Pour l'Aide à Domicile

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

FFMPS : Fédération Française des Maisons et des Pôles de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

IEL : Instance Exercice Libéral

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

MDPH : Maison Départementale de la Personne Handicapée

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelles

RCS : Registre du Commerce et des Sociétés

SROS : Schémas Régionaux d'Organisation des Soins

SYNFEL : Syndicat National Français des Ergothérapeutes Libéraux

TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée

UNAPL : Union Nationale des Professions Libérales

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

Sommaire

Introduction	1
PARTIE THEORIQUE	3
I. Exercice de l'ergothérapie en libéral	3
1. Généralités	3
1.1. Développement de l'exercice en libéral et ses représentants	3
1.2. Les différents statuts	5
2. Le quotidien de l'ergothérapeute en libéral	6
2.1. Le travail direct	7
2.2. Lien avec les autres professionnels et création d'un réseau	7
2.3. Le travail indirect	8
II. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)	8
1. Aspect législatif	8
1.1. La loi Fourcade	9
1.2. Le projet de santé	11
2. Quelques chiffres	14
3. Monter une maison de santé	14
III. Pratique pluri ou interprofessionnelle ?	16
1. Notion de coopération et de collaboration	16
2. Démarche pluri ou interprofessionnelle ?	18
2.1. Discipline ou profession	18
2.2. Définitions : pluri et interprofessionnalité	18
2.3. Place de l'ergothérapeute dans la démarche interprofessionnelle	21
Conclusion du cadre conceptuel	22
PARTIE PRATIQUE	23
I. Présentation de la recherche	23
1. Présentation	23
1.1. Contexte de l'enquête	23

1.2.	Rappel de ma question de recherche et de l'hypothèse _____	23
2.	Méthodologie d'enquête _____	24
2.1.	Choix des outils _____	24
2.2.	Population interrogée _____	24
2.3.	Elaboration de l'outil _____	24
II.	Résultats de l'enquête _____	25
1.	Présentation des informations recueillies _____	25
2.	Interprétation des résultats _____	36
2.1.	Les caractéristiques de la population _____	36
2.2.	Le choix du libéral et son quotidien _____	38
2.3.	Le contact entre les ergothérapeutes libéraux et les autres professionnels _____	39
2.4.	Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles _____	40
3.	Réflexions _____	42
3.1.	Discussion _____	42
3.2.	Synthèse de mon étude _____	45
3.3.	Les limites de mon travail _____	45
	Conclusion _____	47
	Bibliographie _____	48
	Annexes _____	I

Introduction

Depuis quelques années, dans le but de lutter contre les problèmes de désertification médicale, particulièrement dans les régions rurales, ainsi que pour favoriser les échanges et la coordination entre les professionnels de santé libéraux et pour améliorer le suivi des patients, un mode d'exercice s'est développé : **l'exercice coordonné**. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), l'objectif de celui-ci est « de garantir aux patients un accès équivalent, sur tout le territoire, à la prévention programmée et à des soins de qualité. »¹. Pour cela, « l'exercice coordonné et protocolé s'inscrit dans le modèle proposé par W.Edwards DEMING² dans les années 60. Ce modèle, souvent appelé roue de Deming ou roue de la qualité, comprend 4 étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment, Planifier, Faire, Analyser, Améliorer (en anglais Plan, Do, Check et Act, d'où le modèle PDCA).»³. Plusieurs structures proposent un exercice coordonné. Celles-ci « organisent un regroupement de professionnels exerçant en ambulatoire, sur un projet de soins commun, en assurant la continuité des soins, soit dans un lieu unique pour les maisons de santé et les centres de santé, soit dans le cadre d'un regroupement virtuel pour les pôles de santé. »⁴. Pour ce mémoire d'initiation à la recherche, j'ai fait le choix de me concentrer uniquement sur les maisons de santé.

Ce choix me vient d'une situation professionnelle rencontrée durant l'été 2014. En effet, j'ai été contacté, sachant que je suis étudiante en ergothérapie, par le pharmacien d'un village de l'Yonne (89) en région Bourgogne, pour que l'on échange sur la possibilité d'intégrer un(e) ergothérapeute au projet, dont il est le coordonnateur, de création d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP). Ce pharmacien connaissant peu la profession d'ergothérapeute, nous avons échangé sur le métier et sur la place qu'un(e) ergothérapeute pourrait avoir au sein de ce type de structure. À la suite de cet entretien et après avoir partagé avec les autres professionnels liés au projet, il m'a proposé d'en faire partie en tant que future ergothérapeute, ce que j'ai accepté. Même si actuellement il ne s'agit que d'un projet et que la route est longue avant aboutir à l'inauguration de la MSP, comme nous pourrons le voir au cours de ce travail, je trouve que c'est une expérience enrichissante de par l'échange avec

¹ HAUTE AUTORITE DE SANTE. L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé.

² W. Edwards DEMING (1900-1993), physicien et statisticien américain.

³ Ibid.

⁴ Ibid.

les différents professionnels de santé.

À partir de cet instant je me suis posé plusieurs questions, telles que :

- Est-ce que le fait d'être « sous un même toit » permet de favoriser les échanges entre les professionnels libéraux ? Si oui, en quoi ?
- Cela a-t-il un impact sur le suivi des patients ?
- La présence d'un(e) ergothérapeute au sein d'une MSP permet-elle la (re)connaissance de la profession auprès des autres professionnels de santé et des patients ?

Afin de cibler plus précisément mon sujet, j'ai réalisé des recherches qui m'ont permis de mieux comprendre la notion de « maison de santé ». Ainsi, en partant de la définition de la maison de santé : « lieu d'exercice qui rassemble plusieurs professionnels de santé libéraux du premier recours [...] unis par une charte, un projet et des objectifs concernant la santé du patient »⁵, mes questionnements et mes recherches précédentes, j'ai choisi de m'intéresser plus particulièrement au lien entre les professionnels de santé libéraux, sachant que le nombre d'ergothérapeutes exerçant en libéral augmente constamment depuis des années. En effet ce nombre a été multiplié par 8 en 10 ans (voir annexe I).

D'où ma question de recherche :

En quoi les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles sont-elles une alternative pour les ergothérapeutes libéraux ?

Afin d'approfondir ma réflexion, je développerai dans ma partie théorique trois parties : l'exercice de l'ergothérapie en libéral, les maisons de santé pluriprofessionnelles et enfin la pluri ou l'interprofessionnalité. Le développement de ce cadre conceptuel m'a permis d'aboutir à l'hypothèse suivante :

La pratique en Maison de Santé Pluriprofessionnelle favorise l'exercice en interprofessionnalité pour les ergothérapeutes libéraux.

Dans ma partie pratique, je présenterai le contexte et le choix de ma méthodologie d'enquête, puis les résultats de ma recherche et leur interprétation. Et enfin, je réaliserai une discussion par rapport à ma question de recherche.

⁵ DE HAAS, Pierre. Monter et faire vivre une maison de santé. p. 10

PARTIE THEORIQUE

I. Exercice de l'ergothérapie en libéral

Les ergothérapeutes font partie des professionnels libéraux comme le stipule l'Union Nationale des Professions Libérales (UNAPL). C'est-à-dire que la profession est soumise à des conditions de diplôme et à des règles d'exercice et déontologiques qui lui est propre.

1. Généralités

1.1. Développement de l'exercice en libéral et ses représentants

1.1.1. Évolution de l'ergothérapie en libéral

Dans les années 1950, la profession d'ergothérapeute en libéral commence à se développer, mais c'est uniquement en 1993 que des demandes d'interventions en ergothérapie se formalisent. L'exercice en libéral est « né du besoin des patients et des structures médico-sociales de bénéficier d'un soin de ville adapté dans un contexte d'évaluation, de retour précoce à domicile ou dans un but de maintien en milieu ouvert »⁶. Ce mode d'exercice à « un seul but : celui de proposer les compétences des ergothérapeutes à toute personne dont le projet de vie est son intégration dans la vie sociale, scolaire ou professionnelle, mais également à des particuliers, des associations, des structures, des entreprises, dont les besoins en conseil, en expertise, en formation trouvent réponse dans le champ d'intervention des ergothérapeutes. La demande est donc croissante, le nombre d'installation également. »⁷

Actuellement, « les installations en exercice libéral en temps complet sont plus souvent situées autour des grandes agglomérations. Les ergothérapeutes exerçant en province cumulent davantage leur exercice avec une activité salariale »⁸. Ce constat peut en partie expliquer qu'actuellement il y a pas ou peu d'ergothérapeutes qui exercent au sein de maisons de santé. En effet, les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) se situent préférentiellement dans les zones rurales. Or, dans certaines régions, la MSP doit être le lieu principal d'exercice pour obtenir des subventions, ce qui peut être un frein pour l'installation dans cette structure. Néanmoins, la disparité entre les deux milieux (rural et urbain) tend à

⁶ SOURD, Amélie., POULAT, Mathilde. Rétrospective et point de vue actuel du SYNTEL Ergolib sur l'exercice libéral français en ergothérapie. p.9.

⁷ KOCH, Laurence., RIZET-PONCHON, Bénédicte. Ergothérapeute en libéral, du projet... à l'installation. p.5.

⁸ BIGEX, Aurélie., HELAUT, Brigitte. Instance Exercice Libéral. p.6.

disparaître d'ici peu avec la concrétisation de nombreux projets. Cela aura peut-être une incidence sur la présence des ergothérapeutes au sein des MSP. Certaines cherchant, dès à présent, à recruter des ergothérapeutes, pour répondre à des objectifs spécifiques liés aux besoins des personnes dans un territoire donné. Par exemple concernant le maintien à domicile des personnes âgées ou bien le suivi d'enfants atteints de troubles « dys » (dyspraxie, dysphasie, dyscalculie etc.). Malgré une différence entre les grandes agglomérations et les provinces, l'exercice de l'ergothérapie en libéral est en constante augmentation, de manière générale, depuis plus de vingt ans. Il est donc nécessaire que les ergothérapeutes libéraux soient représentés afin de faire évoluer la pratique de l'ergothérapie en libéral, ainsi que pour faire reconnaître les spécificités de notre profession auprès des différents organismes.

1.1.2. Les différents organismes représentant les ergothérapeutes libéraux.

Les ergothérapeutes libéraux sont dans un premier temps représentés par une instance créée au sein de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) : l'Instance Exercice Libéral (IEL). Cette instance a été créée en février 1998, elle a pour objectif « de développer l'exercice libéral de l'ergothérapie. L'instance entend par « exercice libéral » d'une part, toute activité dans laquelle le professionnel ergothérapeute possède une clientèle après en avoir fait sa création ou son acquisition et d'autre part, la justification de son activité à l'URSSAF ou tribunal de commerce »⁹. L'IEL a des rôles divers et variés, elle permet de faire évoluer le cadre de pratique, par exemple, en proposant en 1999 la charte française des ergothérapeutes libéraux. Il a aussi pour rôle de promouvoir l'exercice en libéral, effectuer le recensement des libéraux, d'informer et d'échanger sur cette pratique. En 2012, l'IEL comprenait 106 adhérents soit 20% des ergothérapeutes libéraux.

« Par la suite, pour répondre à des besoins de prestations en ergothérapie sous convention signée, sollicités par des partenaires et organismes financeurs privés, les précurseurs (Benoit Carlino, Pascale Massines, Catherine Peytavi-Clari et Odile Seraphin) de l'IEL créent le Syndicat National Français des Ergothérapeutes Libéraux (SYNFEL Ergolib) en novembre 2002. »¹⁰. Les missions du SYNFEL sont diverses et reprennent

⁹ BIGEX, Aurélie., HELAUT, Brigitte. Instance Exercice Libéral. p.5.

¹⁰ SOURD, Amélie., POULAT, Mathilde. Rétrospective et point de vue actuel du SYNFEL Ergolib sur l'exercice libéral français en ergothérapie. p.10.

certaines de l'IEL, comme par exemple représenter les ergothérapeutes libéraux. La particularité du SYNTEL est la mise en place et la signature de conventions de partenariat. Par exemple, « un partenariat a été finalisé début 2010 avec la caisse de retraite B2V, permettant l'intervention de plusieurs adhérents pour des dossiers d'évaluation sur le territoire français ». ¹¹ En 2015, le syndicat comptait 109 adhérents.

1.2. Les différents statuts

1.2.1. Le statut de travailleur indépendant

« La qualité de travailleur indépendant est reconnue à toute personne physique exerçant, même à titre accessoire, une activité non salariée non agricole, à caractère artisanal, commercial ou libéral. » ¹². Si une personne est immatriculée auprès d'un organisme d'affiliation, par exemple, l'URSSAF, le Registre du Commerce et des Sociétés (RCS) et si elle pratique l'activité déclarée, alors, elle est considérée comme travailleur indépendant. Contrairement au statut d'auto-entrepreneur, décrit ultérieurement, le statut de travailleur indépendant n'est pas soumis à une limite du chiffre d'affaires. Par conséquent, cela implique des responsabilités et une gestion plus importantes. Selon Isabelle Prigent, le statut de travailleur indépendant implique une comptabilité plus conséquente, par conséquent, il est préférable de confier la comptabilité à un expert-comptable. De plus, ce statut implique également la déclaration de la Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA) tous les trimestres. ¹³ Il existe d'autres statuts ayant des contraintes de gestion moins conséquentes.

1.2.2. La collaboration libérale

« L'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises a donné un cadre légal au statut du collaborateur libéral [...] En vertu de ce texte, « les membres des professions libérales soumises à statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé (...) peuvent exercer leur activité en qualité de collaborateur libéral ». Il est précisé que le collaborateur libéral d'une part, exerce « auprès d'un autre professionnel » et d'autre part, « exerce son activité professionnelle en toute indépendance, sans lien de subordination » en ayant la possibilité de « se constituer une clientèle personnelle ». ¹⁴ Ce statut est possible uniquement entre les personnes exerçant la même profession, par

¹¹ SYNTEL ERGOLIB. Les missions du SYNTEL en détails. www.synfel-ergolib.fr

¹² URSSAF. Indépendants. Profession libérale. www.urssaf.fr

¹³ PRIGENT, Isabelle. D'auto-entrepreneur à profession libérale, les raisons de mon choix.

¹⁴ ASSOCIATION NATIONALE FRANCAISE DES ERGOTHERAPEUTES. La collaboration libérale. www.anfe.fr

conséquent il n'est pas applicable au sein des MSP, sauf s'il y a plusieurs ergothérapeutes. Néanmoins, il peut être une alternative pour les personnes désireuses de tenter une expérience en libéral.

1.2.3. Le statut d'auto-entrepreneur

Le statut d'auto-entrepreneur a été créé en 2009, il s'agit d'une variante de l'entreprise individuelle. L'entreprise individuelle étant « une entreprise n'ayant qu'un seul propriétaire. Juridiquement, on ne fait aucune distinction entre les biens privés de l'entrepreneur et les biens propres à son activité. Aucun apport de capital n'est nécessaire. [...] L'activité déclarée sous le régime auto-entrepreneur peut être exercée à titre principal, par une personne qui veut se lancer « à son compte » ou à titre complémentaire par un salarié du secteur privé, un fonctionnaire ou un retraité qui a un projet de développer une activité annexe. »¹⁵. Ainsi « Le statut d'auto-entrepreneur est un statut avantageux, mais qui présente des limites. Notamment en termes de plafonnement du chiffre d'affaires. Mais la facilité de gestion administrative et financière [...] sont autant d'atouts non négligeables ».¹⁶

Les facilités de gestion ne sont pas négligeables, puisque l'exercice en libéral demande, en plus des compétences d'ergothérapeute, des compétences administratives, fiscales et de gestion. Ce sont autant de tâches qui prennent du temps et qui sont à prendre en compte dans le quotidien de l'ergothérapeute.

2. Le quotidien de l'ergothérapeute en libéral

« L'exercice de l'ergothérapie en profession libérale offre une certaine liberté d'action, [...], mais n'est, cependant, pas exempt d'inconvénients comme la charge de travail indirect, l'investissement personnel et la maîtrise du temps. L'organisation de la charge de travail peut se répartir selon les cinq points suivants : constitution et entretien d'un réseau [...] ; suivi des tâches administratives [...] ; proposition de différents types de prestations (travail direct) [...] ; Exécution du travail indirect [...] ; souci d'une formation continue »¹⁷.

¹⁵ KOCH, Laurence., RIZET-PONCHON, Bénédicte. Ergothérapeute en libéral, du projet... à l'installation. pp.34-35

¹⁶ FAURE, Edouard. Ergothérapeute et auto-entrepreneur. p.29.

¹⁷ HERCBERG, Elisabeth. L'ergothérapeute en activité libérale dans le contexte médico-social actuel. p.38.

2.1. Le travail direct

« Les domaines d'intervention en exercice libéral sont nombreux et variés : prise en charge d'enfants présentant des troubles de l'apprentissage, prise en charge d'adultes, aménagements de domicile, formations de prévention, d'information, actions d'aménagements »¹⁸. Cependant, « l'absence de nomenclature des actes en ergothérapie ne permet pas un accès aux soins égalitaire pour l'ensemble de la population française, le coût des soins et interventions ergothérapeutiques étant à la charge des patients. L'ergothérapie est ainsi dans la catégorie des soins non conventionnés par l'assurance maladie. Un frein certain pour des patients qui se retrouvent en souffrance face à une problématique de dépendance du fait de leur état de santé et face à des besoins en rééducation, aménagements, conseils en adaptation et en prévention. »¹⁹. Néanmoins, il y a des possibilités de financement de ces prestations par : la Maison Départementale de la Personne Handicapée (MDPH), la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) dans le cadre de prestations extra-légales, les mutuelles et assurances et le conseil général. D'autres organismes peuvent également intervenir pour l'aménagement du domicile.

2.2. Lien avec les autres professionnels et création d'un réseau

Lors d'interventions, l'ergothérapeute peut parfois être amené à entrer en relation avec les professionnels de santé (médecins, infirmières, soins à domicile, kinésithérapeutes...), du secteur social (assistante sociale, auxiliaire de vie...) et l'environnement humain (famille, voisinage) du patient. D'où l'important de créer un réseau, « Le réseau est un lien entre les différents acteurs de terrain dans lequel vous vous inscrivez. Le réseau se construit (quelle que soit la profession) sur une période de 3 ans durant laquelle il faut y consacrer du temps et de l'énergie. »²⁰ Mais attention la création du réseau et les ententes entre professionnels ne doivent pas influencer le choix du patient. En effet cette facilité peut ainsi être une limite, car il ne faut pas tomber dans le compérage. Selon l'article 23 (article R.4127-23 du code de la santé publique) tout compérage entre médecins, entre médecins et pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes physiques ou morales est interdit. Cela signifie que toute entente incitant et influençant le choix du patient est interdite, car cela porterait atteinte au libre choix des patients. Néanmoins, on constate

¹⁸ BIGEX, Aurélie., HELAUT, Brigitte. Instance Exercice Libéral. p.6.

¹⁹ SOURD, Amélie., POULAT, Mathilde. Rétrospective et point de vue actuel du SYNFEEL Ergolib sur l'exercice libéral français en ergothérapie. p.12.

²⁰ KOCH, Laurence., RIZET-PONCHON, Bénédicte. Ergothérapeute en libéral, du projet... à l'installation. p.23.

qu'« au quotidien, l'ergothérapeute libéral manque d'échanges immédiats avec d'autres professionnels »²¹.

2.3. Le travail indirect

Il s'agit des tâches administratives, du suivi des dossiers et de la réaction des comptes-rendus. Les tâches administratives courantes sont les suivantes : la comptabilité, les devis et les factures, le suivi des dépenses courantes et les déclarations fiscales. Les dépenses courantes sont liées à l'achat et la gestion du matériel (tests d'évaluation, matériel de rééducation, ordinateur, aides techniques, etc.), aux frais engendrés par le cabinet (eau, électricité, loyer etc.) et au véhicule.

L'intervention des ergothérapeutes se centre sur les besoins des personnes en situation de handicap d'où la multiplicité des accompagnements. L'objectif des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles est de répondre aux besoins de la population sur un territoire précis. Par conséquent, les ergothérapeutes peuvent exercer en tant que professionnels libéraux au sein des MSP. Mais qu'est-ce qu'une maison de santé ?

II. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

La maison de santé ne doit pas être confondue avec la maison médicale. En effet, ces deux structures sont des lieux d'exercices regroupant des professionnels de santé du premier ou du second recours dans les mêmes murs. Cependant, a contrario de la maison de santé, la maison médicale « ne présume ni du type de professionnel y exerçant, ni du mode de mise en commun d'objectifs ou de moyens. »²².

1. Aspect législatif

En 2007, la dénomination « maison de santé » a été inscrite pour la première fois dans la législation française dans l'Article L.6323-3 du code de la santé publique, suite à la loi de financement de la Sécurité Sociale. « Une nouvelle dénomination des maisons de santé est apparue en 2011 : maison de santé pluriprofessionnelle. »²³ Ce terme a pour objectif de montrer la volonté des professionnels de se regrouper et de collaborer.

²¹ SERAPHIN, Odile., GREPPO, Marine., FASKA, Fatiha. et al. Ergothérapeute libéral, son quotidien. p.26.

²² DE HAAS, Pierre. Monter et faire vivre une maison de santé. p.10.

²³ DE HAAS, Pierre. Monter et faire vivre une maison de santé. Éléments d'actualisation, février 2012. p.2.

1.1. La loi Fourcade

La loi Fourcade ou loi n°2011-940 du 10 août 2011 apporte une actualisation de l'article L.6323-3 du code de santé publique qui définit les MSP ainsi qu'une avancée majeure du point de vue du partage des informations entre les professionnels exerçant au sein d'une maison de santé.

1.1.1. Code de la santé publique

Les maisons de santé sont définies de la façon suivante par l'article L. 6323-3: « La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, **auxiliaires médicaux** ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de **premier recours** au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le **projet de santé** est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. ».²⁴

Les trois notions qui se détachent de cette loi sont : auxiliaires médicaux, premier recours et projet de santé. Du fait de l'emploi du terme « auxiliaires médicaux » les ergothérapeutes peuvent exercer au sein des MSP puisque les professions d'auxiliaires médicaux réglementées par le code de la santé publique sont les suivantes : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, [...] ergothérapeutes, psychomotriciens, [...]. Les soins de premiers recours comprennent :

- « 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 4° L'éducation pour la santé. ».²⁵

²⁴ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Code de santé publique. www.legifrance.com

²⁵ Ibid.

L'ergothérapeute s'inscrit particulièrement dans deux éléments des soins de premiers recours, c'est-à-dire le traitement et le suivi des patients et l'éducation pour la santé. Par exemple, Pierre DE HAAS décrit l'expérience de la maison de santé de Saint-Amand-en-Puisaye (58),²⁶ où une ergothérapeute intervient ponctuellement dans différentes actions de prévention, s'inscrivant ainsi dans une démarche d'éducation pour la santé.

Enfin, la notion de projet de santé est au centre des MSP car c'est ce projet qui différencie la maison de santé de la maison médicale, c'est pour cela qu'elle sera plus précisément expliquée dans une prochaine partie.

1.1.2. Le partage de l'information

« Le partage des informations entre les professionnels de santé est essentiel à l'exercice coordonné. C'est pourquoi, depuis la loi du 10 août 2011, les professionnels de santé exerçant au sein des maisons de santé peuvent accéder à l'ensemble des informations de santé concernant les patients qu'ils prennent en charge »²⁷. Ce partage des informations peut se faire par plusieurs moyens, par exemple grâce à l'utilisation de logiciel informatique tel que MédiStory. Le droit au partage des informations est inscrit à l'article L.1110-4 qui stipule que « les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge, sous réserve :

- 1° du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes ;
- 2° de l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3. La même personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé. »²⁸.

²⁶ DE HAAS, Pierre. Monter et faire vivre une maison de santé. p.53.

²⁷ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Le partage de l'information entre les professionnels de santé dans les centres et les maisons de santé. www.sante.gouv.fr

²⁸ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Guide méthodologique relatif à la circulation au sein des centres et des maisons de santé, des informations concernant la santé des patients. p.3.

Le consentement du patient doit être « libre » et « éclairé ». Le terme « libre » signifie que l'acceptation a été recueillie sans pression morale et que le droit de refus ou de retrait a été exposé lors du recueil du consentement. Le terme « éclairé » signifie que la personne a préalablement reçu une information de « qualité », c'est-à-dire complète et compréhensible, concernant les finalités et les conditions de la circulation des informations ainsi que sur les risques et les conséquences possibles lorsque les informations ne sont pas accessibles à l'ensemble des professionnels. Le consentement peut être recueilli « par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée », c'est-à-dire que l'accord peut être verbal. Néanmoins, une « trace » écrite est tout de même préférable pour protéger le professionnel en cas de conflit. Une fois le consentement de la personne recueilli, l'ensemble des informations (médicales, touchant à la vie privée etc.) sont susceptibles d'être partagées, à condition que le professionnel souhaitant accéder aux informations ait adhéré au projet de santé de la MSP et que celui-ci effectue un suivi du patient. Dans le cas où « pour assurer la continuité des soins ou déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible »²⁹, les informations doivent être communiquées à un professionnel ne répondant pas à ces conditions, seules les informations utiles et pertinentes seront communiquées. Par conséquent, les informations seront préalablement triées avant d'être transmises. Cette loi facilite donc la mise en place d'un dossier patient partagé (par exemple informatisé) et ainsi favorise l'exercice coordonné au sein des maisons de santé.

*1.2. Le projet de santé*³⁰

Le projet de santé est une notion essentielle au cœur de la MSP. En effet, ce projet est à la fois prévu dans l'article L.6323-3 et la signature de celui-ci est également une condition à l'autorisation du partage d'information comme vu précédemment. Il est important pour les MSP car « c'est au travers des objectifs et de l'organisation décrits dans le projet de santé que sera effectuée la distinction entre la structure et un simple regroupement de professionnels de santé en un même lieu »³¹. Un projet de santé n'est pas figé dans le temps. Celui-ci peut être modifié et évoluer en parallèle de l'offre et des besoins de la population. Le projet de santé doit être rédigé puis validé (signé) par l'ensemble des professionnels exerçant au sein de la structure. Il doit comporter les deux parties suivantes : le diagnostic préalable des besoins et le projet de santé de la structure (voir schéma n°1).

²⁹ Ibid. p.5.

³⁰ DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS. Le projet de santé des maisons et pôles de santé.

³¹ Ibid. p.1.



Schéma n°1 : Elaboration du projet de santé en deux étapes.

Cette première partie reprend le principe de l'analyse territoriale. Les moyens utilisés pour établir ce diagnostic doivent être clairement explicités, puisque de ce diagnostic découle les premières orientations du projet de santé en matière de soins, de prévention, d'éducation, de formation etc. La première partie du projet de santé peut ainsi se résumer en trois phases (schéma n°2).

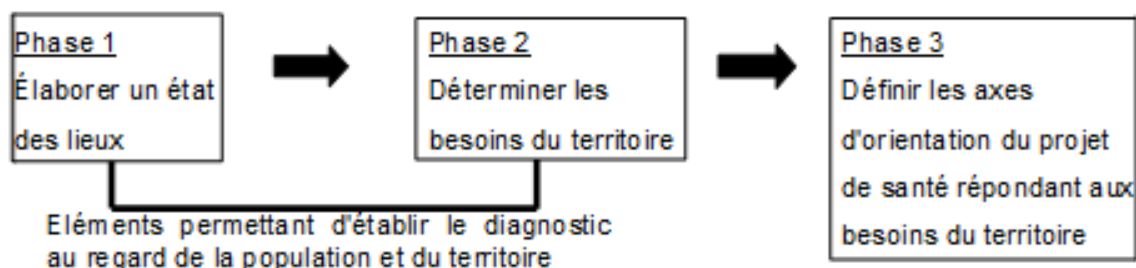


Schéma n°2 : Elaboration du diagnostic préalable des besoins

La deuxième partie consiste à formaliser le projet de santé de la structure. Celui-ci s'articule autour de deux grands axes : le projet professionnel et le projet de soins. Pour illustrer certains points de ce projet, je prendrais l'exemple la maison de santé de Saint-Amand-en-Puisaye (58) qui est décrit par Pierre DE HAAS dans son ouvrage³².

Le **projet professionnel** contient :

- **le management de la structure** : recensement des professionnels exerçant au sein de la MSP ainsi que leur présence ;

Exemple : la maison de santé est composée de treize professionnels libéraux (« 3 médecins généralistes, 3 infirmières, 1 chirurgien-dentiste, 1 kinésithérapeute, 1 psychologue

³² DE HAAS, Pierre. Monter et faire vivre une maison de santé. pp.48-61

clinicienne psychothérapeutes, 1 diététicienne, 1 pédicure podologue, 1 orthophoniste neuropsychologue et 1 sage-femme »), de plus elle accueille l'Association Amandinoise Pour l'Aide à Domicile (ASAPAD) et le relais local du Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) pour les personnes âgées.

- **l'organisation de la pluriprofessionnalité** : dispositifs mis en place témoignant d'un exercice coordonné (réunions pluriprofessionnelles etc.) ;

Exemple : « Tous les professionnels de santé se réunissent une fois par mois. Assistent également à ces réunions l'ASAPAD, le pharmacien et la compagnie de taxi. »

- **le système d'information** : moyen facilitant l'accès au dossier du patient par tous les professionnels, dans le respect et les conditions prévus par la loi Fourcade ;

Exemple : L'utilisation du logiciel MédiStory permet de favoriser la continuité des suivis, car il contient l'ensemble des informations nécessaires pour l'accompagnement des patients.

- **le développement professionnel continu et la démarche qualité** : uniquement dans le cas où des moyens sont mis en place ;

- **modalités d'accueil d'étudiants en formation et participation à la recherche**

Exemple : la maison de santé accueille des étudiants en médecine, des étudiants infirmiers, orthophonistes, sages-femmes et diététiciennes.

Le **projet de soins** comprend :

- **l'accès aux soins** : les actions menées et les mesures prises pour informer et faciliter l'accès de la population aux offres de soins proposées par la MSP ;

- **la continuité des soins** : organisation mise en place pour répondre aux demandes de soins non programmées c'est-à-dire les demandes en dehors des horaires d'ouverture et organisation en cas d'absence d'un professionnel habituel ;

Exemple : « La continuité des soins les jours ouvrables est assurée de 8 h à 20 h du lundi au vendredi et jusqu'à 12 h le samedi. Elle est permise grâce au dossier médical partagé et à la coordination interprofessionnelle. »

- **la coopération et la coordination externe** : les relations de la structure avec des partenaires extérieurs (relations effectives et/ou en projet) ;

Exemple : la maison de santé accueille également une antenne du Centre Médico-Psychologique (CMP) de Cosne-sur-Loire et des permanences de médecine du travail. De plus, il y a des partenariats mis en place avec des intervenants extérieurs : entreprise de taxi, pharmacien et ergothérapeute.

- **qualité de la prise en charge** : démarches permettant l'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques, mise en place de nouveaux services pour améliorer la prise en charge des patients (éducation thérapeutique du patient, télémédecine etc.).

2. Quelques chiffres

Depuis l'apparition des maisons de santé en 2007, leur nombre ne cesse d'augmenter sur le territoire français. En effet, selon l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) « en janvier 2013, 291 maisons de santé étaient dénombrées en France : 207 dans des espaces à dominantes rurales, 80 dans des espaces à dominantes urbaines, et 4 dans les départements d'outre-mer »³³. Soit plus de 70% des maisons de santé installées en milieu rural, ce qui illustre l'un des objectifs premiers des MSP qui est de lutter contre la désertification médicale. D'après la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé³⁴ (FFMPS) « les chiffres officiels de l'Observatoire des Maisons de santé du Ministère de la Santé, dressent une perspective de plus de 500 maisons de santé en 2014. », de plus « il est probable que le nombre de 1000 sera dépassé en 2015. »³⁵ Cette hausse des MSP est repérable sur l'ensemble du territoire (milieu rural et urbain). Par exemple en 2014, la région Ile de France recensait 17 MSP ouvertes et 50 projets d'ouverture ; ces chiffres étant quasiment identiques pour l'Auvergne. Ceci montre bien que les MSP sont en pleine expansion sur l'ensemble du territoire.

3. Monter une maison de santé

Ce développement des MSP s'est effectué progressivement. 6 « briques » sont nécessaires « pour bâtir une maison de santé : l'analyse territoriale, la dynamique humaine, le projet de santé et le projet professionnel, les aspects juridiques, le financement du bâtiment et le projet immobilier ».³⁶ Par conséquent, de nombreux éléments sont à prendre en compte et l'élaboration d'un projet prend du temps. Afin de promouvoir les MSP, le ministère de la Santé a proposé en 2008 une aide financière à la condition de répondre aux obligations suivantes : « la maison de santé doit comporter au moins deux médecins généralistes et un autre professionnel de santé ; elle doit être le lieu principal de l'activité ; le projet commun

³³ CHEVILLARD, Guillaume., MOUSQUES, Julien., LUCAS-GABRIELI, Véronique., et al. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins libéraux. pp. 1-3.

³⁴ Association créée en Septembre 2008, dont les objectifs premiers sont : représenter les maisons et pôles de santé, soutenir leur développement et les professionnels de santé y exerçant.

³⁵ FEDERATION FRANCAISE DES MAISONS ET POLES DE SANTE. Qu'est-ce qu'une Maison et un Pôle de santé ? www.ffmps.fr

³⁶ DE HAAS, Pierre. Monter et faire vivre une maison de santé. p.93.

doit définir les modalités de garantie d'accès et de continuité des soins ; il doit comporter un engagement pour un système d'information moderne et un engagement dans la formation des étudiants »³⁷.

Il est à noter que les obligations précédemment citées peuvent varier en fonction des référentiels définis par les Agences Régionales de Santé (ARS). En effet, les conditions d'éligibilité à une aide financière tiennent compte des besoins de la population régionale. Par exemple en Bourgogne, « le noyau dur minimum est de 2 médecins généralistes [...] et 2 paramédicaux dont au moins un infirmier diplômé d'Etat ».³⁸ De plus, « la MSP doit : être une structure d'exercice coordonné et pluri professionnelle offrant des soins de premiers recours ; avoir élaboré un projet de santé en référence avec le volet ambulatoire du SROS³⁹ ; assurer une prise en charge coordonnée et la continuité des soins ; proposer des actions de prévention et assurer l'information et l'orientation des patients ; encadrer et accueillir des stagiaires ; utiliser un système d'informations partagé. ». ⁴⁰Ainsi il est important de connaître les conditions d'éligibilité de sa région, puisque toutes MSP remplissant les conditions requises peuvent bénéficier d'aides financières (par l'Europe, l'Etat, la région, les conseils généraux, l'assurance maladie, l'ARS) mobilisables pour le projet immobilier et l'équipement. L'aspect financier est donc un élément important, car il permet, entre autre, le financement du bâtiment qui constitue l'une des six « briques » précédemment citées.

Néanmoins, tous ces éléments ne peuvent s'articuler sans les professionnels constituant la maison de santé, car « les premiers acteurs d'une maison de santé sont les professionnels de santé libéraux du territoire. Obtenir leur adhésion et leur mobilisation est nécessaire à la réussite du projet »⁴¹, d'où l'importance de la dynamique humaine.

L'adhésion et la mobilisation de l'ensemble des professionnels libéraux sont donc primordiales pour la réussite de ce projet. Peut-on alors parler d'interprofessionnalité dans le cadre des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles ?

³⁷ Ibid. p11.

³⁸ AGENCE REGIONALE DE SANTE DE BOURGOGNE. L'exercice coordonné en Bourgogne. p.33.

³⁹ Schémas Régionaux d'Organisation des Soins

⁴⁰ Ibid. p78.

⁴¹ DE HAAS, Pierre. Monter et faire vivre une maison de santé. pp. 108-109.

III. Pratique pluri ou interprofessionnelle ?

L'expansion des maisons de santé sur le territoire est aussi liée à la volonté des professionnels de santé libéraux de se regrouper. En effet, selon Le Boterf « les gains de productivité ou de performance d'une unité ou d'un collectif de travail se situent actuellement de plus en plus dans les interactions entre les membres d'un collectif de travail, dans la qualité des relations qu'ils entretiennent entre eux. La valeur ajoutée réside non plus dans l'addition de valeurs de chaque opération réalisée, mais dans les interfaces existant entre ces opérations. »⁴². Par conséquent, « il devient impossible d'agir avec compétence en restant isolé et sans **coopérer** avec d'autre »⁴³.

1. Notion de coopération et de collaboration

C'est à partir de ces deux notions que la pluriprofessionnalité et l'interprofessionnalité seront décrits par la suite, car une réflexion sur la signification de ces termes va permettre de définir les éléments importants différenciant la pratique pluri et interprofessionnelle.

D'après le dictionnaire Larousse, le mot coopération signifie participer à une œuvre commune. Cette définition associe donc la coopération à la participation à une action, sans conditions précises préalables. Or selon Zarifian il existe deux versions de coopération une « faible » et une « forte ».

La version « faible » est « compatible avec le maintien des anciens paradigmes : on maintient un travail séparé et divisé, on entretient le principe selon lequel la responsabilité ne se partage pas (à chacun sa tâche et son domaine de responsabilité), mais on vise à améliorer les passages de relais et les dialogues entre ces travaux séparés. »⁴⁴ Autrement dit, cette version de la collaboration est plutôt assimilable à la pluriprofessionnalité de par le « travail séparé et divisé ».

A contrario, la version « forte » consiste à « travailler ensemble, et pas seulement de coordonner des travaux séparés. Et travailler ensemble, dans les conditions modernes de la production, c'est communiquer, au sens de construire et de développer un espace d'intersubjectivité, de compréhension réciproque, c'est établir des accords solides sur : la nature des problèmes à traiter et des savoirs à développer ; l'identité (au moins partielle) des objectifs, et donc des processus communs de définition de ces objectifs ; le sens donné aux

⁴² LE BOTERF, Guy. Construire les compétences individuelles et collectives. p.205.

⁴³ LE BOTERF, Guy. Travailler en réseau et en partenariat. p.9.

⁴⁴ ZARIFIAN, Philippe. Travail et communication. p.15

actions, et donc les valeurs qui les fondent »⁴⁵. Cette citation apporte un début de réflexion à propos de l'interprofessionnalité, et particulièrement sur la différenciation avec la pluriprofessionnalité par le fait de « travailler ensemble ».

Le Boterf définit à son tour la coopération dans son ouvrage *De la compétence à la navigation professionnelle*, en 1997, « La coopération : Une mission commune est définie et le groupe se répartit des activités à réaliser. Les solutions trouvées sont plus réelles grâce aux apports réciproques et il y a possibilité de recouvrement d'erreurs par composition entre les membres du groupe. »⁴⁶. Cette citation apporte un nouvel élément qui est les « apports réciproques ».

La notion de coopération est souvent associée à celle de collaboration. Ces deux termes peuvent même être parfois confondus. Cela s'explique notamment par la définition quasiment similaire du Larousse, c'est-à-dire participer à une œuvre avec d'autres. Afin de distinguer les deux termes, Le Boterf définit la collaboration de la façon suivante : la « mission est commune, mais les activités restent indépendantes. Elle entraîne des risques provenant de la méconnaissance d'objectifs communs à court terme »⁴⁷.

Ces définitions sur la coopération et la collaboration apportent des éléments de réflexion sur la démarche interprofessionnelle. On peut également s'interroger sur la pratique au sein des maisons de santé et ainsi émettre l'hypothèse qu'il s'agit d'une pratique interprofessionnelle si l'on s'appuie sur les éléments suivants, pouvant être associés à la rédaction et à la signature du projet de santé : « travailler ensemble », « établir des accords solides », « mission commune ». Mais est-ce que l'interprofessionnalité se limite à ces éléments ?

⁴⁵ Ibid. p.30.

⁴⁶ LE BOTERF, Guy. Construire les compétences individuelles et collectives. p.260

⁴⁷ Ibid.

2. Démarche pluri ou interprofessionnelle ?

2.1. Discipline ou profession

« L'ergothérapie est, dit-on, inscrite dans la pluri, multi, poly, l'inter, la trans professionnalité, et non disciplinarité, car l'ergothérapie est une profession et non une discipline médicale comme le sont la gynécologie, la psychiatrie, la rhumatologie. »⁴⁸. Ainsi « l'ergothérapie est une profession au même titre que la médecine et la plomberie, c'est-à-dire qu'elle est pratiquée professionnellement en tant qu'emploi rémunéré par des actes, des tâches données ».⁴⁹ Par conséquent, puisque les maisons de santé sont constituées de médecins généralistes et de paramédicaux, on peut associer la notion de professionnalité à la maison de santé, car « si nous ne sommes ni disciplines, ni disciple, nous sommes donc profession et professionnels et agissons effectivement dans le registre de la pluri, inter, multi professionnalité. ».⁵⁰

2.2. Définitions : pluri et interprofessionnalité

2.2.1. Pluriprofessionnalité

Selon J-P Guihard, la pluriprofessionnalité consiste en la « mise en commun de différentes spécialités, chacune gardant sa spécialité, ses compétences [...]. La pluriprofessionnalité garantit l'identité professionnelle car elle cloisonne, protège chacun d'elle. Chacun garde sa spécialité, ses caractéristiques, modifiant son environnement par rapport aux objectifs fixés ce qui place les professionnels comme étant juxtaposés, c'est-à-dire, les uns à côté des autres ».⁵¹

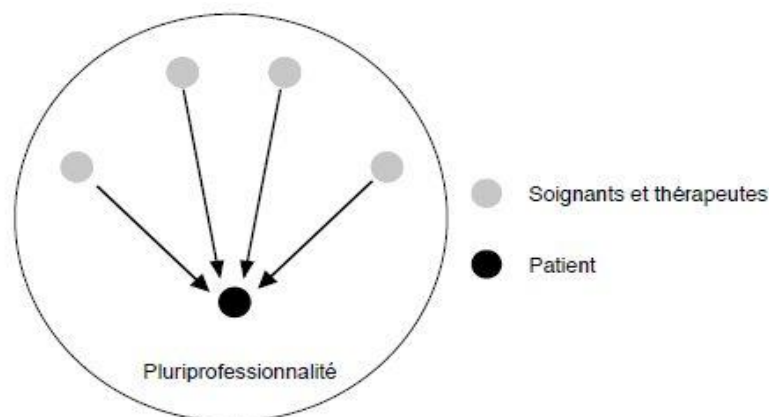


Schéma n°3 ⁵²: Représentation de la notion de pluriprofessionnalité

⁴⁸ GUIHARD, Jean-Philippe. Et si l'ergothérapie était une condiscipline parce qu'indisciplinée ? p.19.

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ GUIHARD, Jean-Philippe. Interprofessionnalité ou interprovidence ? p. 3.

⁵¹ Ibid.

⁵² Ibid.

Cela implique que « travailler dans une équipe pluridisciplinaire veut juste dire que l'on travaille à plusieurs disciplines sans préciser comment ces équipes travaillent les unes avec les autres, sans présumer des relations qu'elles peuvent entretenir. [...] nous sommes dans la configuration de relations pluriprofessionnelles, c'est-à-dire, des personnes les unes à côté des autres dans le hall d'une gare »⁵³.

La Direction Générale de l'Offre de Soins stipule que le projet de santé doit contenir « l'organisation de la pluriprofessionnalité », c'est-à-dire les mesures mises en place pour assurer une coordination optimale entre les différents professionnels de la structure. Or « la coordination doit veiller à ce que chaque membre de l'équipe adhère aux valeurs communes, maîtrise la méthodologie employée ; ait accès à toute l'information nécessaire ; partage son savoir avec tous ; reconnaisse l'autre et sa compétence. »⁵⁴. Cela implique-t-il donc une relation entre les professionnels de la structure, et ainsi une démarche interprofessionnelle ?

2.2.2. Interprofessionnalité

À la différence du préfixe « pluri », « l'inter » désigne le lieu et le temps, pose un cadre et renvoie à l'humain, au cadre de toute relation en tant qu'unité de lieu et de temps »⁵⁵. Les maisons de santé pluriprofessionnelles donnent aux professionnels cette unité de lieu. L'unité de temps est plus difficile à réaliser de par les emplois du temps de chacun, néanmoins, selon les recommandations, celle-ci doit être définie dans le projet de santé. D'une part, il doit contenir les jours et horaires de présence de chaque professionnel et d'autre part, l'organisation de la pluriprofessionnalité implique de prévoir par exemple des réunions mensuelles.

Selon J-P Guihard, « L'interprofessionnalité est la création d'une nouvelle entité constituée de différentes professions, cette entité n'étant pas formellement existante, mais transcendante des différences et des modalités. [...] L'interprofessionnalité implique des coordinations, des articulations pour pouvoir fonctionner. »⁵⁶.

⁵³ GUIHARD, Jean-Philippe. Et si l'ergothérapie était une condiscipline parce qu'indisciplinée ? p.23.

⁵⁴ GOULLET DE RUGY, Bénédicte. La démarche interdisciplinaire : rêve, cauchemar ou possibilité ? p.17.

⁵⁵ GUIHARD, Jean-Philippe. Et si l'ergothérapie était une condiscipline parce qu'indisciplinée ? p.24.

⁵⁶ GUIHARD, Jean-Philippe. Interprofessionnalité ou interprovidence ? p.3.

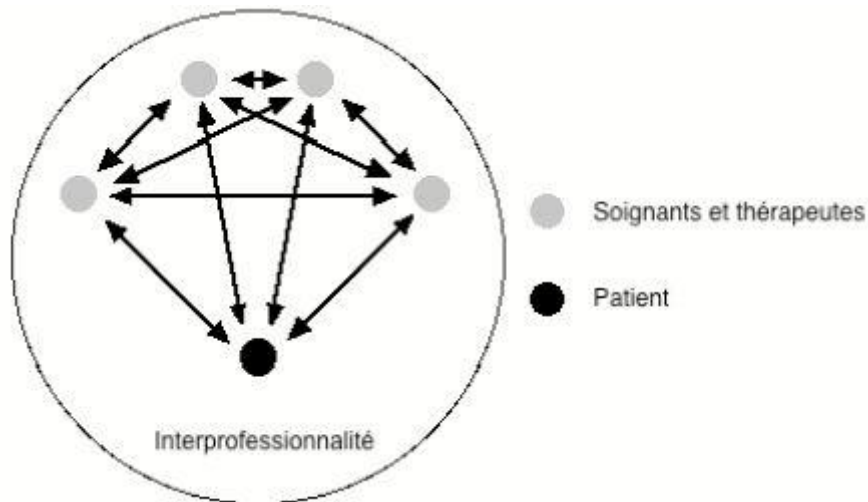


Schéma n°4 ⁵⁷: Représentation de la notion d'interprofessionnalité

L'interprofessionnalité est également décrite par Mourey et Outata comme étant « les processus et modalités d'organisation de travail et de communication sociale permettant à des professionnels d'horizons, de cultures et de pratiques différents d'échanger, et éventuellement de mettre en commun, des connaissances, des informations, des opinions, des vécus personnels en vue d'analyser et de comprendre toutes les situations professionnelles auxquelles chacun est susceptible d'être confronté (diagnostic situationnel médico-social décision de prise en charge, élaboration d'un document de référence...). Ce travail en équipe, fondé sur la recherche de représentations et de valeurs compatibles, permet la coordination des rôles et la répartition des tâches en vue d'élaborer des projets et des plans d'actions et de donner une signification partagée au sein de l'action collective. ».⁵⁸

Néanmoins pour que ce travail en équipe et partage entre les professionnels fonctionne, Ardoino précise que « Dans le cas d'une équipe de recherche, on conçoit sans peine qu'un groupe interdisciplinaire ait plus de chances, que des chercheurs opérant individuellement, de multiplier des éclairages en maintenant les niveaux de chacune des compétences spécialisées voulues par une telle approche. Mais encore faut-il que ces chercheurs ne se trouvent pas simplement juxtaposés. Même convenablement organisés par un projet commun de recherche, ils doivent encore se montrer suffisamment polyglottes pour pouvoir effectivement comprendre et parler, un peu, eux-mêmes, les langages disciplinaires

⁵⁷ GUIHARD, Jean-Philippe. Interprofessionnalité ou interprovidence ? p.4.

⁵⁸ MOUREY, France., OUTATA, Sabrina. Interprofessionnalité en gérontologie. p.22.

de leurs autres coéquipiers. Sinon on en resterait à l'état du manteau d'Arlequin. ».⁵⁹ Par conséquent pour pratiquer en interprofessionnalité il faut comprendre et être compris par l'ensemble des professionnels, cela implique de connaître son identité professionnelle ainsi que connaître la spécificité des autres professions.

La profession d'ergothérapeute étant parfois encore mal-connue, la pratique en MSP peut favoriser la reconnaissance du métier de par l'exercice dans un lieu commun, ce qui peut faciliter les échanges et donc la mise en place d'une démarche interprofessionnelle. Néanmoins l'ergothérapeute est-il prêt pour cette démarche ?

2.3. Place de l'ergothérapeute dans la démarche interprofessionnelle

« La démarche interdisciplinaire permet de réunir en un tout ces éléments dispersés, elle favorise donc l'approche globale, puisqu'on parvient alors à décrire une même réalité avec une méthodologie commune aux diverses disciplines. ». Or « les ergothérapeutes revendiquent leur prise en compte de la personne dans une approche globale, en tenant compte de son environnement. »⁶⁰, l'environnement étant à prendre au sens large, c'est-à-dire l'environnement humain et matériel. Par conséquent, de par leur formation initiale, les ergothérapeutes sont tout particulièrement sensibilisés à la démarche interprofessionnelle. De plus, « ils ont été préparés, pendant leur formation de base et leurs parcours professionnel, à définir ce qui les caractérise, mais aussi ce qui caractérise les autres professions (connaissance et reconnaissance de l'autre). ».⁶¹ Cela est stipulé dans le Portfolio de l'étudiant ; la compétence 9 étant « Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs ». Celle-ci comprend notamment la pertinence de l'identification et de la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs, la pertinence des coopérations mises en œuvre et la conformité des actions mises en place avec la répartition des compétences.

Ainsi, en théorie l'ergothérapeute est prêt et à sa place dans la démarche interprofessionnelle.

⁵⁹ GUIHARD, Jean-Philippe. Interprofessionnalité ou interprovidence ? p.4.

⁶⁰ GOULLET DE RUGY, Bénédicte. La démarche interdisciplinaire : rêve, cauchemar ou possibilité ? pp.15-16.

⁶¹ Ibid.

Conclusion du cadre conceptuel

D'après ce cadre conceptuel et les raisonnements que j'ai développés, il apparaît que, dans le cadre de l'exercice de l'ergothérapie en libéral, la création d'un réseau prend du temps et que les échanges avec les autres professionnels au quotidien sont limités. D'un autre côté, ce cadre conceptuel suppose que l'exercice au sein d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle permet de s'inscrire dans une démarche interprofessionnelle, par le biais du projet de santé qui doit témoigner d'un exercice coordonné ; la coordination impliquant la mise en commun d'objectifs concernant les besoins de santé d'une population ciblée. Ainsi, à partir de ces réflexions, je pose l'hypothèse suivante :

La pratique en Maison de Santé Pluriprofessionnelle favorise l'exercice en interprofessionnalité pour les ergothérapeutes libéraux.

PARTIE PRATIQUE

I. Présentation de la recherche

1. Présentation

1.1. Contexte de l'enquête

Mon étude porte sur l'exercice de l'ergothérapie en libéral et plus précisément sur les attentes et les possibilités de ce mode d'exercice. Je cherche, par le biais de mon enquête, à mettre en lien ma partie théorique et l'application dans la pratique de ce cadre conceptuel. Ainsi, j'espère trouver des éléments qui me permettront de valider, de valider partiellement ou d'invalidier mon hypothèse.

Ma partie théorique porte sur les Maisons de Santé Professionnelles (MSP) et au mode d'exercice qui s'y rattache, l'exercice en libéral. Or, après avoir effectué des recherches, j'étais forcée de constater qu'actuellement il n'y a pas ou peu d'ergothérapeutes qui exercent au sein des MSP et que la répartition des MSP est variable en fonction de la dominance du milieu. Par conséquent, mes chances de pouvoir interroger des ergothérapeutes exerçant dans ce type de structure étaient limitées. De plus, du fait de la répartition des MSP sur le territoire, trouver un(e) ergothérapeute connaissant le fonctionnement des MSP était aléatoire. Partant de ces constats, j'ai élargi ma recherche afin de réaliser plutôt un « état des lieux » sur l'exercice en libéral, l'interprofessionnalité dans ce contexte et la connaissance des MSP.

1.2. Rappel de ma question de recherche et de l'hypothèse

Ma question de recherche :

En quoi les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles sont-elles une alternative pour les ergothérapeutes libéraux ?

Mon hypothèse :

La pratique en Maison de Santé Pluriprofessionnelle favorise l'exercice en interprofessionnalité pour les ergothérapeutes libéraux.

2. Méthodologie d'enquête

2.1. Choix des outils

J'ai décidé d'interroger des ergothérapeutes libéraux par le biais d'un questionnaire à remplir en ligne. J'ai choisi cet outil car je souhaitais avoir des réponses quantitatives. De plus, ce moyen m'a permis d'étendre ma recherche sur l'ensemble du territoire et d'augmenter le nombre possible d'ergothérapeutes exerçant en libéral. De plus, cela m'a permis de recevoir les réponses au questionnaire en temps réel (au jour, le jour) et ainsi, j'ai pu entrer progressivement les réponses dans un tableau excel afin de les traiter plus facilement par la suite. L'utilisation d'internet permet également de paramétrer le questionnaire comme on le souhaite, en ajoutant par exemple l'option « obligation de réponse » ; cela est un moyen de garantir des réponses nécessaires pour l'interprétation de l'enquête. Ou bien, on peut également masquer une question en fonction de la réponse à la précédente.

Je souhaitais obtenir une vingtaine de réponses afin que mes résultats soient significatifs.

2.2. Population interrogée

Mon enquête est destinée aux ergothérapeutes libéraux. Par conséquent, afin de cibler mes envois, j'ai effectué une recherche sur le site de l'ANFE qui, par le biais de l'IEL, répertorie les ergothérapeutes libéraux. Ainsi, j'ai obtenu une liste de 89 ergothérapeutes exerçant en libéral sur l'ensemble du territoire et dans des domaines variables. Je ne souhaitais pas cibler précisément le domaine d'intervention, car comme nous avons pu le voir, l'intervention des ergothérapeutes au sein des MSP dépend des besoins de la population sur le territoire donné. Par conséquent, ce n'était pas un critère significatif pour mon enquête. De plus, je n'ai pas ciblé de département en particulier, car je souhaitais avoir un aperçu global de la pratique de l'ergothérapie en libéral en France et voir s'il y avait une nuance dans les pratiques et dans la connaissance des MSP en fonction du milieu d'exercice.

2.3. Elaboration de l'outil

Mon questionnaire est constitué de questions fermées (oui/non), à choix multiples et aussi de questions ouvertes. J'ai élaboré mon outil grâce au site : webquest, qui est un site d'hébergement de questionnaires en ligne. Mon questionnaire était ainsi accessible par le biais d'un lien. Je l'ai élaboré en plusieurs thématiques, les premières questions me

permettent de mieux cibler les personnes ayant répondu et ainsi de connaître plus précisément la population interrogée. Ensuite, j'ai réalisé une partie sur l'exercice en libéral, concernant les attentes et les difficultés rencontrées par rapport à ce mode d'exercice et sur le contact avec les autres professionnels. Enfin, une dernière partie est consacrée aux MSP. Le questionnaire est composé de 12 questions communes et d'au maximum 5 questions intermédiaires qui apparaissent en fonction de la réponse à la question précédente (voir Annexe II). Une fois le questionnaire activé sur le site, j'ai envoyé un message électronique comprenant le lien du questionnaire à l'ensemble des adresses que j'avais à disposition.

II. Résultats de l'enquête

Comme dit précédemment, j'ai envoyé le lien permettant de répondre au questionnaire à 89 ergothérapeutes exerçant en libéral. Parmi ces envois, j'ai reçu 26 réponses, soit un taux de réponse de 29 %, ce qui est un pourcentage satisfaisant par rapport à mes attentes de départ et à ma volonté d'effectuer un état des lieux concernant l'ergothérapie en libéral.

1. Présentation des informations recueillies

Pour présenter les résultats, je vais m'appuyer sur des graphiques que j'ai réalisés à partir des réponses des ergothérapeutes libéraux. Pour les questions ouvertes, j'ai utilisé la méthode de l'analyse thématique et particulièrement l'analyse catégorielle⁶², c'est-à-dire que j'ai repéré puis comparé les fréquences des réponses, certaines étant regroupées en catégories.

- Question 1 : En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?

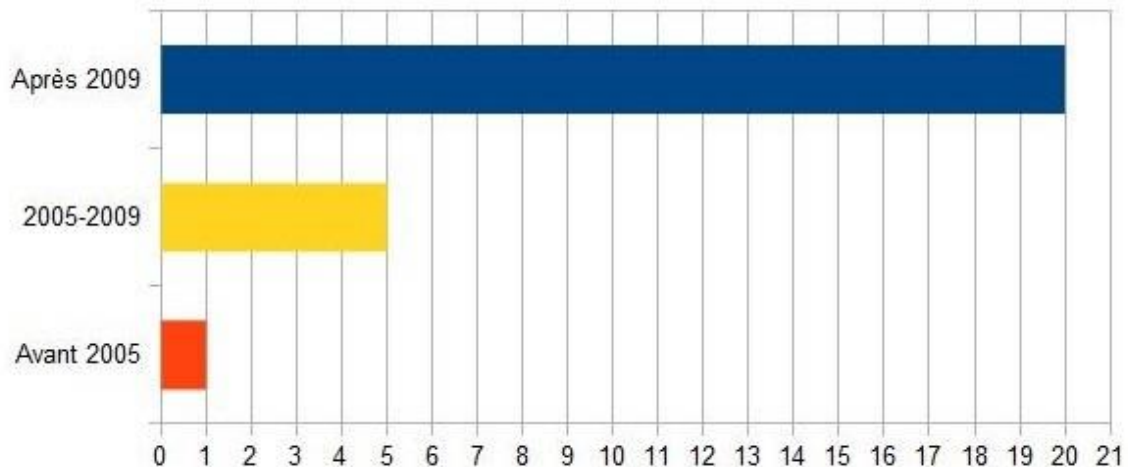
Objectif : connaître le nombre d'années d'expérience des ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire, afin de mieux cibler la population.

Les années d'obtention du diplôme étant diverses et variées (de 1981 à 2014), j'ai choisi de réaliser, de façon arbitraire, deux catégories : les plus ou moins de 10 ans d'expérience. On constate que 62 % des ergothérapeutes libéraux ayant répondu au questionnaire ont moins de 10 années d'expérience. Et 38 % ont plus de 10 ans d'expérience. Plus précisément, 1/3 des personnes interrogées ont obtenu leur diplôme il y a moins de 5 ans.

⁶² CAMPENHOUDT, Luc-Van., QUIVY, Raymond. Manuel de recherche en sciences sociales. p.208.

- Question 2 : Quelle est l'année de votre première installation en libéral ?

Objectif : connaître le nombre d'années d'exercice en libéral, pour cibler la population ayant répondu au questionnaire. De plus, l'association des questions une et deux permet de savoir le nombre d'années séparant l'obtention du diplôme et l'installation en libéral.



Graphique n° 1 : Année d'installation en libéral.

Les années d'installation en libéral étant également variables (de 1990 à 2015), j'ai donc choisi de les regrouper en trois catégories : avant 2005, entre 2005-2009 et après 2009. Ces années correspondant aux différents statuts, c'est-à-dire la collaboration libérale en 2005 et le statut d'auto-entrepreneur en 2009. Cela me permet d'avoir des pistes pour l'interprétation. On constate que parmi les 26 ergothérapeutes interrogés, 20 se sont installés en libéral après 2009, soit 77 %, 5 entre 2005 et 2009, soit 19 % et 1 avant 2005 (plus précisément en 1990) soit 4 %.

- Question 3 : Dans quel milieu exercez-vous ?

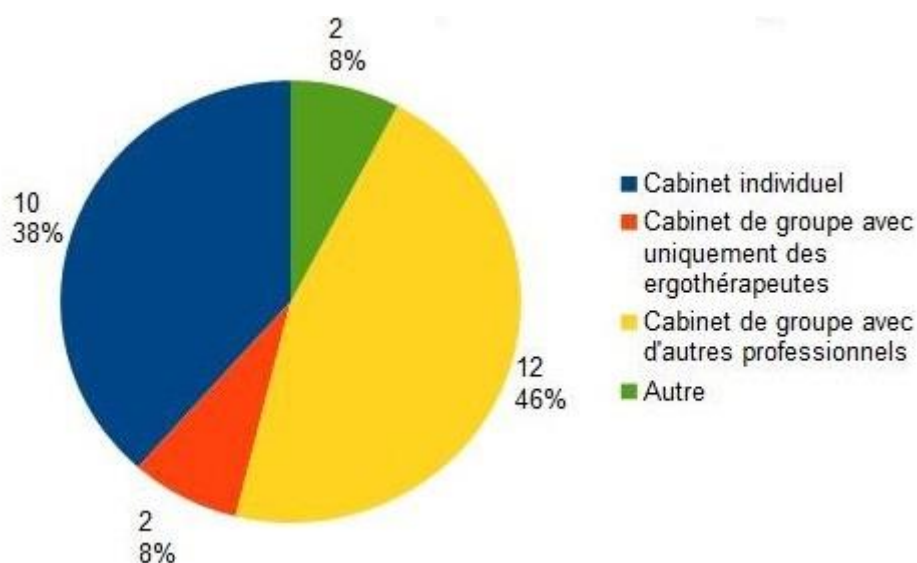
Objectif : connaître le milieu d'exercice des ergothérapeutes libéraux, dans le même objectif que les questions précédentes. De plus, cette question permet d'avoir des éléments sur le lien (ou non), entre les difficultés rencontrées et la connaissance des MSP avec le milieu d'exercice.

Parmi les ergothérapeutes libéraux interrogés, 15 exercent dans un milieu à dominance urbaine et 11 dans un milieu à dominance rurale. Même si l'on constate qu'ils exercent majoritairement dans un milieu urbain, la proportion est quasiment respectée, ce

qui permet d'avoir un aperçu de l'exercice de l'ergothérapie en libéral en fonction du milieu d'exercice.

- Question 4 : Vous travaillez au sein d'un cabinet...

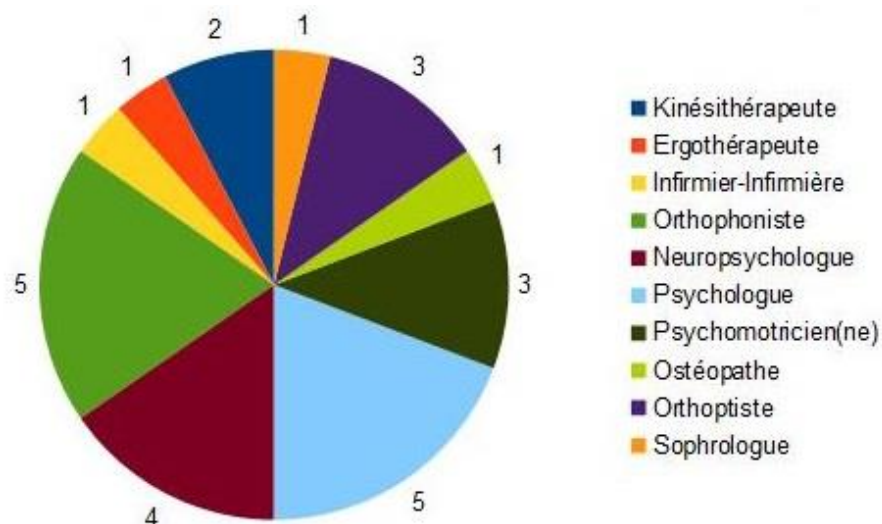
Objectif : savoir si les ergothérapeutes libéraux interrogés exercent préférentiellement seuls ou avec d'autres professionnels. L'exercice en cabinet de groupe étant assimilable sur le fait d'être au sein d'un lieu commun, avec les MSP. De plus, cela montre ou non, la volonté des ergothérapeutes libéraux de travailler avec d'autres professionnels.



Graphique n°2 : Lieu d'exercice des ergothérapeutes libéraux interrogés.

D'après ces résultats, les lieux d'exercice les plus fréquents sont les cabinets de groupe avec d'autres professionnels (pour 46 % des ergothérapeutes libéraux) et les cabinets individuels (pour 38 %). D'autres lieux sont également possibles, mais moins fréquents, les cabinets de groupe avec uniquement des ergothérapeutes (pour 8 %) et la réponse « autre » désigne l'exercice à domicile (pour 8 %).

Les professionnels exerçant avec les ergothérapeutes au sein des cabinets de groupe sont divers, il s'agit généralement d'auxiliaires médicaux.



Graphique n°3 : Professionnels exerçant avec des ergothérapeutes au sein d'un cabinet de groupe.

L'absence de médecin généraliste parmi les professionnels exerçant dans le cabinet de groupe permet d'affirmer que les ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire n'exercent pas au sein d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle.

- Question 5 : Parmi votre activité professionnelle, quel est le temps que vous consacrez à l'activité libérale ?

Objectif : savoir si l'exercice en libéral des ergothérapeutes est « suffisant » pour exercer en MSP. Car pour obtenir des subventions auprès de certaines Agences Régionales de Santé, la MSP doit être le lieu principal de l'activité soit plus de 50 %.

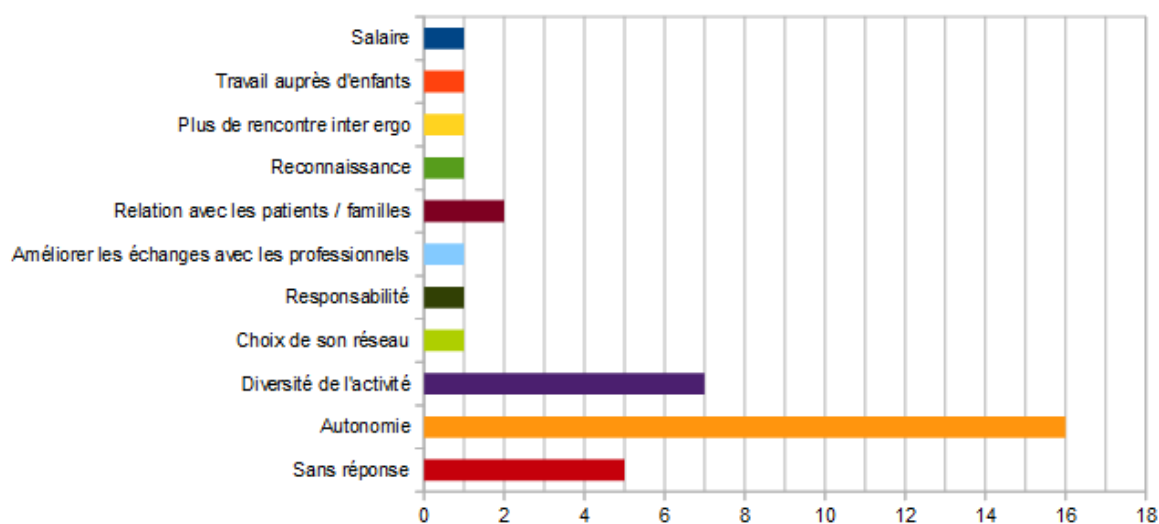


Graphique n°4 : Temps consacré à l'activité en libéral.

Parmi les ergothérapeutes libéraux interrogés, 21 exercent leur activité en libérale à plus de 50 % de leur temps, cela veut dire que le libéral est donc leur activité principale. 4 pratiquent une activité libérale entre 25 et 50 %, et un y accorde moins de 25 %. Cette question ne précisait pas si celle-ci est couplée ou non à une activité salariale.

- Question 6 : Quelles sont vos attentes par rapport à ce mode d'exercice ?

Objectif : connaître les attentes des ergothérapeutes libéraux par rapport à l'exercice en libéral, pour savoir si celles-ci sont compatibles avec la pratique en MSP. Cette question peut apporter des éléments de réponses concernant l'absence d'ergothérapeutes actuellement au sein des MSP.



Graphique n°5 : Les attentes des ergothérapeutes libéraux interrogés.

Les attentes des ergothérapeutes par rapport à l'exercice en libéral sont diverses et variées. Néanmoins, l'autonomie reste l'attente première pour ce mode d'exercice, puisqu'elle est exprimée par 16 ergothérapeutes sur 26, soit plus de la moitié des personnes ayant répondu au questionnaire. Ensuite en deuxième position vient la « diversité de l'activité » exprimée par 7 ergothérapeutes. Les autres attentes exprimées sont : le choix de son réseau, avoir des responsabilités, améliorer les échanges avec les autres professionnels, dont les ergothérapeutes, favoriser la relation avec les patients et les familles, améliorer la reconnaissance de la profession, travailler auprès d'enfants et enfin le salaire. Certains ergothérapeutes (5) n'ont pas répondu à la question, celle-ci n'étant peut-être pas assez ciblée.

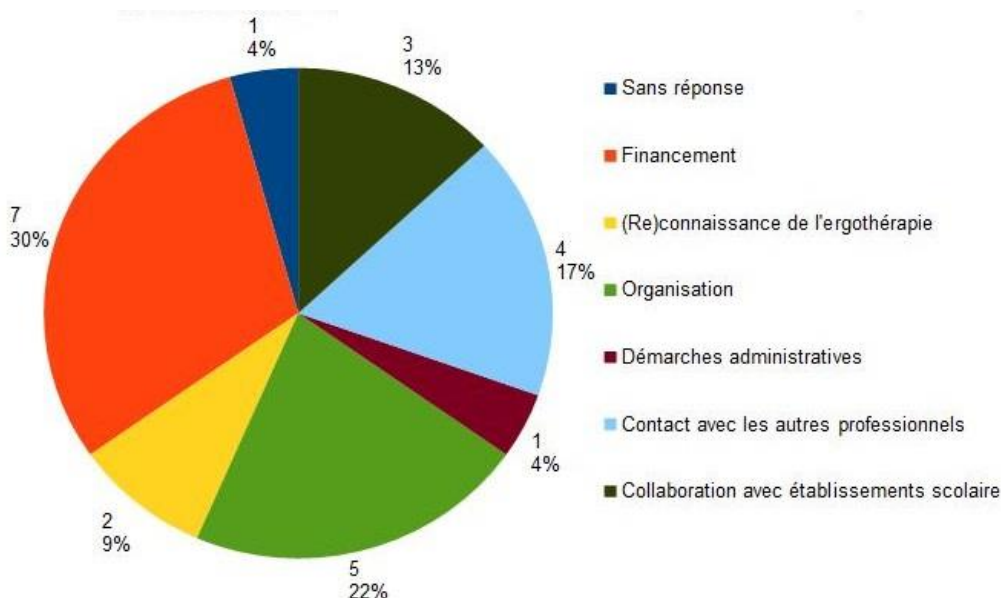
- Question 7 : Rencontrez-vous des difficultés dans votre exercice au quotidien ?

Objectif : savoir si les ergothérapeutes libéraux rencontrent des difficultés dans leur exercice au quotidien. Cette question me permet surtout d'introduire la question suivante qui est une question ouverte sur les difficultés rencontrées.

Concernant cette question, la réponse est plutôt divisée. En effet 15 ergothérapeutes affirment rencontrer des difficultés dans leur exercice au quotidien, contre 11 qui affirment le contraire. La question ne précisant pas le type de difficulté, la réponse dépend par conséquent de l'interprétation et du ressenti de chaque ergothérapeute par rapport à ce terme.

- Question 7a : Si oui, quelles sont vos difficultés ?

Objectif : connaître et cibler plus précisément les difficultés que rencontrent les personnes interrogées. Cette question est uniquement destinée aux ergothérapeutes ayant répondu « oui » à la question précédente, elle est volontairement vaste, car je ne souhaitais pas influencer les réponses. De plus, je voulais voir si je retrouvais spontanément les trois catégories évoquées dans le cadre conceptuel, c'est-à-dire, la création du réseau et le contact avec les autres professionnels, le travail direct et le travail indirect et si les difficultés étaient concentrées sur plus ou moins l'une de ces catégories.



Graphique n°6 : Les difficultés rencontrées par les ergothérapeutes libéraux interrogés, dans leur exercice au quotidien.

Parmi les 15 ergothérapeutes ayant affirmé avoir des difficultés dans leur exercice au quotidien, un n'a pas répondu quant à la nature de ses difficultés. La moitié a exprimé des difficultés liées au financement des séances d'ergothérapie, celles-ci n'étant pas remboursées par la sécurité sociale. Ensuite, on peut regrouper les difficultés en deux catégories, identiques à celles évoquées dans le cadre conceptuel. La création d'un réseau et le contact avec les autres professionnels représentent 26 % des difficultés exprimées (contact avec les autres professionnels et (re)connaissance de l'ergothérapie). Le travail indirect représente également 26 % des difficultés évoquées ; il comprend l'organisation, en particulier la gestion de l'emploi du temps et les démarches administratives. Enfin, les difficultés liées à la collaboration avec les établissements scolaires représentent 13 %. Néanmoins, je ne sais pas si ces difficultés sont dues à un manque de contact, à un manque de connaissance de la profession, ou à d'autres raisons.

- Question 8 : Êtes-vous en contact régulièrement (au moins une fois par mois) avec d'autres professionnels (médicaux, paramédicaux, sociaux, etc.) ?

Objectif : savoir si les ergothérapeutes libéraux sont régulièrement en contact avec d'autres professionnels, afin d'évoquer par la suite la notion d'interprofessionnalité, qui est l'une des notions principales de ma recherche. J'ai défini arbitrairement le terme « régulièrement » par « au moins une fois par mois » pour donner un repère temporel.

Globalement, les personnes interrogées affirment être en contact au moins une fois par mois avec d'autres professionnels. Seulement une personne affirme ne pas l'être.

- Question 8a : Si oui, comment avez-vous établi le contact ?

Objectif : savoir par quels moyens les ergothérapeutes libéraux établissent et entretiennent le contact avec les autres professionnels. Cette question est uniquement destinée aux ergothérapeutes étant au moins une fois par mois en contact avec d'autres professionnels.



Graphique n°7 : Les moyens d'établir et de maintenir le contact avec les autres professionnels.

Les moyens d'établir et/ou de maintenir le contact sont variés. Néanmoins, il s'agit généralement d'un contact indirect. En effet, 48 % des ergothérapeutes interrogés disent communiqués par mail, téléphone ou courriers postaux ou grâce à l'envoi des rapports. Les contacts directs se font par le biais de la participation à des équipes éducatives (pour 16 % des ergothérapeutes) ou grâce à des conventions avec des structures extérieures (pour 8 %) ou encore par des rendez-vous (pour 5 %). Enfin, cette question souligne l'importance du réseau, qui permet et/ou facilite la communication pour 16 % des ergothérapeutes interrogés.

- Question 8b : Si non, pourquoi ?

Objectif : comprendre pourquoi les ergothérapeutes libéraux ne sont pas régulièrement en contact avec d'autres professionnels.

Une seule personne dit ne pas être en contact avec d'autres professionnels régulièrement, à cause de la distance séparant les professionnels.

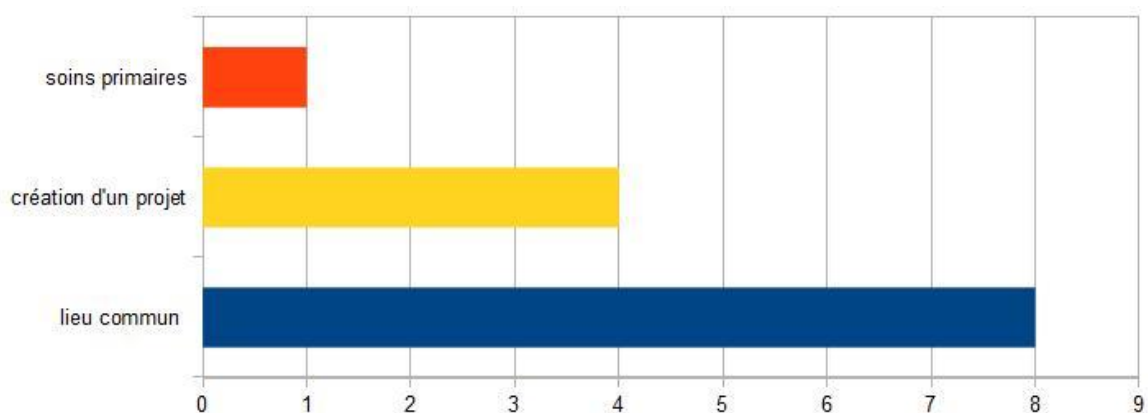
- Question 9 : Connaissez-vous la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ?

Objectif : savoir si les ergothérapeutes connaissent les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, afin d'introduire la thématique principale de mon mémoire et pour explorer une piste permettant d'expliquer pourquoi il y a peu ou pas d'ergothérapeutes au sein de ces structures.

Parmi les ergothérapeutes interrogés, seuls 9 connaissent les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles soit environ 1/3 des personnes ayant répondu au questionnaire. 17 ne connaissent pas cette structure.

- Question 9a : Pouvez-vous définir les MSP selon votre propre représentation ?

Objectif : savoir comment est définie la MSP par les ergothérapeutes connaissant cette structure, afin de savoir s'il y a ou non une confusion avec les maisons médicales.



Graphique n°8 : Les termes évoqués par les ergothérapeutes libéraux connaissant les MSP pour définir celles-ci.

Sur 9 ergothérapeutes connaissant les MSP, 8 ont évoqué la notion de regroupement au sein d'un même lieu de différents professionnels, 4 ont exprimé le fait que l'exercice en MSP implique la création d'un projet et 1 a précisé qu'il s'agit de soins primaires.

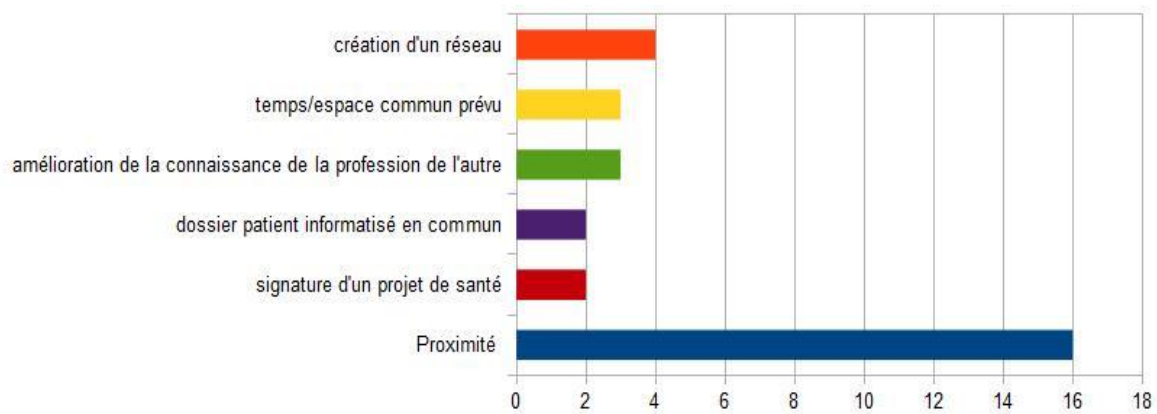
- Question 10 : Selon vous, la MSP peut-elle favoriser l'interprofessionnalité ?

Objectif : savoir si selon les ergothérapeutes libéraux, l'exercice au sein des MSP favorise le travail en interprofessionnalité.

La réponse à cette question est quasiment unanime, à part 2 ergothérapeutes, les 24 autres pensent que la pratique en MSP favorise l'interprofessionnalité soit 92 % des personnes interrogées.

- Pourquoi, pouvez-vous décrire les raisons de votre réponse ?

Objectif : connaître les éléments qui favorisent ou limitent l'interprofessionnalité, dans le cadre de l'exercice en MSP.



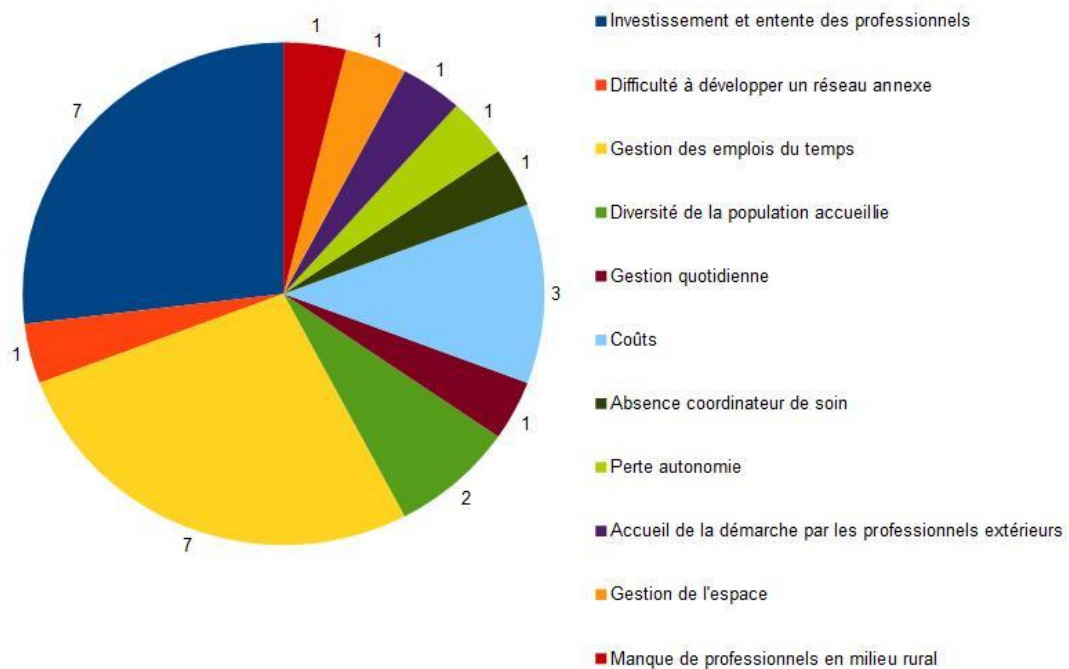
Graphique n°9 : Les éléments favorisant l'interprofessionnalité au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles.

Pour 16 ergothérapeutes libéraux, l'élément principal qui favorise l'interprofessionnalité est la proximité entre les professionnels. En effet le fait d'être sous un même toit facilite les échanges, la coopération et la coordination. Ensuite, les autres éléments évoqués sont que le fait la pratique en MSP : favorise la création d'un réseau, permet de programmer un temps et un espace commun pour échanger, améliore la connaissance des spécificités de chaque professionnel, améliore le suivi des patients par le biais du dossier commun et enfin favorise l'interprofessionnalité par le biais de la signature du projet de santé.

Les personnes pensant que les MSP ne favorisent pas l'interprofessionnalité évoquent le fait que les professionnels n'accompagnent pas systématiquement les mêmes patients ou la même population. De plus pour travailler en interprofessionnalité il faut que l'ensemble des professionnels adhère et s'investisse dans le projet.

- Question 11 : Selon vous, quelles sont les limites possibles de ce lieu d'exercice ?

Objectif : connaître les limites et les contraintes possibles des MSP selon les personnes interrogées. Cela pouvant apporter des éléments de réponses concernant l'absence d'ergothérapeutes au sein des MSP, cette question peut être mise en lien avec les attentes de l'exercice en libéral.



Graphique n°10 : Les limites des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles.

De nombreuses limites probables sont évoquées par les ergothérapeutes, principalement deux qui sont l'investissement et l'entente entre les professionnels et la gestion des emplois du temps (chacune étant évoquées par 7 ergothérapeutes). Ensuite, on retrouve les coûts d'une installation en MSP (évoqués par 3 ergothérapeutes) et la diversité de la population accueillie liée à la diversité des professionnels (évoquée par 2 ergothérapeutes). Les autres limites possibles sont : les difficultés liées à la gestion quotidienne, l'absence d'un coordinateur de soin, la perte d'autonomie, l'accueil de la démarche par les professionnels extérieurs, la gestion de l'espace et le manque de professionnels en milieu rural.

- Vous pouvez laisser votre adresse email ci-dessous, si vous souhaitez recevoir les résultats de l'enquête.

Objectif : le questionnaire étant anonyme, cet espace permet aux ergothérapeutes intéressés par les résultats de cette enquête de laisser leur adresse email.

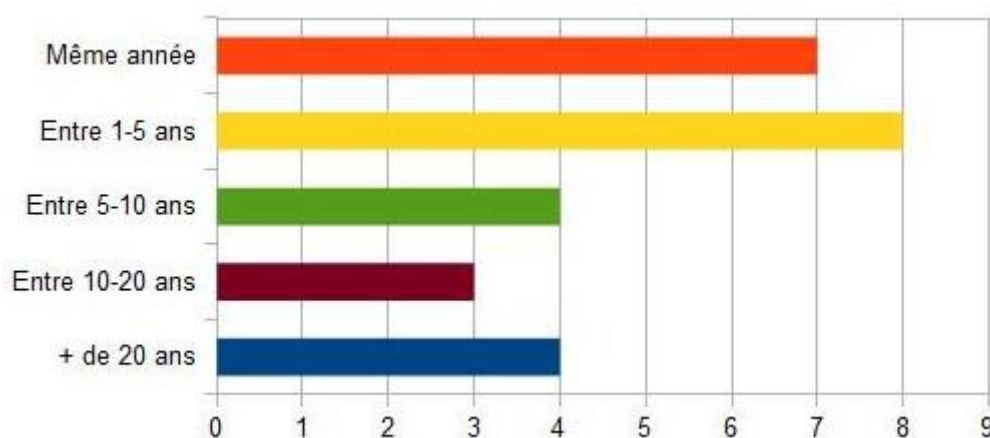
Parmi les 26 réponses, 18 souhaitent recevoir les résultats de l'enquête soit 69 % des personnes ayant répondu au questionnaire. Parmi ces 18 personnes, 11 ne connaissaient pas les MSP, ce qui montre que le sujet a interpellé la majorité des ergothérapeutes libéraux interrogés.

2. Interprétation des résultats

Par le biais de mon questionnaire, j'ai pu obtenir de nombreuses réponses, présentées dans la partie précédente. Cette partie consiste à analyser les résultats de l'enquête, à partir de différentes thématiques que j'ai définies afin de faciliter l'interprétation.

2.1. Les caractéristiques de la population

Il s'agit d'un échantillon de 26 ergothérapeutes libéraux, dont la majorité d'entre eux ont moins de dix années d'expérience. Ce qu'il est intéressant de constater, c'est que 77 % des personnes interrogées se sont installées en libéral après 2009, soit après la création du statut d'auto-entrepreneur. Ainsi, la création de ce nouveau statut a-t-elle eu une influence sur les installations en libéral ? L'enquête ne permet pas de répondre à cette question puisque je n'ai pas interrogé les ergothérapeutes sur leur statut. Néanmoins, la mise en lien de l'année d'obtention du diplôme et l'année de l'installation en libéral apporte un nouvel élément de réponse concernant cette question. Comme nous avons pu le voir dans le cadre conceptuel, le statut d'auto-entrepreneur ne nécessite aucun apport de capital, ce qui peut faciliter l'installation en libéral pour de jeunes diplômés. En effet, je constate que pour la majorité des ergothérapeutes interrogés, peu d'années séparent l'obtention du diplôme et l'installation en libéral.



Graphique n°11 : Années séparant l'obtention du diplôme et l'installation en libéral.

Ce graphique montre qu'un peu plus $\frac{1}{4}$ des ergothérapeutes se sont installés en libéral la même année que l'obtention de leur diplôme d'ergothérapeute et que plus de la moitié, on choisit ce mode d'exercice après moins de 5 ans de pratique. Ces éléments sont des pistes d'analyse en faveur du questionnement précédent, mais ils permettent de faire uniquement des suppositions et non des affirmations. Enfin, ces résultats sont représentatifs de

l'augmentation du nombre d'ergothérapeutes libéraux inscrits au fichier ADELI depuis 2005.

Ensuite, 54 % des personnes ayant répondu au questionnaire exercent au sein d'un cabinet de groupe. Ce qui montre la volonté des ergothérapeutes libéraux d'exercer, dans le cadre du libéral, avec d'autres professionnels et non seul, comme on pourrait le supposer d'un exercice en libéral par rapport à une activité salariale. Néanmoins, ce résultat est à relativiser, car la présence d'autres professionnels n'implique pas obligatoirement un travail en équipe, comme l'explique le cadre conceptuel avec la nuance entre la pluriprofessionnalité et l'interprofessionnalité. Or, cette question ne précise pas si les professionnels ont ou non des missions communes, etc. De plus, 38 % exercent dans un cabinet individuel, or l'exercice dans un cabinet seul n'est pas incompatible avec la pratique en équipe. Par exemple, dans le cadre des pôles de santé⁶³, qui est au même titre que les maisons de santé un mode d'exercice coordonné, les professionnels ne sont pas réunis dans un même lieu. Cependant, ils sont unis sous les mêmes conditions que les maisons de santé. Par conséquent, il faudrait approfondir la question afin de savoir si l'exercice en libéral permet de s'inscrire dans une démarche interprofessionnelle ou non.

Enfin, 81% des ergothérapeutes accordent plus de 50% de leur exercice à l'activité libérale. Les autres, qui exercent en libéral à moins de 50%, pratiquent leur activité en milieu rural (pour 80%), ce qui illustre le fait que « les ergothérapeutes exerçant en province cumulent davantage leur exercice avec une salariale ». Or, actuellement les MSP se situent préférentiellement dans les milieux à dominance rurale et la maison de santé doit être le lieu principal de l'activité, soit plus de 50%. Cela peut être une explication à l'absence d'ergothérapeutes au sein des MSP, même si d'autres facteurs sont à prendre en compte comme la connaissance de ces structures, les attentes des ergothérapeutes, les besoins de la population sur le territoire, etc.

⁶³ DE HAAS, Pierre. Monter et faire vivre une maison de santé. p.10.

2.2. Le choix du libéral et son quotidien

Différentes raisons amènent les ergothérapeutes à s'installer en libéral. Premièrement, pour 16 des personnes interrogées, il s'agit d'une envie d'autonomie. Cette volonté peut être perçue comme la volonté de ne pas recevoir des recommandations venant d'un supérieur hiérarchique, ou bien de ne pas ressentir « le poids » des contraintes institutionnelles. L'autonomie n'étant pas incompatible avec l'exercice en équipe, l'exercice libéral ne signifie donc pas systématiquement exercer seul, comme nous avons pu le voir précédemment. La deuxième attente évoquée par 7 des ergothérapeutes est la diversité de l'activité. Les autres attentes exprimées sont plus ou moins rattachées à l'autonomie, comme par exemple, le choix de son réseau et les responsabilités. Néanmoins, la question n'est peut-être pas assez ciblée, car 5 n'ont pas répondu à celle-ci. Cela est également illustré par la diversité des réponses, car les attentes peuvent se situer à différents niveaux (accompagnements/suivis, responsabilités, gestion de l'emploi du temps, salaire, etc.), le terme n'est donc pas assez précis. De plus, il est important de souligner que malgré une volonté de diversifier son activité, l'exercice de l'ergothérapie en libéral reste intrinsèquement lié aux besoins de la population sur un territoire donné. Ainsi, la pratique en maison de santé peut être un moyen de connaître ces besoins, par le biais de l'étude territoriale, et donc connaître les offres en ergothérapie sur le territoire. La pratique en maison de santé est donc un moyen de s'inscrire dans des projets auprès d'une population ciblée. Il s'agit par conséquent d'un choix propre aux ergothérapeutes, ce qui peut répondre à la volonté d'autonomie exprimée dans cette enquête.

Au quotidien, les ergothérapeutes libéraux rencontrent diverses difficultés, comme l'expriment 15 ergothérapeutes sur les 26 interrogés. Ces difficultés se situent à différents niveaux, en premier lieu le financement des séances d'ergothérapie. Comme nous avons pu le voir dans le cadre conceptuel, les actes en ergothérapie font partie des soins non conventionnés par l'assurance maladie, d'où les difficultés liées au financement. Néanmoins, il y existe des possibilités de subvention de ces actes par différents organismes. Par conséquent, je m'interroge sur la population accompagnée par les ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire, celle-ci n'étant peut-être pas éligible à l'obtention de ces financements. Cette difficulté serait donc, partiellement liée à la population reçue par les ergothérapeutes. Les autres difficultés formulées peuvent être regroupées en deux catégories. Les difficultés liées au travail indirect, évoquées par 6 ergothérapeutes, elles comprennent l'organisation et la gestion de l'emploi du temps, les démarches administratives et la gestion

des absences ; et les difficultés en lien avec la création d'un réseau et le contact entre les professionnels énoncées par 9 ergothérapeutes. Les difficultés rencontrées liées au manque de contact entre professionnels supposent que les ergothérapeutes libéraux sont désireux d'échanges ; par conséquent je suppose qu'ils souhaitent s'inscrire dans une démarche interprofessionnelle, mais que leur exercice actuel ne leur permet pas. Ainsi, je présume que l'exercice au sein d'une maison de santé permet de pallier à ces difficultés, dans le cas où les professionnels présents dans la structure interviennent ou peuvent intervenir auprès du patient.

2.3. Le contact entre les ergothérapeutes libéraux et les autres professionnels

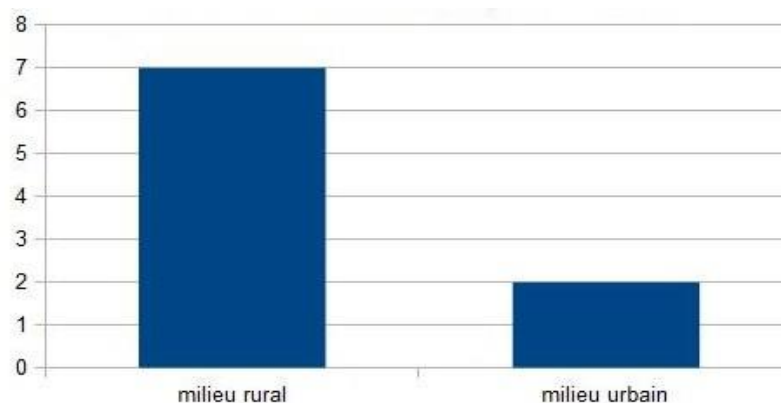
Parmi les 26 réponses, 25 ergothérapeutes disent être en contact régulier avec d'autres professionnels, c'est-à-dire au moins une fois par mois. Or parmi les 15 ergothérapeutes exprimant des difficultés, 9 évoquaient justement ce manque de contact. En effet, le terme « régulièrement » ne signifie pas « suffisamment », il n'est donc pas forcément adapté à ma recherche. De plus, à partir de quand peut-on dire que le contact est suffisant entre les professionnels ? Est-ce qu'un contact suffit pour dire que l'échange est bénéfique ? Quelle est la nature de ces échanges (échanges sur un patient commun, demande de conseils, élaboration ou proposition d'un projet, etc.) ? Avec quels professionnels les ergothérapeutes sont-ils en contact ? Toutes ces questions complémentaires m'auraient apporté des éléments supplémentaires concernant la question de la pluri ou l'interprofessionnalité dans la pratique en libéral. De plus, toutes ces interrogations sont aussi dues au choix de l'outil, un questionnaire ne permet pas d'apporter des éléments complémentaires ou d'effectuer des reformulations en fonction de la compréhension de la personne interrogée. Cela fait partie des limites de cet outil. Enfin, l'indicateur de fréquence, qui a pour objectif de limiter les divergences de la compréhension du terme « régulièrement », n'est peut-être pas adapté à la pratique en libéral, ce qui peut expliquer les réponses de cette question. Néanmoins, la mise en lien avec la question précédente m'a permis de mettre en évidence que le contact n'est pas représentatif des échanges et de la coopération entre les professionnels. Cela suppose que la pratique en libéral est plutôt assimilable à une démarche pluriprofessionnelle, en tout cas pour 35 % des ergothérapeutes interrogés.

De plus, les réponses montrent que le contact exprimé par les ergothérapeutes est généralement indirect ; en effet, pour 18 ergothérapeutes la communication s'effectue

principalement par mail, téléphone ou courriers postaux. Le contact direct est tout de même présent dans le cadre du libéral. Cependant, il est souvent dû aux particularités d'exercice de l'ergothérapeute. Par exemple, l'accompagnement d'enfants impliquant parfois la participation à des équipes éducatives comme l'évoquent 6 ergothérapeutes, ou bien l'intervention dans des structures extérieures évoquée par 3 ergothérapeutes. Ensuite, un élément important à prendre en compte dans la régularité des échanges est : le réseau. En effet, comme évoqué dans la partie théorique, « le réseau est un lien entre les différents acteurs de terrain dans lequel vous vous inscrivez »⁶⁴. L'importance du réseau est exprimée par 6 ergothérapeutes. Dans le cadre des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), le projet se construit autour et avec les professionnels de territoire concernés, la création du réseau est ainsi favorisée.

2.4. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

Parmi les 26 ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire, seulement 9 connaissent le principe des MSP. De plus, il s'agit majoritairement d'ergothérapeutes exerçant en milieu rural comme le montre le graphique ci-dessous.



Graphique n°12 : La connaissance des maisons de santé en fonction du milieu d'exercice des ergothérapeutes.

Cela illustre le fait, qu'actuellement les MSP se situent majoritairement dans un milieu rural. Or, les ergothérapeutes libéraux exercent en majorité dans un milieu urbain. La méconnaissance de ce type de structure par les ergothérapeutes libéraux peut donc être une explication à leur absence au sein de ce lieu d'exercice.

⁶⁴ KOCH, Laurence., RIZET-PONCHON, Bénédicte. Ergothérapeute en libéral, du projet... à l'installation. p.23.

Les maisons de santé sont définies différemment en fonction des représentations de chaque professionnel, toutefois, des idées principales sont récurrentes comme l'exercice au sein d'un lieu commun et l'élaboration de projets et suivis communs. Voici quelques exemples de définitions données par les ergothérapeutes :

- « Lieu de travail commun avec des parties individuelles, où la création de projet de prévention, ou de suivi de patient commun, peut se faire avec plusieurs professions complémentaires. »
- « Regroupement de plusieurs professionnels de santé. Co-construction de projets de soins centrés sur les personnes accompagnées, cohérence des actions de soins. »
- « Nous venons de finir la rédaction du projet de santé déposé à l'ARS cela risquerait d'être long mais globalement je dirais une mise en commun des moyens pour optimiser l'offre et la qualité des soins. »

Dans l'ensemble, ces définitions mettent en évidence le travail en équipe et la mise en commun de projets permettant l'amélioration du suivi des personnes accompagnées, ce qui fait penser au travail interprofessionnel. De plus, la dernière citation montre que cet(te) ergothérapeute fait partie d'un projet de MSP, la pratique de l'ergothérapie en libéral au sein des MSP est donc en développement.

Selon 92 % des personnes interrogées, l'exercice en MSP peut favoriser l'interprofessionnalité. Cette pratique est, selon eux, favorisée principalement par la proximité avec les professionnels, mais également par la signature du projet de santé, qui comprend la programmation d'un temps et d'un espace commun pour les échanges et la mise en place d'un système d'information tel que le dossier patient informatisé. L'expression de l'argument du projet de santé est à nuancer, car la définition présentée aux personnes ne connaissant pas les MSP comprenait cette notion. De plus, la proximité est un élément commun à la pratique pluri et interprofessionnelle, elle n'est donc pas significative de l'interprofessionnalité même si celle-ci favorise les échanges. C'est l'utilisation de celle-ci et des échanges qui en découlent qui fait que l'on s'inscrit dans une démarche interprofessionnelle. Cette démarche répond à des besoins spécifiques d'une population ciblée. Par exemple, voici les propos d'un(e) ergothérapeute : « Je suis sur un projet de MSP et nous avons déjà prévu avec un orthoptiste et une orthophoniste de monter un réseau dys pour notre territoire. ». Cela montre que le travail interprofessionnel est bien présent au sein des MSP, mais que celui-ci est né du besoin d'une population sur un territoire donné. De plus, l'interprofessionnalité n'implique pas forcément l'ensemble des professionnels de la

MSP mais uniquement les professionnels qui ont des objectifs propres et communs vis-à-vis de cette population.

Même si l'exercice en MSP semble favoriser l'interprofessionnalité, la pratique dans cette structure implique également des limites. 7 ergothérapeutes évoquent notamment la mésentente et le désinvestissement des professionnels qui peuvent être un frein à l'interprofessionnalité. De plus, elle impose une gestion et une organisation importante. En effet, il faut gérer son emploi du temps pour répondre à la fois aux projets/suivis individuels et aux projets communs, prévoir également un temps pour les échanges avec les autres professionnels. Ensuite, selon les 3 personnes interrogées, l'installation en MSP implique un coût qui peut être une limite. Or, par rapport à une installation en libéral « classique » (dans un cabinet individuel), les coûts de l'installation en MSP ne sont pas nécessairement plus élevés. Car si la MSP répond au cahier des charges défini par l'ARS, les professionnels peuvent bénéficier d'aides financières. Enfin, d'autres limites sont proposées, mais seule une enquête auprès des professionnels exerçant actuellement en MSP pourrait donner des informations complémentaires sur les idées et les aprioris concernant la pratique en MSP.

3. Réflexions

3.1. Discussion

J'ai réalisé ce travail d'initiation à la recherche autour de la question suivante : en quoi les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles sont-elles une alternative pour les ergothérapeutes libéraux ? Mes recherches m'ont permis d'aboutir à l'hypothèse suivante : la pratique en Maison de Santé Pluriprofessionnelle favorise l'exercice en interprofessionnalité. La première chose à souligner est que l'exercice de l'ergothérapie en libéral comme les MSP répond aux besoins des patients. L'objectif premier étant commun, cela montre que les MSP sont une alternative possible pour les ergothérapeutes libéraux. Mais qu'est-ce que ces structures apportent aux libéraux ? Qu'est-ce qui différencie les maisons de santé des autres structures d'exercice en libéral ? Qu'est-ce qu'implique l'exercice en libéral ? La réalisation du cadre conceptuel a permis d'apporter des éléments de réponses à ces questions. L'élément principal étant que la maison de santé est un lieu d'exercice commun, impliquant la rédaction d'un projet de santé, qui doit contenir des projets communs à plusieurs professionnels répondant aux besoins de la population sur un territoire donné. Par exemple, un(e) ergothérapeute ayant répondu au questionnaire est actuellement

sur un projet de MSP pour monter avec une orthoptiste et une orthophoniste un réseau « dys ». Ces éléments différencient les maisons de santé des maisons médicales, entre autres. En partant de ce constat, je me suis particulièrement interrogée sur l'aspect interprofessionnel de l'exercice en libéral et sur les éléments qui favorisent cette démarche au sein des MSP.

Par l'intermédiaire de cette discussion, je vais mettre en lien les résultats de mon enquête avec ma question de recherche et mon hypothèse. Dans un premier temps, je vais exposer les éléments de l'enquête qui m'ont permis de valider ou d'invalidité mon hypothèse puis les éléments apportant des pistes de réflexion possibles pour un futur travail de recherche.

Dans l'ensemble, l'enquête tend à montrer que l'hypothèse est validée cependant certaines nuances sont à apporter. Mon hypothèse implique que les ergothérapeutes libéraux ont des difficultés à travailler en interprofessionnalité. Comme le stipule le cadre conceptuel, l'interprofessionnalité implique la notion de coopération, il s'agit d'effectuer un travail ensemble en définissant une mission commune et les activités que chacun doit réaliser en fonction de ses connaissances et de ses compétences professionnelles. Or, 9 ergothérapeutes évoquent des difficultés dans l'exercice quotidien liées au manque de coopération et de collaboration avec les autres professionnels. De plus, certains précisent que ces difficultés sont accentuées par le manque de connaissance des interventions des ergothérapeutes par les adresseurs ou les médecins prescripteurs. Ainsi, au vu de ces informations, les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles favorisent bien l'interprofessionnalité entre les professionnels y exerçant. Car elle permet de préciser une unité de lieu et de temps nécessaire à la pratique interprofessionnelle et le projet de santé permet de définir une ou des missions communes. De plus, la présence obligatoire d'au moins deux médecins généralistes au sein de la MSP permet de favoriser les échanges avec les prescripteurs des actes en ergothérapie. Par conséquent, je suppose que cela a une incidence sur la (re)connaissance de l'ergothérapie et donc la connaissance des possibilités d'intervention des ergothérapeutes. Le lieu, le temps et la mission commune sont trois éléments indissociables pour le travail interprofessionnel. Cela est illustré par le fait que parmi les ergothérapeutes ayant les difficultés exprimées précédemment, certains exercent au sein d'un cabinet de groupe de ce fait l'unité de lieu est respecté, mais pas obligatoirement les autres d'où les difficultés rencontrées. Les MSP favorisent donc l'interprofessionnalité à condition que ces trois éléments soient respectés.

Ainsi, la démarche interprofessionnelle ne dépend pas de la structure, même si celle-ci peut être facilitatrice, mais de la pratique et de l'inscription des interventions de chaque professionnel dans un cadre particulier comprenant un espace, un horaire et une mission prédéfinie.

Ensuite, l'enquête a montré que malgré le fait que les maisons de santé soient peu connues des ergothérapeutes libéraux, 92 % pensent que la pratique dans ce type de structure favorise l'interprofessionnalité. Notamment grâce à la proximité des professionnels qui facilite les échanges immédiats et le contact direct. Toutefois, ce résultat est à nuancer, car la question ne définit pas la notion d'interprofessionnalité, celle-ci peut donc être comprise et interprétée différemment en fonction des professionnels. Cependant, cette supposition ne peut être vérifiée, car je n'ai pas interrogé les ergothérapeutes sur le sens qu'ils donnent à ce terme, celui-ci pouvant être confondu avec la notion de pluriprofessionnalité.

Enfin, l'enquête a fait ressortir des pistes de réflexion qui ne sont pas en lien direct avec l'hypothèse, mais elles rejoignent la thématique et la question de recherche de mon mémoire de fin d'études. L'analyse des caractéristiques des personnes ayant répondu à l'enquête montre que 1/4 des ergothérapeutes interrogés s'installent en libéral la même année que l'obtention de leur diplôme. Cela représente 7 installations sur 26, parmi celles-ci, 6 se déroulent dans le cadre d'une installation au sein d'un cabinet de groupe. En tant que future ergothérapeute, je suppose que la présence d'autres professionnels est rassurante et reconfortante lorsqu'on décide de s'installer en libéral dès l'obtention de son diplôme. Sachant que les années de formation nous préparent et elles nous incitent à travailler en équipe, à échanger et à connaître les spécificités des autres professionnels. L'aspect interprofessionnel est mis en avant pendant la formation d'ergothérapeute, une unité d'enseignement nommé organisation, gestion du travail et interprofessionnalité, y est d'ailleurs consacrée. Ainsi, l'installation en MSP serait un élément facilitateur pour les jeunes diplômés désirant exercer en libéral. Cela montre que les MSP ne sont pas seulement une alternative pour les ergothérapeutes libéraux, il serait donc intéressant d'élargir l'enquête aux étudiants en ergothérapie envisageant de s'installer en libéral. De plus, 38 % des ergothérapeutes interrogés exercent dans un cabinet individuel ; or le cadre conceptuel précise, selon les propos de Pierre DE HAAS, que « les premiers acteurs d'une maison de santé sont les professionnels de santé libéraux du territoire ». Par conséquent, cela renforce

la pertinence du questionnement comme quoi les maisons de santé sont une alternative pour les ergothérapeutes libéraux. Ces éléments apportent des éléments nouveaux et permettent de dégager de nouvelles hypothèses : la MSP est une structure facilitant l'installation en libéral pour les ergothérapeutes, en particulier pour les jeunes diplômés. Et une structure facilitant le regroupement et une dynamique d'équipe pour les ergothérapeutes libéraux.

3.2. Synthèse de mon étude

Cette enquête a mis en évidence que les maisons de santé présentent des avantages, car elles facilitent les échanges entre les professionnels, de par l'exercice dans un lieu unique et l'élaboration de projets communs qui lient les libéraux. Cependant, elle présente également des limites liées en particulier à l'entente et l'investissement des professionnels, et à la gestion quotidienne. Malgré cela, parmi les 9 ergothérapeutes connaissant les MSP, 2 font actuellement partie d'un projet de MSP ce qui montre qu'il s'agit bien d'une opportunité et d'une alternative pour les ergothérapeutes libéraux et que cette pratique tend à se développer pour notre profession.

Ainsi, l'hypothèse disant que les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles favorisent l'exercice en interprofessionnalité est partiellement validée. Car même si les MSP favorisent cette démarche, la structure n'est pas le seul élément à prendre en compte dans la réalisation d'une telle pratique. En effet, la maison de santé est une structure facilitatrice pour la démarche interprofessionnelle, mais c'est l'organisation, les objectifs des interventions et la dynamique humaine qui marque la nuance avec la pluriprofessionnalité. De plus, il ne faut pas oublier que l'objectif premier est de répondre aux besoins d'une population sur un territoire donné et donc que la démarche a pour but d'optimiser le suivi de ces personnes. La démarche interprofessionnelle répond donc en priorité aux besoins des patients et non des professionnels.

3.3. Les limites de mon travail

Les deux limites principales de mon mémoire sont dues au choix de ma thématique et de mon outil d'enquête.

En effet, ma thématique me vient d'un projet professionnel que je mène en parallèle de la réalisation de ce travail de fin d'études, il était donc difficile pour moi au commencement de ce travail de me détacher de mon projet professionnel. Afin de m'en

décoller, j'ai choisi de faire un mémoire plus « généraliste », pour exposer le principe des maisons de santé, gardant à l'esprit que des variables étaient possibles en fonction des régions d'exercices. De plus en fonction des régions les problématiques de la population sont également plus ou moins variables, par conséquent j'ai décidé de m'interroger sur l'exercice de l'ergothérapie dans sa globalité et non sur un domaine d'activité en particulier. La difficulté dans ce choix est que quand on choisit de présenter un sujet de manière générale, il faut dégager les informations importantes à la compréhension de celui-ci sans tomber dans une description exhaustive noyant le lecteur dans un amas d'informations. Le tri des informations étant d'autant plus difficile que celles qui nous paraissent évidentes ne le sont pas forcément pour le lecteur qui ne connaît pas le sujet, particulièrement quand la thématique est peu connue.

Ensuite, ayant fait le constat qu'il n'y avait pas ou peu d'ergothérapeutes au sein des MSP, l'outil le plus approprié me semblait être le questionnaire afin de faire une étude quantitative. Cependant, même si l'outil me paraît pertinent pour ma recherche et implique aussi des limites. En effet, les questions devaient être précises, mais pas trop pour ne pas influencer les réponses. J'ai donc eu des difficultés à exprimer au travers de questions figées mes interrogations. L'inconvénient des questionnaires est que si la question n'est pas comprise, ou si elle est interprétée d'une façon différente que celle que l'on souhaite exprimer, il n'y ait pas de possibilités de relance ou de reformulation comme lors d'un entretien semi-direct par exemple. Par conséquent, mes questions étaient parfois trop généralistes, entraînant ainsi un biais dans l'interprétation des résultats, car les ergothérapeutes ont répondu en fonction de leur compréhension et de leur représentation. Ainsi, au vu des résultats certaines questions ont besoin d'être approfondies afin qu'elles répondent précisément à ma recherche et/ou à l'hypothèse. Toutefois, ceci n'est pas uniquement dû à l'outil, mais aussi à ma méthodologie, avec le recul je pense avoir réalisé et envoyé le questionnaire trop tôt, j'avais à ce moment sûrement pas assez affiné ma question de recherche. De plus, j'ai décidé d'interroger uniquement des ergothérapeutes libéraux par souci de temps, mais j'aurais pu interroger d'autres professionnels exerçant dans ce type de structure même s'il ne s'agissait pas d'ergothérapeutes pour avoir une vision de l'exercice en MSP.

Les éléments recueillis m'ont tout de même permis d'avoir une vision globale de l'exercice de l'ergothérapie en libéral et un aperçu concernant la connaissance des maisons de santé, et ainsi avoir des perspectives d'approfondissement concernant ce sujet.

Conclusion

Au cours de mon travail de fin d'études, je me suis intéressée aux Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) en tant que lieu d'exercice possible pour les ergothérapeutes et à la pratique en libéral qui est le mode d'exercice s'y rattachant. Ce lieu d'exercice récent me paraissait intéressant, mais soulevait de ma part de nombreuses interrogations, en particulier sur la relation entre les professionnels libéraux et les moyens qui sont mis en place pour permettre un exercice coordonné. J'ai donc supposé que les MSP favorisaient la pratique en interprofessionnalité dans le cadre de l'exercice de l'ergothérapie en libéral. Pour vérifier cette hypothèse, j'ai effectué un questionnaire en ligne destiné à interroger des ergothérapeutes libéraux exerçant dans différents domaines et sur l'ensemble du territoire français. L'analyse des résultats a montré que malgré la méconnaissance des maisons de santé pour la majorité des ergothérapeutes libéraux, ils étaient quasiment unanimes pour dire que cette structure permet de favoriser la démarche interprofessionnelle, celle-ci étant favorisée par la proximité entre les professionnels.

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis de m'interroger sur ma future pratique professionnelle, les attentes, les appréhensions et les doutes que j'avais concernant la pratique en libéral. En effet, puisque ce mémoire est lié à un projet professionnel mené en parallèle, cela m'a permis de grandir en tant que future ergothérapeute en même temps que la progression de mon mémoire. Il m'a permis d'acquérir une certaine rigueur et une méthodologie (que je dois encore améliorer) qui est transposable à toutes pratiques de l'ergothérapie et en particulier à l'exercice en libéral, par rapport à la charge de travail indirect qui est plus important. De plus, j'ai pu me positionner auprès des autres professionnels faisant partie du projet, car les connaissances acquises par l'intermédiaire de ce travail m'ont donné plus d'assurance et d'aisance dans les échanges avec les autres libéraux. Enfin, je pense pouvoir envisager plus sereinement la pratique en libéral, mais uniquement dans une maison de santé, ou un lieu semblable, car la présence d'autres professionnels à un côté rassurant. Je pense que les échanges et les relations contribuent à l'épanouissement professionnel.

Pour prolonger ce travail, il pourrait être intéressant de réaliser une enquête sous forme d'entretiens semi-directifs pour recueillir des résultats qualitatifs. L'exercice de l'ergothérapie en libéral en sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles tend à se développer. Cela offre donc la possibilité d'interroger des ergothérapeutes exerçant dans cette structure permettant ainsi de poursuivre de manière plus approfondie cette recherche.

Bibliographie

Ouvrages

CAMPENHOUDT, Luc Van., QUIVY, Raymond. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod, 2011, 259 p.

DE HAAS, Pierre. *Monter et faire vivre une maison de santé*. Brignais : Le Coudrier, 2010, 156 p.

DE HAAS, Pierre. Introduction. **In** : *Monter et faire vivre une maison de santé. Éléments d'actualisation, février 2012*. Brignais : Le Coudrier, 2012, 7 p.

KOCH, Laurence., RIZET-PONCHON, Bénédicte. *Ergothérapeute en libéral, du projet... à l'installation*. Marseille : Solal, 2012, 52 p.

LE BOTERF, Guy. La compétence collective. **In** : *Construire les compétences individuelles et collectives*. 6^{ème} éd. Paris : Groupes Eyrolles, 2013, pp. 201-267.

LE BOTERF, Guy. Les raisons des réseaux. **In** : *Travailler en réseau et en partenariat*. 3^{ème} éd. Paris : Groupes Eyrolles, 2013, pp. 7-25.

ZARIFIAN, Philippe. Coopération, compétence et communication dans le travail. **In** : *Travail et communication*. 2^{ème} éd. Paris : Presses Universitaires de France, 1998, pp. 11-27.

Articles

BIGEX, Aurélie., HELAUT, Brigitte. Instance Exercice Libéral. *Ergothérapies*, 2012, n°45, pp. 5-7.

CHEVILLARD, Guillaume., MOUSQUES, Julien., LUCAS-GABRIELI, Véronique., et al. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux. *Question d'économie de la Santé [en ligne]*. 2013, n°190, pp.1-3. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/190-repartition-geographique-des-maisons-et-poles-de-sante-en-france-et-impact-sur-la-densite-des-medecins-generalistes-liberaux.pdf> (Consulté en octobre 2014)

FAURE, Edouard. Ergothérapeute et auto-entrepreneur. *Ergothérapies*, 2012, n°45, pp. 27-29.

GOULLET DE RUGY, Bénédicte. La démarche interdisciplinaire: rêve, cauchemar ou possibilité ?. *Ergothérapies*, 2002, n°7, pp. 13-18.

GUIHARD, Jean-Philippe. Et si l'ergothérapie était une condiscipline parce qu'indisciplinée ? *Ergothérapies*, 2002, n°7, pp. 19-26.

GUIHARD, Jean-Philippe. Interprofessionnalité ou interprovidence ? *Journal d'ergothérapie [en ligne]*. 1999, vol. 20, n°4, 8 p. Disponible sur : <http://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/interprovidence.pdf> (Consulté en avril 2015)

HERCBERG, Elisabeth. L'ergothérapeute en activité libérale dans le contexte médico-social actuel. *Expériences en ergothérapie*, 1997, 10ème série, pp. 37-39.

MOUREY, France., OUTATA, Sabrina. Contexte et Concept. **In** : *Interprofessionnalité en gérontologie*. Toulouse : Erès, 2005, pp. 20-22.

PRIGENT, Isabelle. D'auto-entrepreneur à profession libérale, les raisons de mon choix. *Histoires d'entrepreneurs. [en ligne]*. (mise en jour le 21/10/2013). Disponible sur : <http://magazine.horizonentrepreneurs.fr/2013/10/21/histoires-d-entrepreneurs/d-auto-entrepreneur-a-profession-liberale-les-raisons-de-mon-choix-isabelle-prigent/> (Consulté en mai 2015)

SERAPHIN, Odile., GREPPO, Marine., FASKA, Fatiha., et al. Ergothérapeute libéral, son quotidien : Témoignage sur 19 ans de pratique. *Ergothérapies*, 2012, n°45, pp. 19-26.

SOURD, Amélie., POULAT, Mathilde. Rétrospective et point de vue actuel du SYNFEL Ergolib sur l'exercice libéral français en ergothérapie. *Ergothérapies*, 2012, n°45, pp. 9-18.

Loi, circulaires

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE BOURGOGNE. *L'exercice coordonné en Bourgogne. [en ligne]*. 2014, 122 p. Disponible sur : http://www.ars.bourgogne.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/publications/ARS/DOS/Exercice_coordonne/Referentiel_IntegralV1_MAJ05_14.pdf (Consulté en décembre 2014)

ASSOCIATION NATIONALE FRANCAISE DES ERGOTHERAPEUTES. *La collaboration libérale. [en ligne]*. (mis à jour le 10/09/2014). Disponible sur : <http://www.anfe.fr/la-collaboration-liberale> (Consulté en avril 2015)

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS. *Le projet de santé des maisons et pôles de santé. [en ligne]*. 2010, 4 p. Disponible sur : http://www.ffmps.fr/images/Projet_de_sant%C3%A9_trame.pdf (Consulté en novembre 2014)

HAUTE AUTORITE DE SANTE. *L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé.* [en ligne]. 2007. Disponible sur : <http://www.lescentresdesante.com/IMG/pdf/exocoord.pdf> (Consulté en décembre 2014)

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. *Code de la santé publique* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/> (Consulté en octobre 2014)

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. *Guide méthodologique relatif à la circulation au sein des centres et des maisons de santé, des informations concernant la santé des patients.* [en ligne]. 2012, 15 p. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodo_circulation_infos_22_11_12.pdf (Consulté en octobre 2014)

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. *Le partage de l'information entre les professionnels de santé dans les centres et les maisons de santé.* [en ligne]. 2012. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/le-partage-de-l-information-entre-les-professionnels-de-sante-dans-les-centres-et-les-maisons-de-sante.html> (Consulté en octobre 2014)

Sites internet

FEDERATION FRANCAISE DES MAISONS ET POLES DE SANTE. *Qu'est ce qu'une Maison et un Pôle de santé ?* [en ligne]. 2013. Disponible sur : <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante> (Consulté en octobre 2014)

SYNFEL ERGOLIB. *Les missions du SYNFEL en détails.* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.synfel-ergolib.fr/> (Consulté en mai 2015)

URSSAF. *Indépendants. Profession libérale.* [en ligne]. (mise à jour le 14/01/2014). Disponible sur : http://www.urssaf.fr/profil/independants/profession_liberale/vous_determiner_votre_statut/infos_pratiques_01.html (Consulté en mai 2015)

Annexes

<u>Annexe I : Évolution des ergothérapeutes libéraux</u>	II
<u>Annexe II : Mon questionnaire</u>	III
<u>Annexe III : Mail d'accompagnement</u>	VI

Annexe I : Évolution des ergothérapeutes libéraux

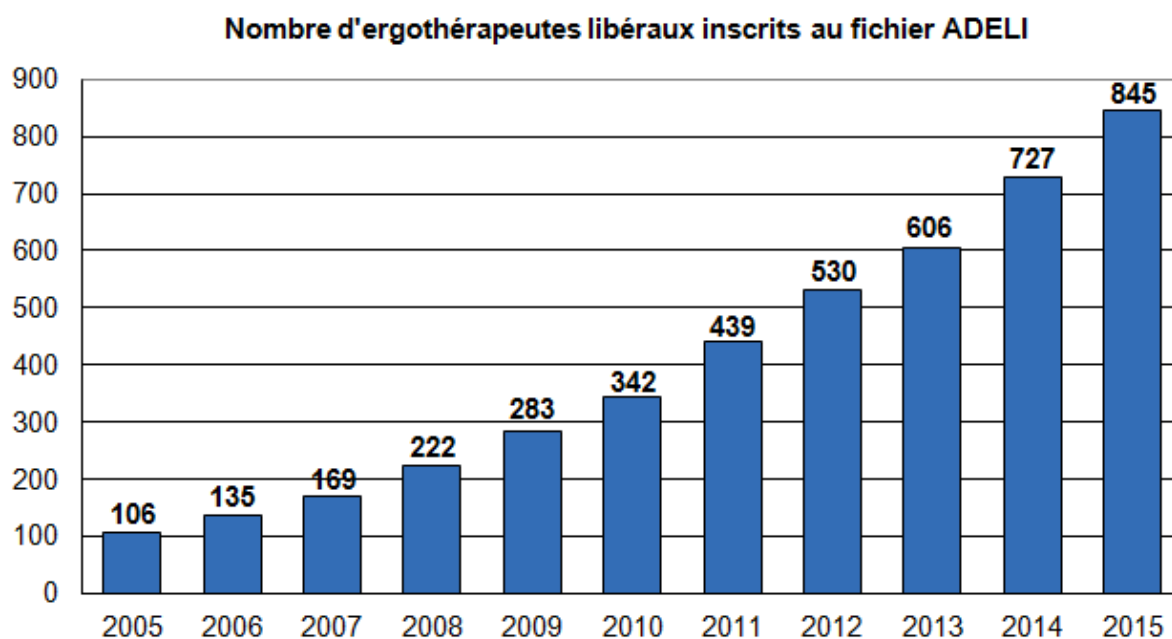


Schéma représentant l'évolution du nombre d'ergothérapeutes libéraux en 10 ans.

ASSOCIATION NATIONALE DES ERGOTHERAPEUTES. Nombre d'ergothérapeutes libéraux inscrits au fichier ADELI. (avril 2015). [Graphique]. Disponible sur : <<http://anfe.fr/demographie>> (Consulté en avril 2015)

Annexe II : Mon questionnaire



Les maisons de santé pluriprofessionnelles : un mode d'exercice coordonné

Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre de la réalisation d'un mémoire d'initiation à la recherche. La durée de celui-ci est estimée entre 5 et 10 min.



Question 1 : En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? *

Question 2 : Quelle est l'année de votre première installation en libéral ? *

Question 3 : Dans quel milieu exercez-vous ? *

- Urbain
- Rural

Question 4 : Vous travaillez au sein d'un cabinet ... *

- individuel
- de groupe avec uniquement des ergothérapeutes
- de groupe avec d'autres professionnels

Lesquels :

- Autre : (répondre dans l'encadré ci-dessous)

Question 5 : Parmi votre activité professionnelle, quel est le temps que vous consacrez à l'activité libérale ? *

- Moins de 25%
- Entre 25 - 50%
- Plus de 50%

Question 6 : Quelles sont vos attentes par rapport à ce mode d'exercice ?

Question 7 : Rencontrez-vous des difficultés dans votre exercice au quotidien ? *

- Oui (voir question 7a)
- Non

Question 7a : Si oui, quelles sont vos difficultés ?

Question 8 : Etes vous en contact régulièrement (au moins une fois par mois) avec d'autres professionnels (médicaux, paramédicaux, sociaux, etc.) ? *

- Oui (voir question 8a)
- Non (voir question 8b)

Question 8a : Si oui, comment avez-vous établi le contact ?

Question 8b : Si non, pourquoi ?

- Manque de temps
- Distance entre les professionnels
- Volonté de travailler seul(e)
- Autre : (répondre dans la case ci-dessous)

Question 9 : Connaissez-vous la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ? *

- Oui (voir question 9a)
- Non (voir définition ci-dessous)

Question 9a : Pouvez-vous définir les MSP selon votre propre représentation ?

- Non (voir définition ci-dessous)

La maison de santé pluriprofessionnelle est un lieu d'exercice où se regroupe différents professionnels libéraux (médicaux, paramédicaux ou pharmaciens) dans les mêmes locaux. Ils sont unis par un projet de santé, signé par l'ensemble des professionnels, témoignant ainsi d'un exercice coordonné.

Question 10 : Selon vous, la MSP peut-elle favoriser l'interprofessionnalité ? *

- Oui
- Non

Pourquoi, pouvez vous décrire les raisons de votre réponse ? *

Question 11 : Selon vous, quelles sont les limites possibles de ce lieu d'exercice ?



Vous pouvez laisser votre adresse email ci-dessous, si vous souhaitez recevoir les résultats de l'enquête.

Merci pour votre participation !

VALIDER

webquest.fr

Annexe III : Mail d'accompagnement

Objet : Enquête ergothérapie en libéral

Bonjour Madame, Monsieur,

Actuellement en 3ème année d'ergothérapie, je me permets de vous solliciter pour participer à une enquête, dans le cadre de mémoire de fin d'études. J'ai réalisé ce mémoire d'initiation à la recherche autour de la thématique suivante : "**Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles : un mode d'exercice coordonné**". Mon travail de recherche consiste à comprendre les attentes des ergothérapeutes qui s'installent en libéral ainsi que de recenser les possibilités de ce mode d'exercice, notamment concernant le travail en interprofessionnalité. Dans cette optique, je vous invite à remplir le questionnaire ci-dessous (voir lien) :
http://webquest.fr/?m=2547_les-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-un-mode-d-exercice-coordonne

Ce questionnaire respecte votre anonymat et ne vous prendra pas plus de **10 min**. Si vous êtes intéressé par les résultats de cette enquête, vous pouvez laisser votre adresse e-mail à la fin du questionnaire.

Je vous serais reconnaissante de bien vouloir remplir ce questionnaire pour le **5 avril 2015 au plus tard**.

En vous remerciant pour l'attention que vous avez porté à ce courriel,
Cordialement.

Anaïs DUBUC
Etudiante en ergothérapie

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles :

Un nouveau lieu d'exercice pour les ergothérapeutes libéraux ?

Mots clés : ergothérapie – libéral - maison de santé – interprofessionnalité

L'exercice de l'ergothérapie en libéral, en France, est en constante augmentation depuis ses débuts dans les années 1950. Dans ce contexte, l'exercice coordonné s'est développé. Différentes structures répondent aux objectifs de ce mode d'exercice, dont la Maison de Santé Pluriprofessionnelle, sujet de ce mémoire.

L'objectif de ma recherche a été de voir en quoi les maisons de santé peuvent être une alternative pour les ergothérapeutes libéraux, en particulier du point de vue de la relation entre les professionnels.

J'ai donc créé un questionnaire en ligne afin de réaliser un état des lieux par le biais d'une analyse quantitative.

Les résultats ont montré que peu d'ergothérapeutes connaissent les maisons de santé, mais ils sont quasiment unanimes pour dire qu'exercer dans une structure effectuant un exercice coordonné favorise la pratique interprofessionnelle. Ainsi, les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles sont une alternative pour les ergothérapeutes libéraux désirant s'inscrire dans une telle démarche.

Actuellement, les ergothérapeutes ne sont pas présents dans ce type de structure. Néanmoins, ce mode d'exercice tend à se développer ce qui offrira peut-être des opportunités futures pour les ergothérapeutes libéraux.

Keywords : occupational therapy - private practice - medical center - interprofessional practice

Private occupational therapy is on the rise in France since its beginning in 1950. In this context joint practice has developed. Different establishments meet the objectives of this method like the medical center with a formal project which is the main theme of my final year dissertation.

This work aims to know how the medical center are an alternative for private occupational therapists especially from the point of view of the relationship between professionals.

I therefore created an online questionnaire to make an assessment by using a quantitative analysis.

Results showed that few occupational therapists know this type of establishment but they are fairly unanimous to say that the practice in an establishment with a joint practice promotes interprofessional practice.

So medical centers with a formal project are consequently an alternative for private occupational therapists who want to be part of such an approach.

Occupational therapists are not currently present in this type of establishment. However, this practice is growing and might provide future opportunities for independent occupational therapists.

Anaïs Dubuc

Sous la direction de Monsieur Emmanuel Dupuis