



CHU
TOULOUSE



PREFMS

Pôle régional d'enseignement
et de formation aux métiers de la santé

Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse

Promotion : 2021-2024

Désertification médicale et inégalité géographique dans l'accès aux soins en ergothérapie.

Mémoire d'initiation à la recherche réalisée dans le cadre de la
validation de l'U.E. 6.6

Réalisé sous la direction de M. Arnaud SCHABAILLE

Étudiante : SOILIH Zamilia

Année universitaire : 2023-2024



Engagement et autorisation

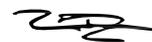
Je soussignée SOILHI Zamila, étudiante en troisième année, à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

Fait à Toulouse.
Le : 20 mai 2024

Signature de la candidate :



NOTE AU LECTEUR

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'Ergothérapeute :

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche »

Et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie.

Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

Remerciements :

Je souhaite exprimer ma gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire pour leur temps précieux et leur bienveillance.

Tout d'abord, je souhaite remercier M. Arnaud SCHABAILLE, mon directeur de mémoire, pour son engagement et ses conseils avisés. Je le remercie également pour son soutien et ses encouragements, particulièrement dans les moments de doute concernant ma capacité à mener ce projet à bien. Malgré la distance, il a su m'accompagner tout au long de ce parcours.

Ensuite, je tiens également à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFE de Toulouse pour leur suivi et leur accompagnement sans faille durant ces trois années. Je les remercie pour leur écoute, leur empathie, leurs enseignements et leurs partages, ainsi que pour toutes les fois où ils ont su trouver les mots justes pour me redonner confiance.

Également un grand merci aux quatre ergothérapeutes qui ont contribué à cette recherche, pour avoir consacré de leur temps et accepté de partager avec moi leurs expériences professionnelles. Sans leur participation, ce travail n'aurait pas été possible.

Je tiens également à remercier les ergothérapeutes rencontrés lors de mes stages, qui m'ont accompagné, ont placé leur confiance en moi et ont contribué à l'évolution de ma pratique professionnelle.

Merci à toute ma promotion pour la bonne ambiance qui a régné pendant ces trois années. Les moments de rires, de doutes et d'émerveillement que nous avons partagés resteront gravés dans ma mémoire, tout comme notre esprit d'entraide.

Enfin, je remercie ma famille pour son soutien et son amour inconditionnels. Sans elle, je ne serais pas la personne que je suis aujourd'hui.

Table des matières

.....PARTIE CONCEPTUELLE	1
I. INTRODUCTION	1
A. SITUATION D'APPEL.....	1
B. QU'EST-CE QU'UN ERGOTHERAPEUTE ?.....	2
C. QUESTIONNEMENTS DE DEPART.....	2
D. ENTRETIENS PRE-EXPLORATOIRES ET PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE	3
II. ÉTABLIR LE CONTEXTE : ACCÈS AUX SOINS ET DÉSERTS MÉDICAUX.....	4
A. L'ACCESSIBILITE AUX SOINS, UN DROIT FONDAMENTAL	4
1. <i>Qu'est-ce que la santé ?</i>	4
2. <i>Émergence du principe d'accès à la santé</i>	4
3. <i>Définition de l'accessibilité aux soins</i>	4
B. DÉSERTS MEDICAUX, ETAT DES LIEUX EN FRANCE SUR L'ACCES AUX SOINS.....	5
C. CONSÉQUENCES DE L'INACCESSIBILITE AUX SOINS.....	7
III. L'ACCÈS AUX SERVICES D'ERGOTHÉRAPIE EN FRANCE	9
A. PRÉSENTATION DE LA PROFESSION D'ERGOTHERAPEUTE	9
B. REPRESENTATIVITE DES ERGOTHERAPEUTES ET ACCESSIBILITE.....	9
C. PROPORTION ET REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP EN FRANCE :11	
D. L'ERGOTHERAPEUTE DANS L'ACCESSIBILITE AUX SOINS	13
1. <i>Modèles conceptuels de base : PEOP et MCPO</i>	13
2. <i>L'importance de l'ergothérapeute dans l'accès aux soins selon le PEOP</i>	15
IV. LES INTERVENTIONS EN ERGOTHÉRAPIE POUR FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS ...	17
A. AUGMENTER LE NOMBRE D'ERGOTHERAPEUTES LIBERAUX DANS LES ZONES DESERTIQUES.....	18
1. <i>En cabinet libéral</i>	18
2. <i>En Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)</i>	19
.....PARTIE EXPÉRIMENTALE	21
I. MÉTHODOLOGIE.....	21
A. OBJECTIF DE L'ÉTUDE ET CHOIX DE LA METHODOLOGIE.....	21
B. ÉLABORATION DE LA METHODE DE RECHERCHE.....	21
C. CONCEPTION DU GUIDE D'ENTRETIEN.....	22
D. LE RECUEIL DE DONNEES.....	23
II. RÉSULTATS.....	23
A. LES OUTILS D'ANALYSE DES ENTRETIENS.....	23
B. ANALYSE DES ENTRETIENS	24
1. <i>Présentation des participantes et de leurs interventions</i>	24
2. <i>Être ergothérapeute dans un désert médical</i>	27
3. <i>Les perspectives</i>	29
4. <i>Connaissances et reconnaissance du métier</i>	30
III. DISCUSSION	31
A. SYNTHÈSE DES RESULTATS	31
B. INTERPRÉTATION DES RESULTATS ET CONFRONTATION A LA THEORIE	31
1. <i>Accessibilité aux soins en zone médicalement désertique</i>	31
2. <i>L'ergothérapie en milieu désertique</i>	32
C. ÉLÉMENTS DE REFLEXION SUR LES VERBATIMS (LIMITES ET BIAIS).....	35

.....CONCLUSION.....	37
BIBLIOGRAPHIE.....	39
ANNEXES.....	45

Glossaire :

AEEH : Allocation Éducation Enfant

Handicapé

AGGIR : Autonomie gérontologique groupes iso-ressources

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APF : Association des paralysés de France

APL : Accessibilité potentielle localisée

ARS : Agence régionale de la santé

COOP : Cognitive Orientation to Daily Occupation Performance

DRESS : Direction de la recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DROM : Départements français, départements et régions d'outre-mer

DU : Diplôme universitaire

E1 : ergothérapeute 1

E2 : ergothérapeute 2

E3 : ergothérapeute 3

EQLAAT : Équipe Locale d'Accompagnement sur les Aides Techniques

FRe : Fauteuil roulant électrique

HELHa : Haute École Louvain en Hainaut

HPST : Hôpital, patients, santé et territoire

IFE : institut de formation d'ergothérapie

IME : Instituts Médico-Éducatifs

INSEE : Institut National des Statistiques et des Études Économiques

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

MCPO : Modèle canadien de la participation occupationnelle

MCRO : Mesure canadienne du rendement occupationnel

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

OMS : Organisation mondiale de la santé

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PCO : Plateforme de coordination et d'orientation

PEOP : Personne Environnement Occupation & Performance

PSVS : Personnes en situation de vulnérabilité sociale

SEP : Sclérose en plaque

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SIFEF : Syndicats des Instituts de Formation en Ergothérapie Français

SYNFEL ergolib : Syndicat Français des Ergothérapeutes Libéraux

TDAH : Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

TND : Trouble neurodéveloppemental

TSA : Trouble du spectre de l'autisme

Verbatim : retranscription mot pour mot d'un discours

ZFANG : Zone franche d'activité nouvelle génération

ZRR : Zone de revitalisation rurale

ZTE-FU : Zone franche urbaine

.....PARTIE CONCEPTUELLE.....

I. Introduction :

Dans une société où le droit à l'accessibilité aux soins est un principe constitutionnel fondamental, force est de constater qu'il réside aujourd'hui encore des inégalités géographiques dans l'accès aux soins (MAUREY & LONGEOT, 2020). En effet, en raison du vieillissement de la population en France, avec notamment un allongement de l'espérance de vie à la naissance, les demandes de soins sont en nette augmentation (Besbes & Betti, 2020). Cependant, l'accessibilité de professionnels de santé de premiers recours tels que les médecins généralistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les sage-femmes varie d'une région à une autre et parfois même au sein d'une même région. Par conséquent, cela crée des disparités géographiques dans l'accès aux soins de premier recours, on parle alors de désertification médicale (Legendre, 2021; vie-publique, s. d.). Aujourd'hui, cette question de désertification médicale et de son impact sur l'accès aux soins demeure préoccupante et représente un véritable défi en matière de santé publique. D'un point de vue "dynamique", cette problématique de désertification médicale, se rapporte aux régions où les temps de déplacement, les délais d'attente ou encore les coûts et désagréments que rencontrent les populations pour accéder aux soins, vont au-delà des limites acceptables et sont perçues comme injustifiées et illégitimes (MAUREY & LONGEOT, 2020).

A. Situation d'appel :

L'ergothérapie étant une profession paramédicale nécessitant une prescription médicale, il semble évident que la question de la désertification médicale nous affecte directement. Ainsi, étant originaire d'un département d'outre-mer, la question d'inégalité géographique dans l'accès aux soins me préoccupe particulièrement, d'où mon intérêt pour celle-ci. En effet, j'ai moi-même été témoin des difficultés que cela peut engendrer pour les populations lorsqu'il faut patienter plusieurs mois pour obtenir un rendez-vous ou encore parcourir plusieurs kilomètres afin de consulter un professionnel de santé. Ceci nécessitant parfois de quitter le territoire dans le but de bénéficier d'un soin non disponible sur les lieux. S'ajoute également à cela, la présence d'un unique centre de soin, permettant une prise en charge adaptée, en cas d'urgence, pour une population de 310 000 habitants, située à une trentaine de minutes en voiture pour certains et plus d'une heure pour d'autres (INSEE, 2023). Cette difficulté d'accès aux soins est donc une réalité à laquelle j'ai été confrontée très tôt, dès mon enfance et tout au long de mon adolescence,

avant mon arrivée en France métropolitaine. N'ayant toujours connu que cette situation, ce n'est qu'à mon arrivée ici que j'ai pris conscience de l'existence d'une véritable disparité en termes d'accès aux soins entre mon île d'origine et la France métropolitaine. En effet, mon île natale compte seulement « *32 médecins spécialistes pour 100 000 habitants, soit deux fois moins de médecins spécialistes que les départements métropolitains les moins bien pourvus* » (MAUREY & LONGEOT, 2020). Aujourd'hui encore cette précarité médicale m'impacte énormément d'un point de vue personnel mais aussi professionnel. En effet, ayant pour objectif de retourner un jour exercer dans mon département d'origine, j'ai souhaité y effectuer un stage en ergothérapie afin d'obtenir un aperçu des spécificités du métier là-bas avant d'y exercer. Cependant, le manque d'informations, notamment concernant la disponibilité et le nombre d'ergothérapeutes, a entravé ma démarche.

Toutes ces informations m'ont fait prendre conscience qu'il existait plusieurs départements français, départements et régions d'outre-mer (DROM) y compris, où les soins médicaux, et par conséquent les soins en ergothérapie, étaient difficiles d'accès, voire quasi inexistantes.

B. Qu'est-ce qu'un ergothérapeute ? :

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), « l'ergothérapeute est un professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaires, médico-social et social ». L'un de ses nombreux objectifs est de favoriser l'autonomie des individus et leur inclusion sociale. Pour ce faire, « *il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace* ». Par conséquent, il apparaît comme évident que favoriser l'accès aux soins fait partie d'un de ses nombreux champs d'action, contribuant ainsi à l'autonomie de la personne (ANFE, 2023).

C. Questionnements de départ :

Face à ces observations, je me suis posé plusieurs questions telles que :

- Comment l'ergothérapie fait-elle face à l'inégalité d'accès aux soins ?
- Existe-t-il des solutions mises en place afin d'y remédier ? Si oui, qu'en est-il ?

D. Entretiens pré-exploratoires et problématique de recherche :

Afin de cibler plus précisément ma problématique, j'ai effectué des entretiens pré-exploratoires auprès de quatre ergothérapeutes de différents secteurs d'activités (lieu de vie, rééducation) ce qui m'a permis d'obtenir leur avis sur le sujet de la désertification médicale en ergothérapie et les pistes d'amélioration qu'il pourrait y avoir. En général, il ressort de ces entretiens qu'il existe un déficit d'ergothérapeutes dans certaines zones éloignées en dehors des centres urbains, contraignant les patients à parcourir de longues distances pour accéder aux soins, voire les privant de ces soins. Dans les zones urbaines, c'est le manque d'ergothérapeutes libéraux qui se fait sentir, augmentant la charge de travail pour ceux déjà présents et entraînant l'incapacité à prendre en charge certains patients en raison du manque de disponibilité. De plus, les entretiens mettent en lumière la persistance d'un déficit de connaissances sur l'ergothérapie parmi les pairs et les patients. Malgré la connaissance croissante de la discipline dans certaines régions, notamment celles abritant des écoles d'ergothérapie, son développement à l'échelle nationale nécessite encore des efforts. Enfin, toujours selon les ergothérapeutes interrogés, pour remédier à ces défis, il est impératif de sensibiliser davantage à l'ergothérapie, de renforcer la collaboration avec l'ANFE, et de mettre en place un système de coordination des soins post-rééducation. Cette démarche permettrait d'assurer une continuité des soins en ergothérapie tout en informant correctement les patients sur les options disponibles (*cf Annexe D*).

En vue de ces observations et des diverses recherches bibliographiques que j'ai entreprises, je me suis posé la question suivante : **Quelles sont les stratégies par lesquelles les ergothérapeutes peuvent favoriser l'accès aux soins en ergothérapie dans les déserts médicaux Français ?** Cela constitue donc ma problématique de recherche.

Dans le but de répondre à cette problématique, nous aborderons dans un premier temps, dans une partie conceptuelle, la question de l'accès aux soins et du désert médical. Nous mettrons en lumière l'accès aux services d'ergothérapie en France, puis nous explorerons les stratégies préexistantes visant à favoriser l'accès aux soins d'ergothérapie dans les zones sous-dotées. Dans un second temps, nous étudierons la démarche entreprise pour répondre à la problématique dans une partie méthodologique et exploratoire. Enfin, nous réaliserons une discussion autour de la problématique de recherche.

II. Établir le contexte : accès aux soins et déserts médicaux :

A. L'accessibilité aux soins, un droit fondamental :

1. Qu'est-ce que la santé ? :

La santé et le droit à la santé sont deux notions récentes qui se sont construites au fil des siècles. En effet, alors qu'au XIX^{ème} siècle la santé était caractérisée par l'absence de maladie, cette définition a été modelée au cours des années avec tout d'abord l'intégration des principes de bien-être psychique et social. Ensuite, cela ne se résume plus qu'à l'individu et intègre l'environnement sanitaire, social, culturel, économique, géographique et politique. Puis est introduite la notion d'hygiène de vie comme facteur facilitant le maintien d'un bon état de santé. Enfin, ce n'est qu'en 1946 que l'OMS définit la santé comme étant « *Un état de complet bien-être physique, mental et social. Elle ne consiste donc plus seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » (OMS, 1946)

2. Émergence du principe d'accès à la santé :

Ce n'est qu'alors que la notion de droit d'accès à la santé s'est construite par le biais de divers textes internationaux. D'abord introduite par la constitution française en 1946 en proclamant que « *la nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs* ». (*Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, s. d.*) Puis évoqué dans l'article 12-1 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels en 1966 qui prévoit que « *les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* » (OHCHR, s. d.). Enfin, ce n'est qu'en 2002 que le code de la santé publique évoque la notion d'accès aux soins comme telle, et que l'OMS la définit comme étant « *la faculté offerte à chacun de recevoir des soins quand cela est nécessaire et au bon endroit* » (Article L1110-1 - Code de la santé publique - LégiFrance, s. d. ; Axe : projet de santé et accès aux soins, s. d.).

3. Définition de l'accessibilité aux soins :

Mais qu'entend-on par accessibilité ? La notion d'accessibilité est couverte par 3 dimensions différentes dans la littérature, qui permettent de bien la décrire et la comprendre. Ces dernières sont l'accessibilité physique, l'accessibilité financière et l'acceptabilité.

L'accessibilité physique, ou spatiale, désigne la disponibilité d'un établissement de santé ou d'un service de soins à une distance considérée comme « raisonnable » du lieu de vie du patient, facilitant ainsi son accès sans problème. Celui-ci peut être mesuré par un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), qui est un indicateur numérique développé par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) afin de mesurer l'accessibilité spatiale des professionnels de santé de premiers recours, au niveau communal. L'APL permet donc de mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours. L'accessibilité financière se définit comme la capacité des usagers à payer pour les services sans rencontrer de difficultés financières. Quant à l'acceptabilité, il s'agit de « *la réalité de l'utilisation des services par les personnes ayant besoin de soins ou en demandant* » (Chambaud, 2018). Dans notre étude, nous nous concentrerons principalement sur l'accessibilité physique, en tenant compte du fait que la disponibilité n'est pas toujours garantie. Autrement dit, un professionnel de la santé peut être physiquement accessible, mais il peut ne pas être disponible en raison d'une demande importante par rapport à sa capacité de prestation de services.

B. Déserts médicaux, état des lieux en France sur l'accès aux soins :

L'accès aux soins est un pacte international qui découle de la Déclaration universelle des droits de l'homme. Pourtant, depuis un certain nombre d'années, il existe un réel fossé entre le droit et les faits. En effet, l'accessibilité aux soins de premier recours constitue une préoccupation constante dans notre société actuelle. Bien que le nombre de professionnels de santé augmente au fil des années, leur répartition territoriale demeure inégale. De plus, cette augmentation ne suit pas proportionnellement la croissance de la population générale, ce qui entraîne une réponse insuffisante aux besoins de soins en constante augmentation. En fait, des études ont mis en lumière qu'en 2019, 3% des Français rencontraient des difficultés considérables pour consulter des professionnels de santé tels que médecins généralistes, kinésithérapeutes et infirmiers. Parmi eux, les trois quarts vivaient en zone rurale (Legendre, 2021). Cela contraignait ces populations à parcourir plus de 15 minutes en voiture (qui est le temps maximal considéré comme acceptable) ou à attendre plusieurs semaines pour pouvoir consulter un médecin généraliste et cela est encore plus critique en ce qui concerne la consultation de spécialistes (ophtalmologistes, gynécologues, dermatologues, pédiatres). Ces disparités sont notables non seulement entre les zones urbaines et rurales, mais également entre

les départements du Sud, du Nord, ainsi que les départements d'outre-mer, avec certains départements du Sud affichant une densité médicale supérieure à celle de certains départements du Nord et d'outre-mer. Aujourd'hui le terme « désert médical », c'est-à-dire ces espaces sans ou en manque de médecin, ne concerne plus seulement les zones rurales mais également certaines zones à la périphérie des villes ou encore des zones urbaines sous-dotées comme la région Parisienne. Par ailleurs, les études les plus récentes démontrent que le nombre de déserts médicaux en France concerne 1 région sur 3, avec 9-12% de la population vivant dans ces zones. De plus, l'APL indique que « 8 % de la population a une accessibilité aux médecins inférieure au seuil défini de 2,5 consultations par an et par habitant ». Bien entendu, cette problématique d'accès ne concerne pas uniquement les professionnels de santé de premier recours, mais se manifeste également en ce qui concerne l'accès aux structures hospitalières de proximité, aux services d'urgence, aux SMUR et aux pharmacies. Par conséquent, « 0,5 % de la population française habite dans une commune cumulant les trois difficultés d'accès aux médecins généralistes, aux urgences et SMUR et aux pharmacies » (Déserts médicaux : L'État doit enfin prendre des mesures courageuses ! - Sénat, 2020).

Pourtant, depuis plusieurs années maintenant, des politiques visant à remédier à cette situation existent et se sont récemment intensifiées. Tout d'abord, avec l'adoption de la loi Kouchner du 4 mars 2002, relative aux droits des patients et à l'amélioration de la qualité du système de santé, puis avec la promulgation de loi HPST de 2009 qui met l'accent sur l'accessibilité aux soins pour tous, avec un objectif de satisfaction globale. En effet, le Gouvernement explore différentes pistes depuis un certain temps et c'est en 2012 que le premier plan engagé sur l'égalisation d'accès aux soins, appelé « *pacte santé territoire* » a vu le jour. Ce dernier a été prolongé et amplifié en 2017 par le plan « *accès aux soins dans les territoires* » puis par la stratégie « *Ma Santé 2022* » (Dgos, 2023 ; *Santé : un accès aux soins de plus en plus difficile - direct assurance*, s. d.). Dans l'ensemble, ces initiatives ont conduit à la création de dispositifs incitatifs pour favoriser l'installation des professionnels de la santé dans les régions sous-dotées. Ces mesures incluent l'octroi d'aides financières pour faciliter l'installation et le maintien des médecins généralistes ; ainsi que la possibilité d'attribuer des indemnités de déplacement ou de logement dans le but d'attirer les jeunes étudiants en médecine. De manière analogue, on peut également mentionner la mise en place de mesures de régulation concernant l'installation en libéral des infirmiers, des sage-femmes, ou encore des masseurs-kinésithérapeutes... De même, des initiatives visant à encourager de nouvelles approches médicales dans ces régions, telles que le développement de la télémédecine et la création de cliniques mobiles pour certaines

professions paramédicales, ont été mises en œuvre. Malgré toutes ces initiatives, le constat est unanime, les efforts déployés demeurent encore insuffisants. (Dameocare, 2023 ; Dubault, 2020 ; *Lutter contre les déserts médicaux – ministère de la Santé et de la Prévention*, 2023 ; *Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité* / Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, s. d. ; Savignat, 2013).

C. Conséquences de l'inaccessibilité aux soins :

L'accès aux soins de santé est essentiel tant pour le bien-être individuel que pour la santé publique. Ainsi, cette entrave généralisée à l'accès aux soins a des répercussions significatives sur la santé à la fois au niveau individuel et collectif. Dans ces régions où l'accès aux soins est problématique, les rendez-vous médicaux sont retardés, ce qui entraîne des retards dans les diagnostics. En fin de compte, cela peut avoir un impact significatif sur le pronostic de ces individus, pouvant réduire leurs chances de survie face aux pathologies les plus graves. En effet, la détérioration de leur état de santé accroît le risque de complications, de handicaps (physique, mental et psychique), voire de décès. De surcroît, les complications fréquemment associées à ces situations exigent des traitements à long terme qui sont généralement plus onéreux. Cela peut entraîner une charge financière considérable, pouvant conduire à la détérioration de la situation économique, sociale et sanitaire des individus. Ils peuvent se retrouver dans une situation précaire, concentrant leurs ressources financières principalement sur les médicaments au détriment d'autres dépenses, ce qui se traduit par une diminution de la qualité de vie. Parfois, cela les contraint à réduire leurs dépenses alimentaires ou leurs loisirs, aggravant davantage leur situation globale perpétuant le cycle de la pauvreté. Cette situation peut engendrer du stress, de l'anxiété et de la dépression chez ces individus et provoquer une décompensation psychique, participant ainsi au maintien et à la dégradation de leur condition. Cela ne se limite pas là ; l'aidant familial peut également faire face à une charge importante, étant potentiellement contraint d'interrompre son activité professionnelle pour prendre en charge le membre de sa famille malade. Cela entraîne des conséquences financières pour le foyer et a un impact sur la santé de l'aidant, qui peut s'épuiser à la longue (Etchegaray et al., 2018).

Le nonaccès aux soins peut également contribuer à la propagation de maladies contagieuses, car les personnes non traitées sont plus susceptibles de propager des infections à d'autres. De plus, nous observons chez ces individus une prévalence plus élevée de maladies chroniques,

telles que le diabète, les caries, l'obésité, l'hypercholestérolémie, les maladies respiratoires chroniques, l'addiction au tabac, à l'alcool et à la drogue.

La grande distance par rapport aux services de santé peut également conduire à un renoncement aux soins, ce qui, dans certains cas, peut entraîner une interruption de la prise en charge médicale ou augmenter l'afflux de patients dans les services d'urgence, car les personnes non traitées cherchent souvent des soins médicaux en situation de crise plutôt qu'en prévention.

Le manque de prise en charge, le manque de connaissance sur les maladies et le système de santé, ainsi que l'absence de campagnes de sensibilisation et de prévention sur les maladies contribuent à ces situations.

Des études épidémiologiques portant sur les pathologies ont révélé que la carte des déserts médicaux coïncide aujourd'hui avec celle de la mortalité précoce, et une fracture sanitaire et médicale s'ajoute aux inégalités territoriales qui traversent notre pays. Par conséquent, tous les aspects de la vie de ces personnes sont touchés (*Déserts médicaux : L'État doit enfin prendre des mesures courageuses ! - Sénat, 2020*).

L'accès aux soins est, par conséquent, un droit constitutionnel fondamental, dont la définition s'est construite au fil des années à travers des textes internationaux. Pourtant, malgré cela, tous les Français n'en jouissent pas de manière équitable en fonction de leur lieu de vie, engendrant ainsi des disparités territoriales dans l'accès aux soins. On utilise alors le terme de désertification médicale pour décrire ces zones dépourvues de professionnels de santé de premier recours. Ce manque d'accessibilité aux soins est lourd de conséquences pour les personnes qui en font l'expérience, aggravant de manière générale leur situation. Notre système de santé demeurant encore très « médico-centré », la prise en charge en ergothérapie nécessite une prescription médicale. Face à ces constats antérieurs, nous pourrions nous questionner sur ce qu'il en est de l'accessibilité aux soins en ergothérapie.

III. L'accès aux services d'ergothérapie en France

A. Présentation de la profession d'ergothérapeute :

L'ergothérapie est une profession qui a émergé au début du XXe siècle aux États-Unis. Ses origines remontent à la santé mentale et aux soins prodigués aux blessés de guerre. Les premières activités relevant de l'ergothérapie en France ont été identifiées au milieu du XXe siècle. Initialement utilisé pour désigner les infirmières qui animaient des ateliers au sein des institutions hospitalières, le terme d'« ergothérapeute » a été officiellement retenu en 1943 par Georges Duhamel pour désigner les véritables ergothérapeutes. Cependant, ce n'est qu'à partir de la Seconde Guerre mondiale que la profession a véritablement acquis sa légitimité. (Charret & Samson, 2017)

En France, les deux premières écoles d'ergothérapie ont été créées à Nancy et à Paris en 1954 délivrant un diplôme privé. C'est en 1970 que le Diplôme d'État d'ergothérapie a été créé et inscrit au Livre IV du Code de la santé. Au fil des années, de nombreux instituts de formation en ergothérapie (IFE) ont vu le jour, passant de 9 IFE en 2009 à 28 en 2023. Aujourd'hui, ces derniers regroupent 2900 étudiants et forment un peu plus de 1000 ergothérapeutes par an (« DOSSIER PRESSE COÛT DE LA RENTRÉE 2023 », 2023 ; *IFE-LCA - historique*, s. d.).

B. Représentativité des ergothérapeutes et accessibilité :

De nos jours, le nombre d'ergothérapeutes a connu une nette augmentation par rapport aux années précédentes, atteignant un total de 14 930 professionnels. Parmi eux, on en dénombre 6 987 qui travaillent en milieu hospitalier, 5 124 salariés non-hospitaliers et 2 819 libéraux ou mixtes selon la DRESS (Répertoire ADELI- Drees, 2023).

La prise en charge en ergothérapie requérant une prescription médicale, la problématique de la désertification médicale nous concerne également. Ainsi, nous pourrions nous interroger sur l'accessibilité géographique à l'ergothérapie en France. À cet effet, l'Association Nationale Française des ergothérapeutes (ANFE) a mené une enquête nationale sur la démographie et les activités des ergothérapeutes, dans laquelle ils font l'état des lieux de la répartition des ergothérapeutes en France au 1er janvier 2015. Dans cette dernière, elle constate qu'alors que le nombre d'ergothérapeutes est de 9 122, il existe une grande disparité en termes de répartition régionale de ces derniers en France (Métropole et Départements d'outre-mer y compris). En effet, elle note que seulement 5 régions sur 23 disposent d'un nombre d'ergothérapeutes au-

dessus de la moyenne (à savoir entre 12 et 15 pour 100 000 habitants), 7 régions ont une densité d'ergothérapeutes moyenne et 11 ont une très faible densité d'ergothérapeute. De même, ces disparités sont également notables au sein d'une même région. À cette époque, où l'exercice libéral était assez peu répandu (concernait seulement 8 % des ergothérapeutes) seulement « 8 régions sur 23 disposent de plus d'ergothérapeutes libéraux que la moyenne nationale et cumulent 75 % des effectifs des ergothérapeutes libéraux exerçant sur le territoire » (CATEL & ANFE, 2015).

Au 1er janvier 2023, les données de l'ANFE mettent en évidence la persistance d'inégalités dans la répartition géographique des ergothérapeutes en France, même si ces chiffres ne sont pas ajustés en fonction de la population de chaque région. Par conséquent, ils ne permettent pas de refléter pleinement l'écart spatial entre l'offre et la demande de soins, comme le ferait l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), mais ils nous renseignent néanmoins sur les zones privilégiées d'installation des ergothérapeutes en France (ANFE, 2023). Ainsi, le constat est le suivant, la présence d'ergothérapeutes dans une région donnée est étroitement liée à la disponibilité d'infrastructures dédiées à la profession d'ergothérapeute. Il est important de noter que l'accès à des services d'ergothérapie en dehors des établissements de santé est limité, avec seulement 18,9% de praticiens exerçant en libéral en France. De plus, un nombre infime d'entre eux opère dans des zones désertiques, créant ainsi des disparités géographiques dans l'accès aux soins en ergothérapie libérale. En effet, tandis que certaines villes bénéficient d'un nombre conséquent d'ergothérapeutes libéraux, d'autres en sont dépourvues ou n'en ont pas en quantité suffisante pour répondre à la demande croissante. En 2023, la DRESS recense ainsi, 23 départements français où le nombre d'ergothérapeutes libéraux est inférieur à 10, parmi lesquels 15 affichent un chiffre égal ou inférieur à 5 ergothérapeutes pour un peu plus de 100 000 habitants (Répertoire ADELI- Drees, 2023).

Au-delà de ces aspects géographiques, le manque de reconnaissance de l'ergothérapie constitue également un obstacle à l'accès. En effet, en 2007, une étude indique que 36 % des ergothérapeutes expriment une non-reconnaissance de leur profession (MARCHALOT, 2007). S'ajoute également un manque de connaissance concernant l'ergothérapie, qui touche non seulement le grand public, comme indiqué par 98,9 % des ergothérapeutes interrogés dans l'étude de Claude Wagner, mais aussi les pairs prescripteurs. Ceci est souligné par l'étude de WAGNER et al., qui rapporte que 68 % des ergothérapeutes estiment ne pas être suffisamment connus des médecins (WAGNER, 2004, in MARCHALOT, 2007). Ainsi, le manque de connaissance de notre existence et de nos rôles, combiné au fait que certains médecins ne sont

pas présents dans certains endroits ou ne nous connaissent pas, limite leur capacité à orienter les patients vers notre profession. Bien que ces constats puissent sembler appartenir à une époque révolue, ils ressortent également de mes entretiens lors de ma pré-enquête.

Ajoutons à cela le constat selon lequel « *aujourd'hui, l'accès aux soins d'ergothérapie est difficile en l'absence d'un passage en institution. Or les personnes en situation de handicap, (...) ne souhaitent pas obligatoirement une entrée en institution pour des actes (...) Contrairement à certaines professions paramédicales, l'ergothérapie ne peut développer que difficilement son activité en milieu ordinaire de vie, faute d'un exercice libéral et d'un système de financement* » (ANFE, 2017). Le manque de conventionnement de l'ergothérapie libérale constitue un obstacle, limitant la possibilité pour les patients de bénéficier de remboursements par la Sécurité Sociale. Actuellement, seules quelques personnes peuvent prétendre à un remboursement en constituant un dossier de prestations exceptionnelles (soumises à des conditions financières) ou en utilisant des forfaits de certaines mutuelles, caisses de retraite et compagnies d'assurances. Une alternative est également offerte par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) grâce à des demandes d'Allocation Éducation Enfant Handicapé (AEEH) ou de Prestation de Compensation du Handicap (PCH), voire d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) délivrée par la région. Bien que ces prestations ne soient pas soumises à des conditions de ressources, les montants alloués par la PCH dépendent des ressources de la personne, tandis que l'APA dépend de son niveau de perte d'autonomie, évalué à l'aide de la grille AGGIR. Il existe également un forfait dit « d'intervention précoce » alloué aux « *enfants présentant des écarts de développement évoquant un trouble du neurodéveloppement (TND) et âgés de 0 à 12 ans* ». Ce dernier permet une prise en charge pendant un an et qui peut être prolongée de 6 mois si nécessaire, des frais de bilans et séances d'ergothérapie, avec des professionnels disposant d'un contrat avec la plateforme de coordination et d'orientation (PCO). Par conséquent, tout cela restreint considérablement le nombre de personnes pouvant bénéficier des soins d'ergothérapie (Allocation personnalisée d'autonomie (APA), 2023 ; ANFE & VERNE, 2020 ; Troubles du neurodéveloppement, autisme : le forfait d'intervention précoce, s. d.).

C. Proportion et répartition géographique des personnes en situation de handicap en France :

Ainsi, bien que le nombre d'IFE ait triplé au cours de ces dernières années, les effectifs professionnels demeurent insuffisants pour répondre aux besoins croissants, notamment liés au

vieillesse de la population, à l'augmentation de l'espérance de vie et à l'émergence de nouvelles pathologies. En plus de la nécessité d'une coordination territoriale, la loi HPST du 22 juillet 2009 préconise une égalité dans l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Cependant, des disparités notables persistent en fonction du lieu de résidence des individus. « *En ce qui concerne les ergothérapeutes, des inégalités importantes sont observées dans leur répartition géographique* » (AUDOIT et al., 2016). Pourtant, l'une des valeurs de l'ergothérapeute consiste à « *fournir des services accessibles sur un pied d'égalité pour tous* ». Ceci est dans le but de promouvoir l'autonomie d'un grand nombre de personnes en situation de handicap sans distinction (Cota/I, 2023).

Mais que représente donc cette population à l'échelle de la France ? Tout d'abord, il est crucial de définir le terme « handicap ». Il s'agit de « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant* », conformément à la loi de février 2005 (Handicap, s. d.). Ainsi, selon l'enquête Vie Quotidienne et Santé menée par la DRESS en 2021, « *7,6 millions de personnes de plus de 15 ans vivant à domicile déclarent une limitation sévère ou une restriction dans les activités quotidiennes* ». Ces limitations peuvent être d'origine physique, sensorielle ou cognitive. En comptabilisant les populations âgées de 5 ans et plus ainsi que les personnes dépendantes vivant en établissement, on peut compter « *entre 4,3 -12 millions de personnes en situation de handicap* » en France selon la source et les caractéristiques retenues, dont « *9 millions ont un handicap invisible* », selon l'APF France Handicap (*Handicap invisible*, 2020 ; Rey, 2022). C'est donc un nombre considérable d'individus qui pourraient être amenés à consulter un ergothérapeute. Cette problématique d'accès aux services d'ergothérapie affecte ainsi un grand nombre de personnes.

Il aurait été particulièrement intéressant d'obtenir une estimation du nombre de personnes en situation de handicap dans les déserts médicaux, afin d'établir un lien avec la disponibilité d'ergothérapeutes dans ces régions. Malheureusement, de telles données font défaut pour le moment. Néanmoins, une étude réalisée par Amélie Etchegaray en 2018, intitulée « *Géographie de la population en situation de handicap en France métropolitaine* », offre une première évaluation de la prévalence des handicaps par départements. Cette étude démontre que, comme de nombreux aspects de la santé, le handicap n'est pas uniformément réparti sur le territoire et que sa distribution est influencée par des éléments contextuels sociaux et sanitaires. Elle met

en lumière que dans les départements où la proportion de personnes issues de la classe ouvrière ou n'ayant pas de diplôme est élevée, on observe un taux significativement plus élevé d'enfants et d'adultes en situation de handicap par rapport aux villes où ces catégories de population sont moins représentées (Etchegaray et al., 2018).

D. L'ergothérapeute dans l'accessibilité aux soins :

1. Modèles conceptuels de base : PEOP et MCPO

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui s'intéresse à l'individu dans sa globalité, c'est-à-dire qu'il fait attention à sa personne mais aussi à l'interaction entre ses occupations et son environnement et l'impact que ces derniers peuvent avoir sur lui.

Afin de mieux suivre le cheminement de notre pensée sur le sujet d'accessibilité aux soins en ergothérapie, nous avons trouvé intéressant de présenter un modèle conceptuel de base qui est le PEOP ou Personne Environnement Occupation & Performance et de faire un zoom sur une partie du Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO). Pour ce faire, nous nous sommes principalement basés sur les livres de Marie Chantal Morel-Bracq intitulé « *Les modèles conceptuels en ergothérapie* », publié en 2017 et celui de Mary Egan & Gayle Restall intitulé « *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle* » publié en 2022.

Le PEOP est un modèle écologique, systémique (: étudie les systèmes complexes dans leur globalité) et transactionnel qui a été développé en 1996 par Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby & Letts. Il est client centré, c'est-à-dire qu'il place le « client » (terme communément utilisé au Québec afin de faire référence à un patient) au centre de sa prise en charge, il en est acteur. Le PEOP est basé sur une approche top-down c'est-à-dire qu'il met l'accent sur la performance en tant que résultante de l'interaction dynamique entre l'individu, son environnement et ses occupations. Il a pour but d'étudier « *la manière dont les caractéristiques de la personne en interaction avec l'environnement peuvent influencer la performance occupationnelle* ». On parle de performance occupationnelle pour définir « *la manière qu'a une personne de réaliser ses activités, en tenant compte de l'interaction entre la personne, l'environnement et l'occupation et en définissant les obstacles et les leviers dans chacune de ces sphères* ».

Ce modèle est donc basé sur l'interaction entre 3 concepts :

- **La personne** qui permet d'identifier les capacités et les déficiences de la personne. Cela prend en compte ses caractéristiques physiques, sa personnalité, son rôle (par rapport à sa place familiale, professionnelle et institutionnelle...), ses croyances spirituelles, sa culture, ses performances physiques et cognitives, l'image de soi, sa santé et ses capacités sensorielles...

- **L'environnement** comprend les influences physiques, culturelles, sociales, politiques et technologiques qui vont participer à la suppression ou création d'obstacles à la réalisation des performances occupationnelles. On entend par environnement :
 - Physique : l'environnement naturel ou construit, où vit la personne et qui contribue à façonner son comportement.
 - Culturel : les valeurs, croyances, coutumes et idéaux partagés par un groupe de personnes et contribuant à leurs limites comportementales.
 - Social : l'appartenance à une structure organisée qui entretient des relations plus ou moins étroites contribuant ainsi à établir des limites du comportement.
 - Politique : l'appartenance à une structure organisée qui est régie par des lois et des règlements.
 - Technologique : les moyens technologiques que possède l'individu ou dans lequel il baigne au cours de sa vie, comme un ordinateur, un téléphone, l'utilisation de divers outils informatiques, de machines connectées...

- **L'occupation** regroupe l'ensemble des activités, tâches et rôles que souhaite et doit réaliser un individu, auxquels il s'adonne, et qui lui permettent de s'exprimer et de s'épanouir.

Ainsi, la performance occupationnelle résulte de la congruence entre la personne, son environnement et son occupation. Plus ce niveau de congruence est élevé, c'est-à-dire plus il existe une parfaite adéquation entre la personne, son environnement et son occupation, plus la performance occupationnelle est optimisée. Cette amélioration de la performance occupationnelle contribue à accroître la participation de l'individu, englobant son engagement dans diverses activités de la vie sociale, communautaire, familiale, professionnelle, de loisirs et d'auto-soins. Selon Ninacs, cette participation peut également être interprétée comme une forme d'empowerment, offrant à la personne un pouvoir d'agir et de prendre le contrôle. Une adéquation parfaite entre l'environnement et la personne favorise le bien-être du client, lui

permettant d'être pleinement soutenu dans ses occupations de manière optimale. Le modèle PEOP identifie à la fois les capacités et les limitations de la personne, ainsi que les facteurs facilitants et les obstacles de son environnement. Il s'agit donc d'un bon outil permettant d'analyser et de décortiquer un problème occupationnel complexe (Morel-Bracq, 2017 ; CAIRE & PORIEL, 2022).

Quant au MCPO, il s'agit d'un modèle développé par Mary Egan et Gayle Restall en 2022. Il souligne l'importance des relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle. Ses objectifs principaux sont de :

- Comprendre l'importance d'une occupation pour une personne ou une communauté
- Identifier les conditions nécessaires pour que l'occupation soit réalisée de manière significative
- Déterminer les meilleures méthodes pour élargir et maintenir la participation et les opportunités occupationnelles grâce à une intervention contextuelle experte.

Tout comme le modèle PEOP, le MCPO met en évidence l'influence de l'environnement sur les occupations des patients, mais il distingue trois niveaux de contexte, qui sont les suivants :

- Micro : Lien social et intime
- Méso : Environnement quotidien mais non familial
- Macro : Environnement global, incluant les aspects internationaux, organisationnels, culturels, sociaux et politiques.

Ainsi, au cours de notre discours, nous pourrions parfois nous référer à l'environnement tel que défini dans le modèle PEOP, et d'autres fois selon la définition du MCPO.

2. L'importance de l'ergothérapeute dans l'accès aux soins selon le PEOP

L'une de nos missions en tant qu'ergothérapeute est « d'analyser les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux et les situations de handicap de la personne » dans le but de favoriser son autonomie, de faciliter son maintien dans un milieu de vie répondant à ses besoins, et de lui permettre d'avoir une qualité de vie satisfaisante. Notre rôle auprès des populations vivant en milieu sous-doté est donc essentiel.

Pour mieux comprendre les répercussions d'un nonaccès à l'ergothérapie sur leur performance occupationnelle, décrivons tout d'abord ces populations et leur environnement de vie selon le modèle PEO, établissant ainsi le lien avec leurs occupations.

De nombreuses études menées sur les déserts médicaux démontrent que, pour la plupart, il s'agit des campagnes, de zones urbaines sensibles ou encore de zones montagneuses. Initialement associé aux zones rurales, le terme de désert médical englobe aujourd'hui des zones bien plus vastes, où vivent des personnes en situation de vulnérabilité sociale (PSVS), c'est-à-dire des individus « *à risques de barrières sociales, culturelles ou économiques à l'accès aux soins et à la santé, éprouvant des difficultés pour accéder aux structures sanitaires et pour bénéficier de soins de qualité* » (Mallé Samb et al., 2019). Ces personnes sont considérées comme vulnérables, leur milieu de vie conditionnant leur sensibilité aux dangers extérieurs. Elles proviennent principalement de catégories sociales populaires, ont un niveau d'études « bas », ou sont d'un âge avancé (Etchegaray et al., 2018).

Comme évoqué dans les parties précédentes, une personne privée d'accès aux soins risque de voir son état de santé se détériorer et sa dépendance maintenue, voire exacerbée. Par conséquent, du fait de la détérioration de son état, elle est susceptible de subir des restrictions dans ses activités quotidiennes. Elle pourrait être moins apte à poursuivre ses loisirs, son engagement dans des exercices physiques, et à remplir ses rôles sociaux. Tout cela concourt à une diminution de l'épanouissement et du bien-être de l'individu, pouvant entraîner une réduction de sa productivité, entraînant ainsi une diminution de ses revenus et accentuant la dépendance financière. Cela accroît la probabilité d'une rupture occupationnelle et de manière plus drastique, peut mener d'un isolement social à une mort sociale. Par conséquent, la privation occupationnelle qui en découle, soit « *le manque d'engagements occupationnels d'une personne, causé par des facteurs personnels et environnementaux* », résulte de l'inadéquation entre la personne, son environnement et ses occupations (Riou & Roux, 2017). On peut également parler d'injustice occupationnelle ici, c'est-à-dire « *l'inégalité quant aux possibilités de participer et d'accéder à des occupations significatives* » provoquée par une inégalité dans l'accès aux soins (Carrier & Raymond, 2017 ; Drolet, 2022).

Or, l'essence même de l'ergothérapie repose sur l'idée que l'engagement de la personne dans des activités contribue au maintien et à l'amélioration de sa santé. Par conséquent, les conséquences pour ces populations d'un manque d'accès à l'ergothérapie sont significatives, et notre rôle est essentiel afin de briser ce cycle de dépendance (Charret & Samson, 2017). « *En ergothérapie*

et dans la science de l'occupation, l'être humain est conçu comme un être détenteur de droits occupationnels » notre rôle ici bien plus qu'essentiel, est primordial afin de permettre aux personnes vivantes en zone sous-dotée *« d'accéder de manière équitable à des opportunités occupationnelles contribuant à leur survie, leur santé et leur bien-être »* (Drolet, 2022).

Le modèle PEOP nous démontre que l'environnement dans lequel évolue une personne a un impact significatif sur sa capacité à réaliser ses activités. Il permet de faire le lien entre les populations vivant en milieu désertique et les conséquences résultant d'un accès insuffisant aux soins. Il permet également une analyse approfondie des difficultés rencontrées par les individus dans leur performance occupationnelle en examinant l'interaction entre la personne, son environnement et ses activités.

IV. Les interventions en ergothérapie pour favoriser l'accès aux soins

Tout au long de ce mémoire, nous avons constaté que *« la santé et le bien-être des français sont affectés par le manque d'égalité en ce qui concerne l'accessibilité à des services d'ergothérapie »* (ANFE, 2017). Ces derniers temps, cette problématique a suscité une certaine médiatisation dans les journaux scientifiques et a fait l'objet de quelques réflexions, qui seront abordées dans cette section, de manière non exhaustive.

Dans l'article intitulé *« L'ergothérapie aujourd'hui en France »* rédigé par l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) en 2017, celui-ci met l'accent sur la nécessité de s'inscrire davantage *« dans un dispositif territorialisé, avec une articulation entre les différents acteurs, une offre de soins coordonnée, une collaboration accrue entre établissements, médecins et paramédicaux exerçant en libéral ou en service de soins à domicile »* (ANFE, 2017). L'objectif est d'adapter les services de santé aux caractéristiques locales, aux ressources disponibles et aux demandes spécifiques de la population dans une zone géographique donnée. Cela vise à assurer une meilleure accessibilité, une plus grande efficacité et une qualité optimale des soins de santé, en prenant en compte les réalités et les diversités propres à chaque territoire. Ce modèle peut favoriser une distribution plus équitable des ressources et contribuer à répondre aux besoins spécifiques de la population locale.

De même, dans ce même article, l'ANFE et le SIFEF (Syndicats des INSTITUTS de FORMATION en ERGOTHÉRAPIE FRANÇAIS) suggèrent d'augmenter le nombre d'ergothérapeutes formés en augmentant le nombre d'IFE dans le but d'espérer « *mailler équitablement le territoire* ». Ou encore, il s'agirait d'augmenter le nombre d'ergothérapeutes exerçant en libéral dans les villes où cela serait nécessaire, que ce soit en cabinet ou au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). Cela aurait pour objectif de permettre aux ergothérapeutes de « *sortir davantage des institutions afin de se rapprocher de la population et de répondre à ses besoins* » (ANFE, 2017). Nous allons faire un focus sur ces 2 derniers modes et les détailler davantage.

A. Augmenter le nombre d'ergothérapeutes libéraux dans les zones désertiques :

1. En cabinet libéral :

L'exercice libéral se caractérise par la liberté de choisir les modes d'intervention, que ce soit à domicile ou en cabinet, la diversité du public cible, et l'absence de contraintes territoriales, permettant ainsi de s'installer où bon lui semble. En raison de l'absence de structures de soins dans les zones sous-dotées, on observe une prévalence plus élevée d'ergothérapeutes exerçant en libéral dans ces zones par rapport à ceux travaillant en structure. De plus, contrairement à une pratique citadine, l'exercice en milieu rural couvre des zones plus vastes, nécessitant d'importants déplacements (ANFE, 2021). Ainsi, des études menées sur l'accessibilité aux services d'ergothérapie en zone rurale rejoignent l'ANFE et le SIFEF sur la nécessité d'augmenter le nombre d'ergothérapeutes libéraux dans ces régions. Elles soulignent également l'importance de combiner cette activité avec un emploi salarié pour surmonter les difficultés liées à l'incapacité de certains professionnels d'exercer à temps plein en milieu rural, en raison du manque de compréhension du métier par les usagers (COISSAC-BLONDEL, 2015).

En France aujourd'hui, il n'existe que très peu de mesures mises en place par l'État afin d'encourager les ergothérapeutes libéraux à s'installer prioritairement dans les zones où l'offre de santé est insuffisante. En effet, alors que des aides financières sont mises en place afin de faciliter l'installation des professionnels de la rééducation dans les zones sous-dotées, de tels contrats n'existent pas pour les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthoptistes, les psychologues, les pédicures-podologues, ou encore les diététiciens. Ces derniers peuvent toutefois bénéficier d'exonérations fiscales pour s'installer en libéral en zone défavorisée. Ces exonérations comprennent la ZTE-FU (Zone franche urbaine), la ZRR (Zone de revitalisation

rurale), ou encore la ZFANG (Zone franche d'activité nouvelle génération) pour les territoires défavorisés en outre-mer (Cordier, 2023).

2. En Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) :

Les MSP, à ne pas confondre avec les maisons médicales, sont « *des structures sanitaires de premier recours, et le cas échéant de second recours, regroupant des professionnels de différentes disciplines exerçant de façon coordonnée sur la base d'un projet de santé commun à tous et dans l'intérêt du patient* » (Dgos, 2023). Le terme pluriprofessionnel signifie « *qu'elles regroupent, dans un même site ou non, des professionnels de santé médicaux - médecins généralistes et d'autres spécialités / sage-femmes / chirurgiens-dentistes-, des auxiliaires médicaux -infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes* »... (Dgos, 2021). Ces MSP, « *créées par la loi de financement de la Sécurité sociale du 19 décembre 2007* », sont principalement implantées en zone sous-dotée. « *Trois quarts des maisons de santé sont situés dans des bassins de vie à dominante rurale* », selon l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES), dans le but de lutter contre la désertification médicale (*Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)*, s. d.).

Le développement de ces structures est une priorité centrale de la stratégie « *Ma santé 2022* », qui visait à atteindre le doublement des maisons et des centres de santé pluriprofessionnels d'ici la fin de l'année 2022. Cet objectif a été atteint avec 2 251 MSP recensées au 31 décembre 2022. Le nouveau jalon, établi par le ministre de la Prévention, vise à atteindre 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles d'ici 2027. Dans le contexte de l'ergothérapie, deux mémoires de fin d'études ont examiné la question de l'exercice de l'ergothérapie au sein des MSP, soulignant leur utilité pour faciliter l'accès à l'ergothérapie dans les milieux ruraux. (BOURNEIX, 2021) Cependant les informations sur le nombre d'ergothérapeutes qui exercent en MSP sont inaccessibles au grand public, il est donc impossible de savoir combien d'ergothérapeutes exercent aujourd'hui en MSP sans passer par des organismes comme l'ANFE...

...

Ces précédents constats relevant du cadre conceptuel de ce mémoire, ont souligné la nécessité de promouvoir davantage la pratique libérale de l'ergothérapie en milieu rural. Il convient désormais d'être plus précis dans ma problématique de départ et de se poser la question suivante

: Quelles sont les stratégies par lesquelles les ergothérapeutes libéraux peuvent favoriser l'accès aux soins en ergothérapie dans les déserts médicaux français ?

De cette problématique découle 2 hypothèses :

- D'un point de vue macro, augmenter le nombre d'ergothérapeutes dans les déserts médicaux que ce soit en cabinet libéral ou même en MSP permettrait de favoriser l'accès aux soins en ergothérapie de ces derniers.
- D'un point de vue micro, chaque ergothérapeute libéral met en place des stratégies pouvant favoriser cet accès.

.....PARTIE EXPÉRIMENTALE.....

I. Méthodologie

A. Objectif de l'étude et choix de la méthodologie :

L'objectif de cette étude est de dresser un état des lieux des pratiques des ergothérapeutes libéraux exerçant dans des zones médicalement sous-dotées. Afin de répondre au mieux à cet objectif, le choix s'est porté sur des entretiens semi-directifs avec des **ergothérapeutes libéraux exerçant soit en cabinet, soit au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)** situées dans des **zones médicalement sous-équipées** à travers la **France**.

Le choix d'un entretien semblait particulièrement approprié dans ce contexte, car il s'agit d'une méthode qualitative, plus naturelle et personnelle qu'un simple questionnaire. Elle permet d'interagir directement avec les personnes interrogées, ce qui « *donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations* » (Tétreault & Guillez, 2014 , p215). De cette manière, les avis, les ressentis ainsi que les témoignages des personnes interviewées sur la question de la désertification médicale en ergothérapie au sein de leurs localités respectives, pourront être recueillis. Le choix d'un entretien semi-structuré permettra de concilier une certaine liberté pour l'interviewé tout en assurant que la discussion reste centrée sur la thématique de recherche. Pour ce faire, un guide d'entretien comportant une trame de questions ouvertes et fermées préalablement définies sera utilisé afin de guider la conversation.

B. Élaboration de la méthode de recherche :

La présente étude interroge les ergothérapeutes libéraux. Pour ce faire, nous avons initié notre recherche en recueillant le nombre d'ergothérapeutes libéraux par région sur les sites de l'ANFE et l'annuaire du SYNFEEL (ANFE, 2023 ; *Annuaire des Ergothérapeutes Libéraux / SYNFEEL ERGOLIB*, s. d.). Par la suite, nous avons affiné nos investigations en recherchant les données par département sur le site de la DRESS (*Démographie des Professionnels de Santé - DREES*, s. d.). Ce site offre en temps réel la démographie des professionnels de santé, avec la possibilité de sélectionner les jeux de données les plus pertinents. Nous avons choisi d'obtenir l'effectif des ergothérapeutes par département et mode d'exercice en 2023, les données de 2024 n'étant pas encore disponibles. Cette démarche nous a permis d'établir un tableau présentant le nombre d'ergothérapeutes libéraux exerçant par département en 2023 (*Annexe II*). Initialement, nous avons concentré notre attention sur les départements où le nombre d'ergothérapeutes

libéraux était compris entre 1 et 8. Ensuite, pour sélectionner les ergothérapeutes à contacter, la liste a été restreinte aux départements comptant le moins d'ergothérapeutes, soit un nombre inférieur ou égal à 6. Nous avons également vérifié sur internet s'ils étaient considérés comme des déserts médicaux, ce qui nous a permis de sélectionner 12 départements d'intérêt.

Bien que le site de la DRESS fournisse des informations sur le nombre d'ergothérapeutes par département, il ne renseigne pas sur leur identité. Afin d'obtenir les noms et les contacts des ergothérapeutes dans ces départements, nous avons effectué une recherche sur internet en utilisant trois mots-clés : « ergothérapeute + libéral + département d'intérêt ». Lorsqu'il y avait plusieurs ergothérapeutes dans une ville, nous avons consulté leurs sites internet, le cas échéant, pour s'assurer qu'ils exerçaient toujours avant de choisir qui contacter. Seuls 1 ou 3 ergothérapeutes par département ont été contactés par e-mail, dans le but d'obtenir entre 3 et 5 entretiens. Les recherches ont été complétées en contactant par mail, une déléguée régionale de l'ANFE, ce qui a permis d'obtenir les e-mails de 4 ergothérapeutes supplémentaires (Annexe III).

C. Conception du guide d'entretien :

Pour ces entretiens, un guide d'entretien a été élaboré (Annexe IV) comportant quatre parties, conformément au livre de *Tétreault et Guillez (2014)*. La première partie sert d'introduction à l'entretien, permettant de le situer (thème et objectif de l'étude, temps alloué à l'entretien...), de présenter l'intervieweur et de poser des questions en lien avec les critères de sélection. La seconde aborde les considérations éthiques, demandant à la personne de confirmer sa participation et d'autoriser l'enregistrement. La troisième partie constitue la grille d'entretien proprement dite, comportant 18 questions, dont 16 ouvertes et 2 fermées. Ces dernières sont réparties en 6 thèmes : informations générales sur la personne et sa profession, intervention de l'ergothérapeute, informations sur les déserts médicaux, l'accessibilité à l'ergothérapie dans les déserts médicaux, les perspectives ainsi que la connaissance et la reconnaissance du métier. Une matrice d'analyse a été élaborée à la suite de cela, reprenant ces 6 thèmes (Annexe V). La dernière partie vise à conclure l'entretien, interrogeant la personne sur d'autres éléments à ajouter ou des questions supplémentaires, tout en exprimant gratitude pour sa participation et en lui proposant de lui partager l'étude si elle le souhaite.

D. Le recueil de données :

À la suite des différents e-mails envoyés (20 au total), nous avons obtenu 7 réponses et avons pu nous entretenir avec 4 ergothérapeutes. En effet d'après Tétreault et Guillez, (2014) « *dans le cadre de l'entretien qualitatif, la représentativité de la population n'est pas un enjeu. Au contraire, l'importance est mise sur le fait d'avoir des informateurs crédibles et participatifs* » (Tétreault & Guillez, 2014, p.233).

Tous les entretiens ont été réalisés par téléphone afin de pouvoir contacter un maximum d'ergothérapeutes libéraux répartis dans toute la France, tout en évitant les problèmes liés aux déplacements. Selon Tétreault et Guillez (2014), cela offre une « *flexibilité d'horaire et de lieu de travail pour l'interviewer* ». En effet, les emplois du temps des ergothérapeutes libéraux sont généralement chargés et flexibles. Il a semblé important de leur offrir la possibilité de choisir eux-mêmes le moment et le lieu de l'entretien, cela pouvant être réalisé en dehors de leurs horaires de travail une fois qu'ils sont chez eux, pendant leurs pauses, un week-end ou même en semaine entre deux prises en charge. Cette approche leur accorde également une plus grande liberté d'expression, puisqu'ils n'ont pas à considérer le regard de l'autre, renforçant ainsi leur sentiment d'anonymat et de sécurité (Tétreault & Guillez, 2014). Les appels ont duré entre 26 et 31 minutes, fournissant des données brutes sous forme d'enregistrements vocaux et de prises de notes succinctes dans un tableau. Ces notes m'ont permis de rebondir sur les réponses données afin de poser les questions du guide d'entretien de manière plus fluide et logique ; ainsi, pour certains entretiens, les questions n'ont pas été posées dans l'ordre de la trame. À l'issue de chaque entretien, les participantes étaient invitées à signer une feuille de consentement pour l'enregistrement, l'utilisation et l'analyse de leurs données (Annexe VI).

II. Résultats

A. Les outils d'analyse des entretiens :

Par la suite, les données recueillies ont été transcrites sur « cockatoo.com », un convertisseur d'audio en texte en ligne, ce qui a permis d'obtenir quatre verbatims (Annexes VII à X). Afin de faciliter la lecture des différentes réponses obtenues et d'en effectuer une analyse croisée, les propos des 4 ergothérapeutes ont été surlignés par couleur de thème. Cela a également servi à compléter le tableau reprenant les éléments majeurs de la trame d'entretien. Les verbatims obtenus ont ensuite été analysés grâce à une lecture flottante des différents thèmes (analyse de Bardin), afin de déterminer si ces derniers contenaient des indicateurs issus de notre matrice de recherche.

B. Analyse des entretiens :

Dans un souci de lisibilité, nous avons choisi de présenter uniquement les données les plus pertinentes et significatives pour cette partie. Cependant, il est à noter que toutes les données issues des entretiens ont fait l'objet d'une analyse approfondie et ont toutes été retranscrites dans le tableau 1 (*Annexe XI*).

1. Présentation des participantes et de leurs interventions :

Ci-dessous, un tableau reprenant les différentes caractéristiques de chaque ergothérapeute a été réalisé, présentant ainsi chacune d'entre elles.

	Entretien 1 / E1 : Mme V	Entretien 2 / E2 : Mme C	Entretien 3 / E3 : Mme M	Entretien 4 / E4 : Mme A
École d'origine	IFE Hyères	IFE de Mulhouse	HELHA de Montignies sur Sambre en Belgique	IFE de Montpellier
Année d'obtention du diplôme	2015	2017	2014	2003
Lieux d'exercice passé et actuel	Passé : -Centre de rééducation, -Service médico-social à domicile -Libéral (temps partiel) Actuel : -Libéral en cabinet, en extrême Sud de Corse	Passé : -Centre de rééducation -Libéral (temps partiel) Actuel : -Libéral en maison de santé dans le Territoire de Belfort	Passé : -IME -Libéral (temps partiel) Actuel : -Libéral en maison médical dans la Creuse	Passé : -Santé mentale - SESSAD -Libéral Actuel : -Libéral en maison de santé multisite dans le Lozère
Nombre d'années d'expérience	9 ans		10 ans	21 ans
Nombre d'années d'expérience en libéral	6 ans (dont 5 ans à temps partiel en complément d'une activité salariale)	(2019) 5 ans (dont 3 ans à temps partiel)	(2014) 10 ans (dont 4 ans à temps partiel en complément d'une activité salariale)	(2014) 10 ans (dont une partie à temps partiel en complément d'une activité salariale)
Ancienneté sur le poste actuel	1 an	2 ans (2021)	6 ans (2018)	5 ans
Formations complémentaires	- Positionnement fauteuil roulant (FR), - Conduite FR électrique ; - Développement moteur de l'enfant, - Fonctions motrices, - Troubles neurodéveloppementaux (TND)	- Prise en charge des 0-5ans - Enfants avec TDAH - Utilisation MCRO pédiatrique - Utilisation et mise en place de l'outil informatique - Écriture	- Graphisme, - Ordinateur, - COOP, - Intégration neurosensorielle, - Maths	- DU de thérapie cognitive et comportementale, - Intégration neurosensorielle, - TSA, - Graphisme : ABC-boom, - COOP, - Troubles de l'oralité alimentaire, - SEP
Choix d'exercice en libéral	- Raisons personnelles - Se lancer et développer une activité libérale - Pas d'ergothérapeute libérale dans le département	- Saisie (l'opportunité proposition de s'installer en libéral) - Aime la pédiatrie	- Attrait pour la pédiatrie, - Opportunité d'intégrer le cabinet d'un ancien stage	- Pouvoir pratiquer à sa façon

Tableau 2 : Présentation des professionnels.

Au total, 4 ergothérapeutes provenant de 4 départements différents ont été interrogées. Toutes ont entre 5 et 10 ans d'expérience en libéral, avec des débuts à temps partiel en complément d'une activité salariale. Le choix d'exercer en libéral pour chacune d'entre elles est motivé par diverses raisons. Par exemple, pour E2 et E3, cela pouvait être pour saisir une opportunité : « *Tout s'est fait aussi beaucoup grâce à des opportunités. C'est parce qu'on m'a aussi proposé de m'installer en libéral* » (E2, L51-52), « *Je savais à l'avance à quel endroit j'allais travailler {...} Il y avait déjà cette opportunité là dès le début* » (E3, L47-48). Pour E4, il s'agissait de l'occasion de « *mettre en pratique une bonne pratique professionnelle* » et de pratiquer à « *sa façon* » (E4, L46-48). Ou encore cela pouvait être animé par le désir de combler le manque d'ergothérapeute libéral dans le département : « *Parce qu'il n'y a personne en extrême sud-corse qui fait ça, c'était pour le faire. Puisque personne ne le fait {...} Je n'avais pas trop de choix que de développer ça* » (E1, L58-56).

Elles ont des champs d'action divers et variés. Pour toutes, la patientèle est principalement pédiatrique, bien que les proportions varient d'une ergothérapeute à l'autre. Par exemple, E1 rencontre « *15 enfants et 10 adultes* » (E1, L62-63), tandis que les trois autres ont très peu, voire pas du tout, de patients adultes. D'après E3 et E4, cette prédominance pédiatrique s'explique en partie par les possibilités de financement disponibles pour les adultes, car « *autant les enfants ont un financement via la MDPH, et puis les parents mettent des moyens pour les soins de leurs enfants, alors que les personnes âgées ne mettraient pas autant de moyens pour leurs propres soins. Puis on n'a pas les mêmes possibilités de financement* » (E3, L56-59), et « *financer des soins, c'est un peu compliqué {...} les personnes vont privilégier les soins remboursés par la sécurité sociale donc conventionnés : kiné, orthophoniste* » (E4, 62-66). Leurs missions en pédiatrie sont principalement axées sur le dépistage et la prise en charge des Troubles Neurodéveloppementaux (TND), ainsi que sur la rééducation, la réadaptation et la compensation de l'écriture, et l'accompagnement dans la mise en place d'outils de compensation. En ce qui concerne les adultes, les missions sont davantage orientées vers l'aménagement du domicile et l'évaluation, l'essai et la préconisation d'aides techniques.

L'installation de ces professionnelles, à temps plein dans leurs structures respectives est relativement récente et varie entre 1 et 6 ans. Ainsi, deux d'entre elles exercent dans des maisons de santé (E2 et E4), une dans une maison médicale (E4), et une autre dans un cabinet (E4). Bien qu'E2 et E4 exercent dans des entités juridiques similaires, le fonctionnement de leurs maisons de santé diffère. Pour E2, il s'agit d'une maison de santé regroupant plusieurs professionnels

avec un partage de locaux, tandis que pour E4, il s'agit d'une maison de santé multisite où chaque professionnel dispose de son propre cabinet et de sa propre clientèle. Cependant, elles rapportent toutes deux l'existence d'un travail d'équipe, comme le souligne E4 : « *on n'a pas de lieu de pratique commun mais par contre on a une fois par mois des RCP où on présente des cas cliniques et puis après on a aussi des groupes de travail avec des projets* » (E4, L69-71). De même, E2 mentionne : « *on a des patients en commun, ce qui nous permet d'échanger. Des fois, l'orthoptiste vient en séance avec moi* » (E2, L 90-91). Ces structures comprennent différents professionnels tels que des médecins, des psychologues, des orthoptistes, des orthophonistes, des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes. Pour E3, qui travaille dans une maison médicale, la collaboration pluridisciplinaire est moins présente, se limitant à un partage de locaux avec d'autres professionnels (médecins généralistes, dentistes, kinésithérapeutes et ergothérapeutes), sans « *forcément beaucoup de liens* » (E3, L80). Cependant, que ce soit pour E3 ou E4, une collaboration avec une autre ergothérapeute est présente. Seule E1 exerce seule en cabinet, mais reste en lien avec d'autres « *professionnels des alentours, et avec les autres ergothérapeutes de l'équipe EQLAAT* » (E1, L76-77).

Ainsi, il est notable que peu importe le lieu d'exercice des interviewées, aucune ne travaille véritablement seule. Elles travaillent toutes en réseau ou en collaboration avec d'autres ergothérapeutes ou professionnels de santé, et rapportent être amenées à se déplacer dans le cadre de leur pratique professionnelle, mais à des fréquences variables. Deux d'entre elles se déplacent de manière hebdomadaire, l'une au domicile des patients pour fournir des conseils en aide technique, des recommandations d'aides techniques, effectuer des aménagements du logement et fournir des informations aux aidants (E1, L97-100), tandis que l'autre se rend à l'école pour accompagner les jeunes lors de la mise en place de l'outil informatique (E2, L104-105). Les deux autres effectuent des déplacements ponctuels à l'école, soit pour des recommandations (E4, L100), soit pour des observations ou des réunions d'équipe éducative (E3, L88). Pour ces dernières, le choix d'intervenir principalement en cabinet est motivé par le manque de professionnels dans leur région respective (E4, L127) ainsi que par la nécessité de pouvoir voir un plus grand nombre de patients (E4, L98). À ce sujet, E3 ajoute même : « *si je dois me déplacer chez chacun, je n'en vois même pas la moitié* » (E3, L86). Concernant les obstacles liés à l'utilisation des déplacements dans leur pratique, ce qui fait consensus et ressort en premier lieu, c'est que cela demande beaucoup de temps pour parcourir peu de kilomètres (E4, L110; E3, L94; E2, L133; E1, L112). Par exemple, E1 mentionne que cela peut prendre une heure pour parcourir 60 km, tandis que E4 indique que cela peut prendre 30 minutes pour seulement 10 km de route, ce qui conduit souvent à des interventions sur une demi-journée.

Elles justifient ces durées par le caractère sinueux et montagneux des routes (E1, L102, L114; E4, L115, L110). Le coût des déplacements est également évoqué par E1 et E2. Cependant, les déplacements présentent également des avantages, car selon les ergothérapeutes, cela permet de voir le patient dans son environnement écologique (E1, L110; E2, L129; E3, L136).

Concernant l'orientation des patients, toutes quatre s'accordent pour dire qu'une part est faite par les médecins. E3 précise à cet égard : « *les médecins qui commencent à connaître un peu et à prescrire sans qu'on ait besoin de leur demander* » (E3, L98-99), tandis que E1 mentionne que cela se produit rarement et ne concerne que « *15% des cas* » (E1, L128). Une autre part importante de l'orientation se fait par le « *bouche-à-oreille* », comme l'a souligné E1 à cinq reprises. Cela peut être réalisé par d'autres professionnels paramédicaux du réseau des ergothérapeutes, par les enseignants, et parfois même par les parents eux-mêmes entre eux. Les sites internet, tels que les pages jaunes ou Google, sont également mentionnés comme des sources d'orientation (E1, L122-124; E2, L149-150; E3, L100-103; E4, L144, L148-149).

2. Être ergothérapeute dans un désert médical :

Selon les quatre interrogées, être ergothérapeute en milieu désertique implique d'être conscient de la pénurie de médecins généralistes car la plupart d'entre eux « *partent à la retraite* » (E3, L132). De plus, le manque de spécialistes entraîne de longs déplacements, nécessitant parfois « *une heure et quart de route* » (E3, L137). « *Mais c'est pareil pour toutes les professions* », et « *ça veut aussi dire que les médecins qui sont là ne sont pas forcément des médecins jeunes et qui n'ont pas forcément connaissance de l'intérêt de l'ergo et de tout genre de profession. Donc ça peut être plus compliqué pour les prescriptions. Et forcément du coup, ça fait moins de patients qui ont accès à notre profession. Mais comme on est aussi touché par le manque d'ergo* » parce qu'il n'y a qu'une à trois ergothérapeutes par département, « *on a du travail* » (E2, L167-171). Ce manque entraîne une charge de travail considérable pour les ergothérapeutes, qui voit leur « *équilibre occupationnel* » impacté (E3, L149-150) avec une patientèle pouvant aller de 18 à 38 patients. « *Le cabinet est plein et la liste d'attente est tellement importante* » (E3, L54), avec des délais allant de « *trois mois et demi* » (E3, L146) à « *1 an* » (E2, L177) pour un bilan. Ce déficit en nombre d'ergothérapeutes oblige les personnes à parcourir « *beaucoup de distance* » (E4, L137) pour consulter un ergothérapeute, ce qui peut les amener à renoncer aux soins (E4, L139; E1, L164-167). De plus, dans certaines zones désertiques, « *la durée de rééducation ou la rééducation tout court n'existe pas* », ce qui non seulement provoque « *une rupture de soins* », mais également « *de l'épuisement* » chez les

aidants à domicile, ainsi qu'une surcharge pour les professionnels de santé qui sont déjà peu nombreux dans ces zones (E1, L151-154). L'aspect financier est également évoqué comme étant un des nombreux freins à l'accès à l'ergothérapie (E1, L164-165; E3, L56-59, L191-192; E4, L62-66).

Du point de vue des ergothérapeutes, cette pénurie d'ergothérapeutes a des répercussions psychologiques sur elles, car « *les gens sont désagréables parce qu'ils n'ont pas envie d'attendre* » (E3, L148-149) et cela « *crée un fort stress de ne pas pouvoir répondre* » à toutes les demandes des patients « *en grande difficulté* » qui sollicitent leur aide (E4, L166-167).

Afin de répondre à ces problèmes récurrents, les ergothérapeutes ont toutes mis en place différentes initiatives. Cela inclut l'optimisation de l'accès au cabinet pour les patients, la recherche d'aides au financement pour les assister, ainsi que les déplacements à domicile pour les consultations (E1, L171-173). D'autres mesures peuvent consister à favoriser l'installation de professionnels en formant des stagiaires, en recrutant des collègues (E3, L156-157), ou en établissant des contacts avec des ergothérapeutes des départements limitrophes pour orienter la patientèle vers eux et trouver des locaux dans le département pour leurs interventions (E4, L217-220). Promouvoir la profession, adapter les plannings de consultation en fonction des disponibilités et des possibilités de financement pour accueillir un maximum de patients, ainsi que l'optimisation des prises en charge en favorisant la transférabilité des connaissances, sont également des actions entreprises (E3, L196-199, L208-210). La modification des modalités d'accès à l'ergothérapie, par exemple en effectuant des consultations pré-bilan pour évaluer si une évaluation globale est nécessaire ou si des besoins ponctuels peuvent être adressés immédiatement, permettant ainsi de proposer des séances mensuelles en attendant un suivi plus pérenne. La mise en place d'un système d'alerte pour les désistements afin de proposer des rendez-vous de remplacement en cas de disponibilité, fait également partie des mesures mises en œuvre pour répondre à ces défis (E4, L185-190).

Au vu de ce que nous venons d'examiner, nous pouvons nous interroger sur le fonctionnement du système de santé dans les déserts médicaux en général, et par conséquent sur l'accès aux soins d'ergothérapie. Selon les quatre intervenantes, la principale difficulté rencontrée n'est pas tant pour elles, car elles déclarent « *ne pas avoir du tout de difficulté à trouver de la patientèle* » (E4, L194). Cependant, elles soulignent toutes que la situation n'est pas « *confortable en termes de pratique professionnelle* » (E3, L218), étant donné le nombre élevé de demandes par rapport à l'offre. Néanmoins, elles considèrent qu'il est « *rassurant qu'il y ait une forte demande* » (E3, L214-215), ce qui « *au niveau de la pratique et de la faisabilité,*

n'impacte pas énormément » (E2, L200). En revanche, ce qui est « *dommageable* », ce sont les listes d'attente pour les patients, notamment pour « *les enfants orientés assez tard. Ce qui voudrait dire qu'on devrait quand même les prendre en charge assez rapidement et ça ce n'est pas possible* » (E2, L196-199). De plus, E1 souligne que cette situation est « *encore une fois* » dépendante « *du fait que ce sont des actes qui ne sont pas remboursés par la sécurité sociale, {...} ce qui fait que les personnes n'ont pas accès aux soins* » et précise que « *c'est comme partout {...} il n'y a pas beaucoup d'ergo* » (E1, L177-180).

Ainsi, toutes les quatre s'accordent à dire que ce qui pourrait être mis en place d'un point de vue macro serait, dans un premier temps, d'augmenter le nombre d'ergothérapeutes. Cela pourrait se faire en favorisant leur installation dans les déserts médicaux. À ce sujet, E3 mentionne : « *il faut plus d'installations et d'installations de gens qui savent... qui connaissent les avantages, mais aussi les contraintes du libéral* ». Elle ajoute que cela pourrait également passer par « *des créations de postes en structure* » pour des professionnels formés (E3, L227-230). De son côté, E4 propose la mise en place « *d'aides à l'installation comme les médecins bénéficient* » avec notamment des « *prises en charge financières lors des études* » (E4, L209-210). E2 et E3 insistent sur l'importance « *de déployer des postes et de continuer à faire connaître l'ergothérapie* » (E3, L236-237) (E2, L203). Quant à E1, elle mentionne une notion également importante à prendre en compte : la création « *de réseaux de régions ou de départements regroupant des ergothérapeutes* », avec « *une uniformisation de tout ce réseau pour faciliter l'accès à cette liste* ». Elle ajoute également qu'il est nécessaire de développer des « *aides financières, et que les mutuelles remboursent davantage, parce que ce n'est pas tellement le cas* » (E1, L183-189).

3. Les perspectives :

Précédemment, nous avons examiné les différentes modalités d'exercice d'un ergothérapeute libéral, qui peut travailler seul en cabinet, en maison de santé ou encore en maison médicale. Deux de nos interviewées travaillent d'ailleurs en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), bien que leurs fonctionnements diffèrent. Cependant, quel que soit leur choix, la communication avec les autres professionnels reste un aspect crucial de leur profession. Nous avons constaté que les quatre professionnels interrogés possèdent soit un réseau soit collaborent avec d'autres ergothérapeutes en fonction de leur mode de communication préféré.

Nous nous sommes alors penchés sur l'opinion des quatre ergothérapeutes concernant les MSP, des structures, qu'on rappelle, souvent implantées en zones sous-dotées dans le but de lutter contre la désertification médicale. Toutes sont unanimes quant à leur bienfait, soulignant que cela « *facilite les échanges* » (E4, L87) entre professionnels. Comme le mentionne E4, cela permet de poser des questions sur des situations spécifiques ou d'orienter plus facilement les patients vers les professionnels adéquats (E4, L87). Pour E3 et E2, lorsque ces MSP sont « *créées avec une dynamique de partenariat et de projet commun* » (E3, L242-243), cela « *permet vraiment d'aller au bout de la prise en charge* » (E2, L213-215). E2 ajoute que le partage de salles d'attente communes favorise également la connaissance de la profession, les patients ayant ainsi accès à des informations sur le métier (E2, L207-212). De plus, E1 souligne que les MSP permettent « *de répondre à une partie de la rupture de soins* » (E1, L192-193).

L'ensemble des professionnelles interrogées se montre alors « *optimiste* » (E1, L199) quant à l'avenir de la profession dans quelques années. En effet, elles expriment unanimement l'espoir de voir leur nombre augmenter (E3, L252; E4, L213; E2, L220; E1, L200), avec éventuellement une généralisation et une prise en charge par la sécurité sociale pour rendre les services plus accessibles à tous (E1, L199; E2, L220-222). Par ailleurs, E1 espère également voir davantage d'ergothérapeutes installés dans des MSP.

4. Connaissances et reconnaissance du métier :

Il a été notifié que « *la présence de professionnels* » et « *la prise en charge des soins* » constituent des obstacles à « *l'accès aux soins et à l'égalité pour tous* » (E1, L220-223). Cependant, un autre aspect important à prendre en compte est également souligné : « *la méconnaissance* » du métier (E1, L220-223). Les ergothérapeutes interrogées rapportent toutes, à différents moments de leurs récits, un manque de connaissance généralisé concernant leur profession. Elles notent « *que la plupart du temps les personnes ne savent pas ce que c'est ou à quoi ça sert. Pas que les patients, mais aussi les médecins, tous les professionnels* » (E1, L213-214). Cependant, elles reconnaissent que la situation « *progressse* » (E2, L228), même si elles estiment que cela « *mérite d'être encore plus développé et reconnu* » (E1, L206). Elles soulignent qu'il incombe à la profession de se faire davantage connaître (E3, L261; E4, L228-232; E2, L227-228). Selon elles, il est nécessaire de clarifier les rôles et les avantages de chaque professionnel de la santé, ainsi que la manière dont ils collaborent entre eux, afin d'éviter toute confusion et de travailler de manière plus harmonieuse (E1, L206-208; E2, L226-227).

III. Discussion

L'analyse des entretiens a révélé des éléments illustrant la pratique des quatre interviewées. Dans cette section, nous les examinerons à la lumière des aspects théoriques pour répondre à notre question de recherche et vérifier nos hypothèses.

A. Synthèse des résultats :

Suite à l'analyse des éléments précédents, il est clair que les ergothérapeutes exerçant en milieu désertique font état de manière unanime des obstacles à l'accès aux soins ergothérapeutiques pour les patients. Ces difficultés comprennent une faible présence d'ergothérapeutes dans ces zones, ce qui entraîne des délais d'attente et des déplacements prolongés pour accéder à des soins ergothérapeutiques, pouvant parfois entraîner des ruptures de soins. En outre, il est à noter un manque de connaissance du métier d'ergothérapeute tant de la part de leurs pairs que des patients, bien que cette lacune ne semble pas influencer l'accès aux soins ergothérapeutiques dans les déserts médicaux.

Toutes les ergothérapeutes interrogées ont mis en œuvre des stratégies visant à pallier ces obstacles à l'accès aux soins et à favoriser ainsi la prise en charge ergothérapeutique des patients. De plus, elles s'accordent à dire qu'une augmentation du nombre d'ergothérapeutes exerçant en libéral, une présence renforcée dans les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) et une amélioration du remboursement des séances d'ergothérapie constitueraient des mesures favorables pour faciliter l'accès à l'ergothérapie en zone désertique.

Ces constats corroborent les indicateurs relevés dans notre matrice d'analyse, renforçant ainsi nos hypothèses initiales.

B. Interprétation des résultats et confrontation à la théorie :

1. Accessibilité aux soins en zone médicalement désertique :

De manière plus pragmatique, en reprenant l'ensemble de ces éléments, nous constatons dans les témoignages des professionnels à la fois des confirmations de ce qui a été abordé dans notre partie théorique et l'émergence de nouveaux éléments. Sur les 4 ergothérapeutes interrogées, 3 d'entre elles ont effectivement souligné des difficultés d'accès aux soins de manière générale. E1 et E3 ont précisé à cet égard que cela se traduit notamment par des départs à la retraite des médecins généralistes et un manque d'installation de nouveaux médecins ou de

remplaçants. E3 a également ajouté un aspect crucial, à savoir que les médecins déjà en place ne prennent pas en charge de nouveaux patients. Tout cela implique pour les patients de parcourir de longues distances pour accéder à un soin, quel qu'il soit, ainsi que des délais d'attente considérables (Direction de l'information légale et administrative, 2022). De plus, un élément non abordé dans la partie théorique a été soulevé, à savoir l'absence de séjours de rééducation dans certains déserts médicaux. Tous ces facteurs contribuent à la rupture des soins pour les habitants de ces zones.

Cependant, comme le souligne E2, ce manque d'accès aux soins dans les déserts médicaux ne concerne pas seulement l'accès aux médecins généralistes mais concerne tous les professionnels médicaux et paramédicaux (Déserts médicaux : L'État doit enfin prendre des mesures courageuses ! - Sénat, 2020).

2. L'ergothérapie en milieu désertique :

- Accessibilité :

L'ergothérapeute étant un professionnel de santé soumis à prescription médicale, nous nous sommes interrogées sur l'accessibilité aux soins de cette profession en France métropolitaine, notamment dans différents déserts médicaux. Nous avons constaté que le réseau des ergothérapeutes joue un rôle important et essentiel dans la pratique, car l'orientation des patients se fait principalement via ce réseau, ce qui constitue un nouvel élément non pris en compte dans la partie théorique. De plus, il ressort de leurs propos qu'en dépit de cette nécessité de passer par une prescription médicale pour accéder à l'ergothérapie, le manque de médecins dans ces lieux ne les impacte pas dans leur pratique, ce qui diffère de la théorie. Les patients réussissent quand même à obtenir des prescriptions médicales, et grâce à la délégation d'acte de l'ergothérapeute, qui peut désormais prescrire des aides techniques, ce dernier peut agir plus rapidement sans avoir à passer par un médecin. Néanmoins, elles ajoutent que le médecin, lorsqu'il a connaissance du métier, représente un atout précieux non seulement pour l'orientation des patients, mais également pour permettre un travail coordonné et complet avec l'ergothérapeute sur différentes thématiques.

Concernant l'accessibilité en elle-même, les 4 ergothérapeutes libérales interrogées, originaires de différentes régions métropolitaines, ont toutes souligné les difficultés d'accès à l'ergothérapie pour les patients résidant dans ces zones médicalement sous-dotées. En effet, dans ces départements, le nombre d'ergothérapeutes libéraux est très faible, parfois avec seulement un(e)

ergothérapeute pour plus de 100 000 habitants, ce qui est en deçà de la moyenne préconisée de 12 à 15 pour 100 000 habitants (CATEL & ANFE, 2015). Ainsi, cette disparité actuelle en termes d'ergothérapeutes libéraux contraint ces professionnels à accumuler une charge de travail importante, caractérisée par de longues listes de patients et d'attente, et une difficulté à répondre à tous les besoins des patients, étant donné leur incapacité à se multiplier et à prendre en charge tous les cas. Certains patients sont contraints d'attendre jusqu'à un an, voire de parcourir de longues distances, pour bénéficier d'une prise en charge ergothérapeutique, ce qui engendre de la frustration et conduit parfois à l'abandon des soins. Pour certaines ergothérapeutes, cela implique également d'effectuer de longs déplacements afin de couvrir de vastes territoires et de pallier ainsi le manque d'ergothérapeutes. Cependant, ces déplacements exigent une organisation considérable de la part des ergothérapeutes, que ce soit pour essayer de mutualiser les prises en charge afin de réduire les distances parcourues ou pour planifier des séances en extérieur sans empiéter sur le temps dédié à d'autres patients en cabinet. Pour ces raisons, deux des ergothérapeutes interrogées n'effectuent pas de déplacements ou en font très peu de manière ponctuelle. Même si cela pourrait faciliter la prise en charge de certains patients, pour elles, cela serait beaucoup trop chronophage. En effet, les distances à parcourir dans certains déserts médicaux demandent beaucoup plus de temps que dans les zones urbaines. De plus, les déplacements sont coûteux, fatigants et présentent un risque accru d'accident, un aspect que nous n'avons pas relevé dans la partie théorique. Par conséquent, le fait de ne pas se déplacer leur permet de voir plus de patients au cabinet, ce qu'elles ne pourraient pas faire en déplacement. Cependant, toutes reconnaissent tout de même que se rendre au plus près du patient présente des avantages, car cela permet d'intervenir dans son milieu écologique. De plus, E4 souligne un nouvel indicateur ici, à savoir la promotion de la visioconférence lorsque les déplacements ne sont pas possibles.

Au-delà de cet aspect géographique et de cette disponibilité limitée en nombre d'ergothérapeutes, comme cela a été observé dans la littérature, le fait que certains patients n'ont parfois pas accès au financement nécessaire pour débiter ou poursuivre leurs séances ergothérapeutiques peut également constituer un frein à l'accès (ANFE, 2017).

A contrario, ce qui diffère de la théorie, c'est que le manque de connaissance et de reconnaissance du métier, lorsqu'il est présent, n'affecte pas la pratique des ergothérapeutes dans les déserts médicaux (WAGNER, 2004, in MARCHALOT, 2007). Elles parviennent toujours à trouver leur patientèle, car dans tous les cas, elles opèrent souvent seules pour un

nombre considérable de patients, et les déserts médicaux sont souvent des petits territoires où tout le monde se connaît assez rapidement.

- Interventions en faveur de l'accès aux soins :

Comme nous venons de le voir, la rupture de soins constitue l'une des principales conséquences du manque d'accès à l'ergothérapie, pouvant entraîner une détérioration de l'état global de la personne et favoriser ainsi les hospitalisations, voire, dans les cas les plus graves, conduire au décès du patient, comme cela a été exposé précédemment dans la partie théorique. Pour pallier ce problème, des actions sont nécessaires et la vision globale d'un ergothérapeute semble alors primordiale, dans le but de favoriser l'autonomie de la personne et de lui permettre d'avoir une qualité de vie satisfaisante. Cette approche repose sur le modèle conceptuel du PEO, centré sur la personne.

C'est dans cette optique que les ergothérapeutes interrogées ont toutes **élaboré diverses stratégies, chacune à leur échelle, afin de favoriser l'accès aux soins en ergothérapie dans les déserts médicaux français, ce qui valide notre seconde hypothèse et répond à notre problématique de recherche.** Pour rappel, nous avons vu dans la partie théorique que l'accessibilité est couverte par trois dimensions : l'accessibilité physique, l'accessibilité financière et l'acceptabilité. Les quatre ergothérapeutes interrogées concentrent principalement leurs actions sur deux de ces dimensions, à savoir l'accessibilité physique et financière.

Par exemple, les ergothérapeutes peuvent modifier l'environnement physique du patient en optimisant l'accessibilité du cabinet, ce qui permet déjà dans un premier temps à toute personne de se déplacer jusqu'au cabinet et d'y accéder. Si le patient ne peut se rendre au cabinet, que ce soit par manque de moyen de transport ou en raison de ses capacités physiques limitées, l'ergothérapeute peut se rendre à son domicile.

De plus, si le patient rencontre des difficultés d'accès financières, l'ergothérapeute peut l'aider et l'assister dans sa recherche de moyens financiers, ou alors adapter son planning de consultation en fonction des disponibilités et des possibilités de financement. Par exemple, si le patient ne peut payer qu'une séance de 45 minutes toutes les deux semaines, l'ergothérapeute ajustera son emploi du temps en conséquence et cherchera un autre patient dans la même situation à placer dans le même créneau pour les semaines où il ne voit pas ce patient. Dans cette même optique de modification du planning, adapter les modalités d'accès à l'ergothérapie

en effectuant des consultations pré-bilan pour évaluer si une évaluation globale est nécessaire ou si des besoins ponctuels peuvent être adressés immédiatement, permet également de proposer des séances mensuelles sur des créneaux disponibles et, ponctuellement, une fois par mois, en attendant un suivi plus régulier.

De même, l'environnement technologique de l'individu est également exploité ici, par la mise en place d'un système d'alerte pour les désistements, ce qui permet de proposer des rendez-vous de remplacement en cas de disponibilité, tant pour les patients en liste d'attente que pour d'anciens patients souhaitant revoir l'ergothérapeute pour une problématique donnée.

Une autre des solutions mises en place par l'une des ergothérapeutes consiste à agir directement sur la dimension "personne", en optimisant les prises en charge et en favorisant la transférabilité des acquis. En améliorant la performance occupationnelle de l'individu, cela pourrait réduire à la fois le temps et le nombre de séances, permettant ainsi de prendre en charge d'autres patients.

La dernière stratégie évoquée, menée à l'échelle micro, permet également de répondre à la problématique d'un point de vue macro. Il s'agit de favoriser l'installation de professionnels en formant des stagiaires, en recrutant des collègues, ou encore en établissant des contacts avec des ergothérapeutes des départements limitrophes pour orienter la patientèle vers eux et trouver des locaux dans le département pour leurs interventions. Tout cela contribue à l'augmentation du nombre de thérapeutes libéraux présents sur le territoire.

Ainsi, d'un point de vue macro, augmenter le nombre d'ergothérapeutes exerçant en cabinet libéral, mais aussi dans les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), et améliorer le remboursement des séances d'ergothérapie constitueraient des mesures favorables pour faciliter l'accès à l'ergothérapie en zone désertique, **ce qui corrobore avec notre première hypothèse.**

C. Éléments de réflexion sur les verbatims (limites et biais) :

La réalisation de cette analyse, malgré les précautions prises préalablement, est sujette à un certain nombre de biais. Le premier de ces biais réside dans le nombre limité d'ergothérapeutes interrogés, ce qui rend difficile d'assurer que les résultats obtenus reflètent fidèlement la réalité. Ici, nous avons interrogé quatre ergothérapeutes, sachant que leurs points de vue ne représentent pas nécessairement ceux de toutes les ergothérapeutes de la Métropole. Bien que nous ayons soigneusement sélectionné ces intervenantes dans différentes régions pour

maximiser la diversité, il pourrait être bénéfique d'augmenter le nombre de participants en utilisant un questionnaire plus large afin d'approfondir les données recueillies. De plus, en ce qui concerne le choix des interviewées, il est vrai qu'elles ont toutes une bonne expérience en tant que libérales. Cependant, il est important de noter que leur ancienneté sur le poste actuel, et donc en tant qu'ergothérapeutes libérales à temps plein (entre 1 et 6 ans), nécessite d'être considérée avec précaution, car elle peut varier d'une ergothérapeute à une autre. Il est possible que pour les installations plus récentes, le recul ne soit pas suffisant pour évaluer pleinement certains aspects.

De plus, je me rends compte que la formulation de mes questions 10 et 11 portant sur l'avis sur les déserts médicaux et leur impact sur la pratique des ergothérapeutes, peut être mal comprise et que les ergothérapeutes interrogées peuvent ne pas comprendre où je veux en venir. C'est peut-être d'ailleurs pour cela qu'à la suite de la question 10, E1 m'a demandé de répéter la question ou encore qu'elle a répondu "je ne sais pas quoi dire". De même, quelques fois lorsque, à la question 11, les répondantes répondaient qu'elles ne savaient pas trop, qu'elles ne voyaient pas d'impact dans leur pratique, je reformulais la question de cette manière : "Pour être sûre, dans ta pratique, il n'y a pas grand-chose qui change par rapport au fait d'être dans un désert médical. Il n'y a pas de différence entre le fait que tu sois dans un désert médical ou un autre lieu, c'est bien ça ?" afin de m'assurer de ne pas passer à côté d'une information primordiale, parce que l'ergothérapeute n'avait pas compris la question ou n'avait pas pris le temps de réfléchir à une situation qui l'impacte. Avec du recul, je me dis que peut-être cette reformulation pouvait être un peu trop dirigée, ce qui influençait la réponse, car les ergothérapeutes pouvaient se sentir obligées de chercher une situation dans leur parcours répondant à cela.

Enfin, faire des entretiens téléphoniques n'est pas chose simple. Bien qu'ils présentent des avantages, comme la liberté quant au choix des horaires pour les thérapeutes - par exemple, pour E2 et E3, les entretiens ont été réalisés alors qu'elles étaient en voiture, moment qu'elles ont jugé le plus opportun pour être disponibles au téléphone. Ou encore le fait que cela leur offre plus de liberté d'expression qu'en réel. Cependant, j'ai remarqué que l'utilisation du téléphone et d'un dictaphone comporte aussi des inconvénients. Parfois, le réseau peut être mauvais, ce qui entraîne des coupures téléphoniques (comme pour E2) ou une mauvaise qualité d'enregistrement de certains mots ou phrases des ergothérapeutes. Par conséquent, pour beaucoup d'entre elles, reconstituer les verbatims était laborieux, nécessitant d'écouter plusieurs fois les enregistrements pour bien entendre et comprendre ce qui avait été dit.

.....CONCLUSION.....

Aujourd'hui en France, il existe des inégalités en termes d'accès aux soins, créant des disparités géographiques dans l'accès aux soins de premier recours, mais pas seulement, également en ergothérapie. Après une recherche théorique, ce travail de recherche s'est focalisé sur les pratiques des ergothérapeutes libéraux exerçant dans des déserts médicaux, ces zones où l'accès aux soins est très difficile en raison de la pénurie ou de l'absence totale de professionnels de santé. Ce choix s'est justifié par leur plus grande liberté d'action par rapport aux ergothérapeutes travaillant en structures, ainsi que par le constat établi selon lequel il serait nécessaire d'augmenter leur nombre pour garantir une meilleure accessibilité aux soins. Par conséquent, ce travail interrogeait les stratégies mises en place par ces ergothérapeutes libéraux pour favoriser l'accès aux soins en ergothérapie dans les déserts médicaux français.

La mise en perspective de ces concepts avec la réalité du terrain s'est effectuée à travers la tenue d'entretiens avec des ergothérapeutes exerçant dans le milieu d'intérêt. Les résultats obtenus confirment la nécessité d'augmenter le nombre d'ergothérapeutes libéraux, que ce soit en cabinet ou en MSP, afin de mailler équitablement le territoire. Ils mettent également en lumière différentes stratégies adoptées par chacune des ergothérapeutes interrogées pour favoriser l'accessibilité des soins d'ergothérapie pour ces populations. Bien que ces stratégies ne représentent pas une liste exhaustive des interventions possibles pour répondre au mieux à la demande de soins, cela témoigne de l'adaptation des ergothérapeutes dans leur pratique pour relever les défis rencontrés.

Ce travail découle d'une réflexion personnelle profonde sur ma future profession dans une zone désertique, qu'est Mayotte. Je me suis posée de nombreuses questions sur ma pratique dans un tel environnement et sur la manière dont je pourrais m'adapter pour relever les divers défis, mais je ne savais pas par où commencer ni quoi faire. En réalisant ce mémoire, j'ai pu répondre à bon nombre de mes interrogations. Grâce à chaque entretien et à chaque recherche effectuée, j'ai pris davantage conscience de l'importance de notre impact sur la capacité d'agir des patients, ce qui a renforcé ma détermination. J'ai également tiré des enseignements essentiels pour ma future profession, notamment les différentes stratégies que je pourrais mettre en place pour surmonter les défis et favoriser au maximum l'accès aux soins pour les patients. De plus, j'ai pris conscience de l'importance de créer un réseau professionnel et de mener des

campagnes de sensibilisation sur notre métier afin de nous faire connaître et reconnaître du grand public ainsi que de nos pairs.

Ainsi, cette étude pourrait être approfondie au même titre que d'autres recherches, afin que nous puissions avoir une meilleure connaissance de l'exercice libérale dans les déserts médicaux. Il est vrai que dans la littérature, on accorde beaucoup d'attention à ce qui a été mis en place en termes de soins primaires pour remédier à la problématique de l'accessibilité aux soins, mais très peu d'études se penchent sur la situation en ergothérapie. À mon avis, cela pourrait aider d'autres ergothérapeutes à adopter des stratégies similaires et sensibiliser davantage sur cette problématique, qui n'est pas assez mise en avant d'un point de vue global.

Bibliographie :

- Admin. (2018, 26 novembre). *Accès aux soins : l'urgence d'un débat*. France Assos Santé. <https://www.france-assos-sante.org/2017/06/21/acces-aux-soins-lurgence-dun-debat/>
- ANFE. (2017, mars). L'ergothérapie aujourd'hui en France : 10 propositions pour une réponse adaptée aux besoins de santé de la population française. ANFE. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/ANFE_Dossier-professionnel_Lergotherapie-aujourd'hui-en-France_Mars-2017.pdf
- ANFE, & VERNE, A. (2020, décembre). LES DIFFÉRENTS FINANCEMENTS POSSIBLES POUR LES SUIVIS EN ERGOTHERAPIE EN FRANCE. ANFE. <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2022/03/Les-differents-financements-possibles-en-ergotherapie.pdf>
- ANFE. (2021, 6 avril). *Libéral* - ANFE. <https://anfe.fr/liberal/>
- ANFE. (2023, 28 novembre). *La profession* - ANFE. <https://anfe.fr/la-profession/>
- ANFE. (2023, 28 novembre). *Qu'est ce que l'ergothérapie* - ANFE. https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/#:~:text=Sp%C3%A9cialiste%20du%20rapport%20entre%20l,occupations%20qu%27ils%20veulent%20ou
- Annuaire des ergothérapeutes libéraux | SYNTEL ERGOLIB. (s. d.). AssoConnect. <https://synfel-ergolib.assoconnect.com/page/738156-annuaire-des-ergotherapeutes-liberaux>
- Article L1110-1 - Code de la santé publique - LégiFrance. (s. d.). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045212793
- AUDOIT, C., DELOURME, G., FOLLIET, O., GOSME, M., GOUINEAU, D., KATSAROS, I., LECLERC DE SABLON, C., LE GALL, M., de LEPINE, C., & MOISAN, L. (2016, septembre). ERGOTHERAPIE EN SANTE MENTALE : ENJEUX ET PERSPECTIVES. ANFE. https://crehpsy-documentation.fr/doc_num.php?explnum_id=505

Axe : projet de santé et accès aux soins. (s. d.). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757251/fr/axe-projet-de-sante-et-acces-aux-soins#:~:text=L%27acc%C3%A8s%20aux%20soins%20peut,1%27%C3%A9quipe%20se%20consid%C3%A8re%20responsable.

BOURNEIX, L. (2021). *L'exercice en Maisons de Santé Pluriprofessionnelles : un atout pour les ergothérapeutes intervenant auprès de personnes vieillissantes ?* [Mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie]. Institut de formation pédicurie-podologue, ergothérapie, masso-kinésithérapie : IFPEK.

CAIRE, J. M., & PORIEL. (2022, 10 mars). *COMPRENDRE LES TROIS NIVEAUX DE L'AGIR COMME LA RESULTANTE DE L'INTERACTION O/P/E.*

Carrier, A., & Raymond, M.-H. (2017). Actualités ergothérapies. *caot*. https://caot.ca/document/7355/AE_July_17.pdf

CATEL & ANFE. (2015). Image précise de l'exercice des ergothérapeutes sur le territoire – Situation au 1er janvier 2015. *ANFE*. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/03/ANFE-CATEL-Enquete_nationale_ergos-Rapport_final-VF-230415.pdf

Chambaud, L. (2018). ACC s aux soins : L ments de cadrage. *REGARDS*, N° 53(1), 19-28. <https://doi.org/10.3917/regar.053.0019>

Charret, L. & Thiébaud Samson, S. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, 45, 17-36. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0017>

COISSAC-BLONDEL, C. (2015). *Pour un développement de l'offre de soins libérale des ergothérapeutes en milieu rural*[Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie]. CLAUDE BERNARD LYON1.

Cordier, M. (2023, 22 juin). *Zonage, ZFU, ZRR : Découvrez les aides à l'installation*. Docorga. <https://pro.docorga.com/blog/liberal/aides-installation-liberal-paramedical/>

- Cota/1, M. M. (2023, 13 mai). *A Brief History of Occupational Therapy*. myotspot.com. <https://www.myotspot.com/history-of-occupational-therapy/>
- Dameocare. (2023, 20 avril). *Les dispositifs des mairies pour lutter contre les déserts médicaux*. Docndoc. <https://docndoc.fr/desertification-medicale-communes-medecins/>
- Démographie des professionnels de santé - DREES. (s. d.). <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps>
- Déserts médicaux : L'État doit enfin prendre des mesures courageuses ! - Sénat. (2020a, janvier 29). Sénat. https://www.senat.fr/rap/r19-282/r19-282_mono.html
- Déserts médicaux : L'État doit enfin prendre des mesures courageuses ! - Sénat. (2020b, janvier 29). Sénat. <https://www.senat.fr/rap/r19-282/r19-2822.html#:~:text=D%27apr%C3%A8s%20cet%20indicateur%2C%208,habitant%2C%20sachant%20que%20l%27accessibilit%C3%A9>
- Dgos. (2021, 22 février). *Permettre une offre de soins au plus près des territoires – ministère de la Santé et de la Prévention*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/article/permets-une-offre-de-soins-au-plus-pres-des-territoires>
- Dgos. (2023a, avril 4). *2012 : Pacte Territoire Santé 2012-2015 – ministère de la Santé et de la Prévention*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-2012-2015>
- Dgos. (2023b, avril 4). *L'exercice coordonné – ministère de la Santé et de la Prévention*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>
- Direction de l'information légale et administrative. (2022, 9 septembre). *Qu'est-ce qu'un désert médical et comment les pouvoirs publics y répondent-ils ?* Vie Publique.

<https://www.vie-publique.fr/fiches/37859-quest-ce-quun-desert-medical-queelles-actions-des-pouvoirs-publics>

DOSSIER PRESSE COÛT DE LA RENTRÉE 2023 : COMBIEN COÛTE UNE RENTRÉE EN ÉTUDES D'ERGOTHÉRAPIE ? (2023). *UNAEE*. <https://unaee.org/wp-content/uploads/2023/08/iCDR-UNAEE-2023.pdf>

Drolet, M. (2022). Qu'est-ce que la justice occupationnelle intergénérationnelle ? *Canadian Journal of Bioethics*, 5(1), 156. <https://doi.org/10.7202/1087219ar>

Dubault, F. (2020, 11 juin). Aude : le bus Santé Mobile, un cabinet paramédical ambulancier sillonne la campagne. *France 3 Occitanie*. <https://france3-regions.francetvinfo.fr/occitanie/aude/carcassonne/aude-bus-sante-mobile-cabinet-paramedical-ambulancier-sillonne-campagne-1794195.html>

Egan M, Restall G, rédactrices. (2022). L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle. Ottawa, CA : Association canadienne des ergothérapeutes

Etchegaray, A., Bourgarel, S., & Mazurek, H. (2018, janvier). Géographie de la population en situation de handicap en France métropolitaine. *ancreai*. https://ancreai.org/wp-content/uploads/2018/02/173_17_doc.pdf

Handicap. (s. d.). Mon Parcours

Handicap. <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/handicap#:~:text=%C2%AB%20Constitue%20un%20Handicap%2C%20toute%20limitation,cognitives%20ou%20psychiques%2C%20d%27un>

Handicap invisible. (2020, 9 octobre). APF France handicap. <https://www.apf-francehandicap.org/handicap-invisible-35492#:~:text=En%20France%2C%20on%20compte%2012,millions%20ont%20un%20handicap%20invisible>.

Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). (s. d.).

MACSF.fr. <https://www.macsf.fr/exercice-liberal/exercer-en-groupe/les-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp#s1>

Lutter contre les déserts médicaux – ministère de la Santé et de la Prévention. (2023, 16 février). Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/>

Mallé Samb, O., Loignon, C., & Contandriopoulos, D. (2019). Innovations pour l'amélioration de l'accès aux soins des personnes vulnérables dans les pays de l'OCDE. *cairn*. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-4-page-497.htm#:~:text=Les%20personnes%20en%20situation,bénéficiaire%20des%20soins%20de%20qualité>.

MARCHALOT – ARNHOLTZ Isabelle. *En quoi la sollicitation de la formation continue par les ergothérapeutes est-elle en lien avec leur identité professionnelle et l'identification de leurs compétences*. Mémoire pour l'obtention du Master Ingénierie et conseil en formation. Université de Rouen, 2007, 132 p.

Morel-Bracq, M. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2017.01>

Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (s. d.). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/offre-de-soins-de-premier-recours-proximite-ne-rime-pas-toujours-0>

OHCHR. (s. d.). *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946. (s. d.). Conseil constitutionnel. <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946>

Rey, M. (2022, 2 février). En France, une personne sur sept de 15 ans ou plus est handicapée, en 2021. *DRESS*. Consulté le 2 février 2023, à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-02/ER1254EMB.pdf>

Riou, G. & Le Roux, F. (2017). L'hospitalisation en psychiatrie : de la privation occupationnelle au soin. *VST - Vie sociale et traitements*, 135, 104-110. <https://doi.org/10.3917/vst.135.0104>

Santé : un accès aux soins de plus en plus difficile - direct assurance. (s. d.). Direct Assurance. <https://www.direct-assurance.fr/assurance-sante/acces-aux-soins-difficile-en-france>

Savignat, P. (2013). Déserts médicaux, vieillissement et politiques publiques : des choix qui restent à faire. *Gérontologie et société*, 36 / n° 146(3), 143-152. <https://doi.org/10.3917/gs.146.0143>

Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). Guide pratique de recherche en réadaptation. Dans *De Boeck Supérieur eBooks*. <https://doi.org/10.3917/dbu.guill.2014.01>

Troubles du neurodéveloppement, autisme : le forfait d'intervention précoce. (s. d.). Mon Parcours Handicap. <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/sante-et-soins/troubles-du-neurodeveloppement-autisme-le-forfait-dintervention-precoce>

Annexes :

<i>ANNEXE I : TABLEAU RÉPONSE, PRÉ-ENQUÊTE</i>	I
<i>ANNEXE II : TABLEAU PRÉSENTANT LE NOMBRE D'ERGOTHÉRAPEUTES LIBÉRAUX PAR DÉPARTEMENT EN 2023</i>	IV
<i>ANNEXE III : EXEMPLES DES COURRIELS ENVOYÉS</i>	V
<i>ANNEXE IV : GUIDE D'ENTRETIEN</i>	VI
<i>ANNEXE V : MATRICE</i>	VIII
<i>ANNEXE VI : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'ENREGISTREMENT DE LA VOIX</i>	X
<i>ANNEXE VII : VERBATIMS E1</i>	XI
<i>ANNEXE VIII : VERBATIMS E2</i>	XVI
<i>ANNEXE IX : VERBATIMS E3</i>	XXII
<i>ANNEXE X : VERBATIMS E4</i>	XXVIII
<i>ANNEXE XI : TABLEAU 1. : RÉPONSES DES ERGOTHÉRAPEUTES</i>	XXXIII

Annexe I : Tableau réponse, pré-enquête

Questions	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4
Exercez-vous votre activité professionnelle plutôt : en secteur urbain /en secteur rural ?	Semi-rural : Ranguéil	Urbain : Ramonville	Urbain : Ramonville	50% Ranguéil et 50% au Québec Urbain
Quelle est votre secteur d'activité ?	Liberal et droit des usagers = dommage corporelle	Rééducation	Rééducation et libéral	Neurologie, public rencontré est atteint d'AVC, traumatisme crânien, tétraplégie... Travail avec les médecins et appui les décisions des chirurgiens pour les opérations
Quelle est le public rencontré ?	Pédiatrie et tout âge	Pédiatrie	Pédiatrie	Adulte – personne âgée
Êtes-vous confrontés dans votre activité professionnelle à des problèmes en lien avec la désertification / le manque de représentativité des ergothérapeutes ?	« Oui (enfin pas tellement), le problème rencontré est plutôt d'ordre organisationnelle : soit les patients rencontrés ne peuvent bénéficier d'ergothérapeutes malgré la préconisation faite car leur emploi du temps ne le leur permet pas (ne travaille samedi...) ou bien les patients vivent beaucoup trop loin pour avoir accès à un ergothérapeute en semaine... De même, ils doivent parcourir des km... ou les ergothérapeutes qui ne sont pas très loin sont déjà complets pour les horaires souhaitées (17h...) »	« Oui, au SESSAD il y a un enfant qui vit loin de la ville. Il ne peut donc pas bénéficier d'une prise en charge à l'école. La seule possibilité est de le voir au SESSAD, le temps de trajet est très important et la fatigabilité l'est d'autant plus. »	« Oui, il y a un manque d'ergothérapeute en libéral malgré qu'il y ai de plus en plus de jeunes diplômés qui s'installent en libéral à l'obtention de leur diplôme. On peut se poser la question de la qualité des soins aussi de la part de ces derniers... En structure c'est plus simple de trouver un ergothérapeute, ce n'est donc pas pareil. J'ai par ailleurs remarqué que les écoles d'ergothérapie ont doublés en 11ans de carrière. Ce qui aide mais c'est encore insuffisant. Je connais une ergothérapeute libérale sur St Gaudens qui rencontre des difficultés dû à la désertification... »	« Avant de travailler en neurologie j'étais au CHU, en oncologie, déglutition, unité de la voix, c'était très spécifique et j'étais toute seule et là je voyais plus les enjeux au niveau de la représentativité des ergothérapeutes, où moi je voyais que je pouvais amener d'autres outils, d'autres façon de faire d'autres approches, et en plus de ça je voyais qu'il y avait un enjeux au niveau de la représentativité au niveau du temps de l'ergothérapie, je trouvais qu'il n'y avait pas beaucoup de temps d'ergothérapie pour cette population qui pouvait être une réelle complémentarité avec les soins d'autres professionnels... Sinon moi j'ai grandi en Aveyron, c'est un peu plus perdu dans la nature et je pense qu'au niveau rural il y a beaucoup d'enjeux où les personnes n'ont pas accès au service d'ergothérapie.

<p>Quel est votre avis sur la représentativité des ergothérapeutes dans votre territoire et sur le territoire national ?</p>	<p>« A Toulouse il n'y a pas de soucis, le secteur est en voie de développement, il y a de plus en plus d'ergothérapeutes. Au niveau National ce n'est pas encore ça. Rajoutons à ça le fait que l'ergothérapie n'est pas remboursée et qu'il y a un manque de connaissance de notre métier du coup pas de prescription par les médecins ou n'en n'informent pas non plus le patient qui lui ne nous connaît pas forcément. Tout cela entraîne une rupture de soin dans 95% des patients avec dommage corporel rencontrés et s'en suit un manque de suivi post-rééducation !! »</p>	<p>« Sur Toulouse la problématique de représentativité se fait moins ressentir, la question de désertification est visible que lorsqu'on s'éloigne de la ville. Dans ces zones éloignées on rencontre des difficultés pour trouver un centre ou un ergothérapeute libéral. »</p>	<p>« J'ai l'impression qu'encore en libéral et dans certaines structures il y a nécessité de se justifier, se battre pour se faire reconnaître et expliquer ce que l'on fait, notre métier... »</p> <p>Il y a beaucoup de patients qui m'appellent mais pas je n'ai pas forcément le temps de tous leur répondre et de réorienter tout le monde. Pareil, certains médecins m'envoient des patients mais je ne peux tous les gérer car je ne suis libérale que par intermittence. »</p>	<p>« J'ai pas mal écrit sur ce sujet pour justifier pourquoi il fallait plus de temps d'ergothérapie dans le précédent service où j'étais et ça a fonctionné car il y a un temps plein qui a été créé. »</p> <p>L'identité pro de l'ergothérapeute peut faire tout ça donc pour obtenir un service de qualité il fallait plus de temps d'ergothérapie.</p> <p>Travail d'équipe super important : collaboration pour se faire plus reconnaître ; faire valoir nos services. »</p>
<p>Avez-vous des propositions d'amélioration sur ce sujet ?</p>	<p>« Il serait intéressant d'avoir des coordinateurs de santé pour faire le lien et informer les patients... »</p>	<p>« Le travail de l'ANFE. Je n'ai pas beaucoup de recul d'expérience mais j'ai remarqué qu'avant je devais beaucoup expliquer mon métier, maintenant beaucoup moins car il y a une évolution de représentativité »</p>	<p>« Ce qui est bien c'est qu'il y a un travail de communication avec les collègues mais c'est à développer davantage. »</p> <p>« Le travail de l'ANFE est bien est doit être davantage développé. Peut-être une solidarité entre ergothérapeutes ce serait bien pour augmenter le nombre d'abonné à l'ANFE et</p>	<p>Reconnaître et renforcer notre identité professionnelle : qui on est, pourquoi on le fait et comment...</p> <p>Dans le cadre de la formation apprendre à se présenter auprès des autres afin de faire comprendre qui nous sommes et ce que l'on fait.</p> <p>Représentativité local / national : promouvoir l'ergo auprès des hôpitaux, des instances gouvernementales</p> <p>En cours aborder : comment mettre en place</p>

			<p>favoriser la visibilité du métier.</p> <p>Faire de la sensibilisation dans les écoles est intéressant mais après attention à ce que ce ne soit pas vu comme de la pub car c'est interdit en santé. »</p>	<p>un nouveau service, comment créer un projet.</p> <p>Promouvoir l'ergothérapie auprès des acteurs locaux. Développer les soutiens entre ergo, c'est-à-dire se retrouver de temps en temps pour réfléchir sur des situations, les différents enjeux territoriales rencontrés par chacun, créer des groupes de travail...</p> <p>Au niveau de l'identité professionnel être au clair dans sa pratique.</p> <p>En équipe pluridisciplinaire, se montrer, faire valoir sa voix, s'exprimer, prendre part aux décisions de services.</p> <p>Créer un ordre pour crédibiliser la profession mais également pour protéger la population.</p> <p>Favoriser les associations pour défendre les ergo</p> <p>Évaluer les besoins territoriaux pour créer des écoles, il faut qu'il y ai des offres de postes pour que les ergothérapeutes n'aient pas difficultés à trouver du travail.</p> <p>Communication auprès du grand public pour les sensibiliser sur ce qu'on fait, dans les grands journaux...</p> <p>Sensibiliser les autres professionnels à grande échelle, avoir des cours de collaboration avec les autres professionnels en formation continue.</p>
--	--	--	---	--

Annexe II : tableau présentant le nombre d'ergothérapeutes libéraux par département en 2023

Départements	Nombre d'ergothérapeutes libéraux	Nombre habitants	Nom et contacts	téléphone
Alpes-de-Haute-Provence	5	166 654		
Haute Alpes	8			
Ardennes	4			
Ariège	3	154 581	JAFFREDOU Michèle : ergolib0931@gmail.com LEFEBVRE Aline : alinelef.ergo@gmail.com FILLUZEAU Camille : cfilluzeau@laposte.net	
Aveyron	8			
Cher	6		Anaïs BOONE : a.boone@ergotherapeutesa Marine ARNOULD : m.arnould@ergotherap Valérie Leroy : v.leroy.ergo@gmail.com	06.76.16.00.06 06.89.51.04.67 06 83 22 31 34
Corrèze	7			
Creuse	1		Mélanie Toulouse : melanie.toulouse.ergo@	
corse du nord			Francesca Ergo : contact@francescaergo.co	
Corse du Sud	4		Valentine Marzolla :	
Gers	2 ou 3		BEQUER Lise : bequerlise@orange.fr ESQUERRE Sandra : ergogimont@gmail.com GAST Marie-Laure : ergo32.mlg@gmail.com	
Indre	5		Fabien ROCHET : f.rochet@ergotherapeutes Anne-Lise PERROT : alperrot.ergo@hotmail.c	06.47.76.70.91 07 80 53 31 82
Jura	7			
Lot-et-Garonne	8			
Lorène	2		Amandine pourcher : ergo.amandine@gma Sabine mouton	
Haute-Marne	4			
Meuse	7			
Orne	6			
Hautes-Pyrénées	5		Hélène Neveu heleneneveu@hotmail.fr : AN	
Haute-Saône	4			
Sarthe	1		Estelle Courvalin : contact.harmonysphere	
Territoire de Belfort	2		Cécile GROSJEAN : cgrosjean.ergo@gmail.c	
Martinique	6			
Mayotte	1			
Aude	27			

Annexe III : Exemples des courriels envoyés

- E-mail envoyé aux ergothérapeutes :

Bonjour Mme / M. ,

Je me présente SOILHI Zamila, étudiante en 3ème année à l'IFE de Toulouse. Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, je souhaite réaliser un état des lieux des pratiques des **ergothérapeutes libéraux** exerçant dans des **déserts médicaux** en **France Métropolitaine**.

Cet entretien durera approximativement **30 minutes** et se déroulera exclusivement **par téléphone** pour faciliter la participation d'ergothérapeutes venant de différentes villes.

Si cela vous intéresse pourriez-vous me communiquer vos disponibilités s'il vous plait afin que nous puissions nous fixer un rendez-vous ?

Je vous remercie par avance du temps que vous voudrez bien me consacrer ; votre participation serait d'une grande utilité.

Cordialement,
SOILHI Zamila

- E-mail envoyé à une déléguée régionale de l'ANFE :

Bonjour Mme...,

Je me présente SOILHI Zamila, étudiante en 3ème année à l'IFE de Toulouse. J'ai obtenu vos coordonnées via M. Schabaille.

Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, je souhaiterais m'entretenir avec des ergothérapeutes libéraux exerçant dans des déserts médicaux en France métropolitaine afin de réaliser un état des lieux de leurs pratiques. J'ai donc établi une liste des départements qui pourraient m'intéresser cependant je rencontre des difficultés à contacter les ergothérapeutes.

Pourriez-vous me mettre en contact avec des ergothérapeutes de votre région s'il vous plait ? Ou bien me donner leur contacte afin que je puisse les contacter, au cas où les coordonnées trouvées sur internet ne seraient pas correctes.

En vous remerciant,

Cordialement,
SOILHI Zamila

I.Introduction :

Bonjour, je suis SOILIH Zamila, l'étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'IFE de Toulouse. Je vous contacte aujourd'hui comme convenues dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche. Tout d'abord, je tenais à vous remercier d'avoir accepté de vous entretenir avec moi ce jour.

Plus précisément, l'objectif de cet appel est d'aborder la problématique de la désertification médicale et de l'accès aux soins en ergothérapie. Ainsi, nous ferons un état des lieux de vos pratiques dans un tel milieu.

L'entretien que nous allons effectuer durera approximativement 30 minutes. Pour m'aider dans mon travail d'analyse, cet entretien sera enregistré. Je vous ferai parvenir un formulaire de consentement à ce propos à l'issue de l'entretien. Êtes-vous d'accord avec cela ? Avez-vous des questions avant que l'on commence ?

II. Questions :

1/ Informations générales sur l'ergothérapeute :

- 1) Est-ce que vous pouvez vous présenter ainsi que votre parcours professionnel ? (nom-prénom ; Présenter votre parcours professionnel = année d'obtention du diplôme - nombre d'année d'exercice - ville d'exercice actuel et passé)
- 2) Avez-vous eu des formations complémentaires ? Si oui, lesquels ?
- 3) Depuis quand exercez-vous une activité libérale ?
- 4) Pour quelle raison avez-vous fait ce choix d'exercice ?

2/ Interventions de l'ergothérapeute :

- 5) Quelles sont vos missions ? (Type de population prise en charge, nombre de patientèle, missions concrètes)
- 6) Est-ce que vous travaillez seule ou avec d'autres professionnels ? Quelles sont les modalités de contacts que vous avez mis en place ? (Collaboration, en réseau...)
- 7) Êtes-vous amené à vous déplacer dans le cadre de votre exercice libéral ?
 - a) Si oui pourriez-vous m'en dire plus ? :
 - i) A quelle fréquence ? pour quelle raison ?
 - ii) Dans un rayon de combien de kilomètre ?
 - iii) Quel est le temps moyen accordé à vos différents déplacements ? (Entre 2 prises en charges)
 - iv) Quelles sont les facilitateurs et obstacles de l'utilisation du déplacement dans votre pratique ?
 - b) Si non, pour quelles raisons ?
- 8) Comment vous faites-vous connaître ? Comment trouvez-vous votre patientèle ? Par qui vous est-elle adressée ?

3 / Informations sur les déserts médicaux :

- 9) Connaissez-vous le nombre d'ergothérapeutes libéraux qui exercent dans le même secteur que vous ?
- 10) Votre département d'exercice comporte des déserts médicaux, selon le ministère de la Santé c'est-à-dire qu'il y a des communes où *l'accessibilité aux médecins est inférieure au seuil défini de 2,5 consultations par an et par habitant*.
Qu'en pensez-vous ?
- 11) Est-ce que cela vous impacte/change quelque chose dans votre pratique ?
- a) Si oui,
Pourriez-vous me raconter une situation qui vous est arrivée et qui illustre cela (que vous vous situez dans un désert médical) ?
(Est-ce que cette situation racontée est récurrente ?) Relance
(Vos patients, ont-ils facilement accès aux soins d'ergothérapie ? C'est-à-dire rencontrent-ils des difficultés à accéder à votre cabinet ?) relance, si non évoqué
- b) Si non, pouvez-vous me parler de votre pratique, me raconter une journée type ?
- 12) Qu'est-ce que vous avez mis en place pour pallier ce problème ? et comment ? (Suite de la question 11-a, si réponse 11-b ne pas faire celle-là)

4/ L'accessibilité à l'ergothérapie dans un milieu désertique :

- 13) Que pensez-vous de l'accessibilité à l'ergothérapie dans les déserts médicaux ?
- 14) D'après vous, qu'est-ce qui pourrait être mis en place afin de remédier à cela ?

5/ Perspectives :

- 15) Que pensez-vous de l'exercice de l'ergothérapie en Maison de Santé Pluriprofessionnel ?
- 16) Dans 10 ans comment vous voyez l'intervention des ergothérapeutes dans un milieu désertique comme le vôtre ?

6/ Connaissance et reconnaissance du métier :

- 17) Que pensez-vous de la connaissance et de la reconnaissance de votre métier ? Sur quoi vous vous appuyez pour dire ça ?

7/ Ouverture :

- 18) Avez-vous des suggestions / remarques supplémentaires sur les sujets abordés ?

III. Conclusion :

Je vous remercie d'avoir participé à cet entretien et de m'avoir accordé de votre temps. Si vous souhaitez que je vous envoie ce travail, ou en savoir plus sur ce dernier, n'hésitez pas, vous avez mon mail.

Annexe V : Matrice

Thèmes	Critères	Indicateurs	Questions
Informations générales sur l'ergothérapeute	nom-prénom		Q1
	IFE d'origine		
	année d'obtention du diplôme		
	lieu d'exercice actuel et passé		
	ancienneté sur le poste		
	nombre d'années d'exercice		
	formations complémentaires		Q2
	nombre d'années d'expérience en libéral		Q3
	choix d'exercice en libéral	liberté de gestion de l'emploi du temps / des horaires liberté / choix des prises en charges liberté / choix des interventions choix / disponibilité du matériel liberté / choix de la patientèle liberté financière possibilité de déplacement moins de contraintes hiérarchique / institutionnelle	Q4
	Interventions de l'ergothérapeute	missions	
populations prises en charge		adulte gériatrie pédiatrie	
nombre de patientèle			
travaille seul ou en collaboration			Q6
fréquence de déplacement			Q7
raison de déplacements		patients ne peuvent se déplacer difficultés d'accès au cabinet pour les patients aller au domicile aller à l'école éloignement du domicile aller au plus près des patients	
temps moyen accordé aux déplacements			
avis sur les déplacements		chronophage fatigant facilite la prise en charge de certains patients écologique	
choix d'une pratique sans déplacement		fatigant chronophage couteux non véhiculé non avantageux	
se faire connaître		bouche-à-oreille medecin site internet	Q8
adressage de la patientèle	medecin spécialiste medecin généraliste		

Informations sur les déserts médicaux	les ergothérapeutes du même secteur	nombre nom - prenom	Q9	
	avantages d'un exercice dans un désert médical	nombre de patients Liens sociaux, plus faciles qu'en ville, car plus proches des patients dans les petites villes / villages, les personnes se connaissent tous +/- peu de concurrence petites villes	Q10, Q7, Q8, Q11	
		inconvenients d'un exercice dans un désert médical		difficulté / manque de lien avec les autres professionnels de santé difficile de rediriger les patients refus de nouveaux patients surcharge de travail isolement géographique / sentiment de solitude peu de coordination des soins peu de collègues fausses idées reçues des patients sur les praticiens attentes différentes des patients vis-à-vis du thérapeute difficultés d'accès à certaines ressources (prestataires, associations...) temps et nombre de déplacements
				pratique de l'ergothérapie en milieu désertique
	accessibilité des patients aux services d'ergothérapie		patients se déplacent jusqu'au cabinet difficultés d'accès financières manque de connaissance sur l'ergothérapie difficulté d'accès physique	Q11, Q17
	L'accessibilité à l'ergothérapie dans un milieu désertique		accessibilité aux soins dans les déserts médicaux	temps d'attente long pour les familles difficulté de trouver un ergothérapeute patients doivent parcourir des km pour un soin
moyens pour faciliter cet accès		remboursement des soins faire davantage connaître le métier / sensibiliser la population accès direct à l'ergothérapie dans un premier temps système de coordination de soin post-rééducation travail en MSP stratégies incitatives à l'installation en désert médicale	Q14, Q15, Q16	
Perspectives	l'exercice en MSP	exercice coordonné et collaboration patientèle diversifiée financement de l'ARS permet de faire plus de choses	Q15	
	futur de l'ergothérapie	optimiste plus de diplômés avec plus d'écoles mieux reconnus meilleurs remboursements des soins	Q16, 14	
Connaissance et reconnaissance du métier	connaissance du métier (régionale et internationale)	peu de connaissance bien connue devrait être davantage développée	Q16, Q8	
	reconnaissance du métier (régionale et internationale)	peu de reconnaissance de plus en plus reconnue / en progression confusion quant à nos champs d'actions	Q16	
Autres/ suggestions	remarques		Q17	

Annexe VI : Formulaire de consentement à l'enregistrement de la voix

L'ensemble des formulaires de consentement remplis peuvent être disponibles et envoyés par mail. Voici-ci le formulaire vierge, rempli par les ergothérapeutes :



CONSENTEMENT A LA FIXATION, REPRODUCTION ET EXPLOITATION DE L'IMAGE OU D'UN AUTRE ATTRIBUT DE LA PERSONNALITE

Je soussigné(e) : _____

Né(e) le : _____, à _____

Résidant à l'adresse suivante : _____

Autorise, Mme SOILHI Zamila dans le cadre de son diplôme en ergothérapie agissant dans le cadre de l'initiation à la recherche à l'Institut de Formation en Ergothérapie de TOULOUSE

à enregistrer ma voix

Cette autorisation est consentie dans les strictes conditions suivantes :

- Utilisation de l'analyse des situations d'entretien dans le cadre de la recherche : « désertification médicale et inégalité géographique dans l'accès aux soins en ergothérapie »
- Diffusion uniquement dans le cadre de la recherche et de la santé pour analyse des paroles des interviewés, à titre de présentation et réflexion à caractère uniquement lié à la recherche.
- Diffusion interdite en public et/ou dans le cadre d'utilisation des images pour un film destiné au grand public sans un nouveau consentement de ma part.

La présente autorisation est consentie à titre gracieux.

La présente autorisation est délivrée en deux exemplaires, dont le premier me sera remis et le second sera conservé par SOILHI Zamila. *Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.*

Fait à : _____

Le : _____

Désertification médicale et inégalité géographique dans l'accès aux soins en ergothérapie

~ Mémoire rédigé par SOILHI Zamila ~

Introduction : L'accès aux soins constitue un enjeu majeur pour une partie de la population française, notamment pour ceux résidant dans des zones médicalement désertiques, suscitant depuis plusieurs années de nombreux débats politiques. Cependant, cette problématique ne concerne pas seulement le domaine médical mais également l'ergothérapie, où des inégalités dans l'accès aux soins ont été relevées. **Objectif** : L'objectif de cette recherche est alors d'explorer les différentes stratégies mises en place par les ergothérapeutes libéraux dans les déserts médicaux afin de favoriser l'accès aux soins. **Méthode** : Pour ce faire, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de quatre ergothérapeutes libéraux provenant de différents départements désertiques. **Résultats** : Les propos recueillis lors de ces entretiens concordent avec les observations théoriques sur les obstacles à l'accès aux soins ergothérapeutiques pour les populations de ces zones, notamment la faible présence d'ergothérapeutes libéraux, entraînant de longs délais d'attente et la nécessité de parcourir de longues distances pour consulter. Face à ces difficultés, les ergothérapeutes rencontrés ont su s'adapter pour y remédier. **Conclusion** : L'étude a révélé les diverses stratégies adoptées par chaque ergothérapeute pour améliorer l'accès aux soins dans leurs départements désertiques. Elle a également mis en évidence la nécessité d'augmenter le nombre d'ergothérapeutes libéraux, que ce soit dans les cabinets ou les maisons de santé pluriprofessionnelles.

Mots clés : Accès aux soins, Ergothérapie, désert médical, ergothérapeutes libéraux, stratégies

Medical Desertification and Geographical Inequality in Access to Occupational Therapy Services

~ Thesis by SOILHI Zamila ~

Introduction : Access to healthcare is a major issue for a portion of the French population, particularly for those residing in medically underserved areas, which has sparked numerous political debates over the years. However, this issue does not concern only the medical field but also occupational therapy, where inequalities in access to care have been identified. **Objective** : The objective of this research is to explore the different strategies implemented by private practice occupational therapists in medically underserved areas to improve access to care. **Method** : To achieve this, semi-structured interviews were conducted with four private practice occupational therapists from various underserved departments. **Results** : The statements collected during these interviews align with theoretical observations regarding the obstacles to accessing occupational therapy for populations in these areas, notably the low presence of private practice occupational therapists, leading to long waiting times and the necessity to travel long distances to consult a therapist. Faced with these difficulties, the interviewed occupational therapists have adapted and implemented strategies to address them. **Conclusion** : The study revealed the various strategies adopted by each occupational therapist to improve access to care in their underserved departments. It also highlighted the need to increase the number of private practice occupational therapists, whether in private offices or in multidisciplinary health centers.

Keywords : Access to healthcare, Occupational Therapy, medical desert, private practice occupational therapists, strategies