





## Table des matières

.....	1
Introduction.....	4
Contexte .....	4
Population cible.....	4
Outil .....	4
Considérations éthiques.....	5
Objectif de l'enquête.....	5
Analyse des données .....	5
Questions fermées .....	5
Questions ouvertes .....	5
Limites de l'enquête .....	6
Questions fermées .....	6
Questions ouvertes .....	6
Résultats .....	6
<b>Description de l'échantillon</b> .....	6
Résultats.....	8
<b>Maillage territorial</b> .....	8
La coordination basée sur des zones géographiques.....	8
La définition des territoires .....	10
L'inclusion.....	10
<b>Gouvernance</b> .....	11
Les différentes pratiques.....	11
La perception des répondants concernant l'exercice d'une pratique de groupe.....	11
La perception des répondants sur l'intérêt pour les patients de bénéficier de services pluridisciplinaires dans un même lieu.....	12
La perception des répondants sur l'acceptabilité d'une inscription auprès d'un médecin généraliste comme référent de soins.....	12
Les différentes approches interdisciplinaires.....	13
Le besoin d'un cadastre des services et des prestataires existants .....	13
<b>Financement</b> .....	14
Le système de tarification au sein d'une maison médicale.....	14
Le système de tarification souhaité au sein d'une maison médicale.....	14
Les modes de paiement .....	14
Le retour sur investissement à long terme .....	15
<b>Offre de services</b> .....	16



La disponibilité perçue des prestataires dans le temps .....	16
La disponibilité perçue des prestataires aux différents niveaux d'un territoire .....	16
La disponibilité perçues/souhaitée des prestataires à domicile .....	16
La démographie médicale .....	16
L'accessibilité géographique des soins et la mobilité.....	17
<b>Communication et articulation entre les secteurs .....</b>	<b>18</b>
Le niveau de connaissance du système et entre prestataires.....	18
Les services support .....	18
La culture de l'interdisciplinarité.....	19
Le plan de soins multidisciplinaire .....	19
L'acteur à l'initiative du plan de soins multidisciplinaire et/ou de la planification d'aide à domicile .....	19
Les acteurs à impliquer dans la planification de l'offre de soins et des services d'aide à domicile .....	20
Les échanges d'informations entre les acteurs.....	20
Les moyens de communication utilisés pour transmettre les informations relatives aux patients .....	21
Le carnet de communication.....	21
<b>E-santé.....</b>	<b>22</b>
Les e-mails .....	22
Les logiciels informatiques et le dépôt de documents sur une plateforme numérique .....	22
L'utilisation des outils informatiques dans le cadre des activités professionnelles.....	22
La perception des prestataires sur leur niveau de maîtrise des outils informatiques .....	22
L'utilisation du dossier médical global chez les médecins généralistes .....	23
La digitalisation et la dématérialisation des données .....	23
<b>Résultats des questions ouvertes (1) et (2) .....</b>	<b>25</b>
Analyse lexicale .....	25
Analyse de contenu .....	26

# Rapport des résultats du questionnaire

## Introduction

### Contexte

La démarche Proxisante doit permettre de réfléchir à la **réorganisation des soins ambulatoires et de première ligne** en Wallonie. Une cohérence entre tout le continuum de l'aide et des soins est recherchée, en tenant compte des dynamiques existantes, mais aussi du respect des droits du patient tels que le libre choix du praticien, le consentement aux soins ou encore la protection de sa vie privée. Il s'agit de proposer à chaque wallon.ne des services d'aide et de soins accessibles, qui s'articulent entre eux et qui échangent avec facilité et efficacité.

### Les ambitions pour les bénéficiaires d'aide et de soins :

- Offrir une couverture pour l'ensemble des besoins de la population d'un territoire sans redondance ;
- Faciliter l'accès aux soins de première ligne et réduire le recours inapproprié à la deuxième ligne, ce qui améliore l'efficacité du système ;
- Agir rapidement en amont plutôt que de laisser filer et compliquer la situation de santé de la personne et multiplier éventuellement les examens et les opérateurs ;
- Promouvoir et soutenir la santé ainsi que mobiliser les ressources du patient et de sa famille ;
- Réduire les inégalités sociales de santé ;
- Offrir la liberté du dispensateur de services et de soins au patient.

### Les ambitions pour les prestataires :

- Soutenir les prestataires de l'aide et des soins en leur permettant d'avoir une meilleure connaissance des ressources locales et en maillant davantage ;
- Renforcer la concertation autour du patient grâce à une communication efficace entre les différentes lignes de soin ;
- Promouvoir le travail en réseau, faciliter la mutualisation des moyens, garantir l'accessibilité et la continuité des soins pour l'ensemble de la population ;
- Accorder une attention particulière à la pluridisciplinarité sous toutes ses formes.

A ce titre, la publication d'une enquête en ligne est la première action menée dans ce projet.

### Population cible

Cette enquête s'adressait aux professionnels de la santé reconnus par l'INAMI et aux professionnels de l'aide exerçant en première ligne, ainsi qu'aux représentants d'usagers, de patients et d'aidants proches. La communication autour de cet événement s'est organisée principalement par mail, environ 32.000 courriers électroniques ont été envoyés aux fédérations de professionnels, aux différents représentants, ainsi qu'aux personnes de contact qui travaillent avec les professionnels et services reconnus par l'AVIQ. Les invitations à participer au questionnaire ont également été diffusées par le biais des réseaux sociaux de l'AVIQ et de newsletters.

### Outil

Le questionnaire de la démarche participative Proxisanté était accessible aux professionnels de la première ligne et aux représentants de patients via la plateforme digitale du même nom, de fin avril à fin mai 2022. La création d'un compte utilisateur était nécessaire pour y accéder, mais les réponses des participants au questionnaire étaient anonymes. Le temps moyen de complétion était de 31min 01 sec.

Le questionnaire comportait 23 questions, certaines d'entre-elles étaient spécifiques à certains profils de répondants, comme les deux questions concernant le Dossier Médical Global (DMG) adressées uniquement aux médecins généralistes. Aussi, l'accès à certaines questions était conditionné à la réponse sélectionnée par le participant aux questions précédentes, comme celles qui s'adressaient de manière spécifique aux prestataires ayant indiqué qu'ils travaillaient déjà dans un centre pluridisciplinaire ou une maison médicale ou à ceux qui avaient indiqué souhaiter y travailler.

Ces 23 questions incluaient 3 questions ouvertes :

- Quel élément vous satisfait le plus dans votre activité professionnelle ? (1)
- Quelle est votre plus grande difficulté au quotidien en tant que prestataire ? (2)
- A l'issue de ce questionnaire, avez-vous des suggestions à formuler pour l'organisation de la 1<sup>ère</sup> ligne d'aide et de soins en Wallonie ? (3)

Les résultats de cette dernière question, dont l'objet était d'identifier des pistes de solutions pour l'organisation de la première ligne de soins, sont directement intégrés dans chacun des 6 axes présentés dans ce rapport. Les résultats des deux autres questions font l'objet d'un résumé spécifique et se trouvent à la fin de ce rapport.

### Considérations éthiques

Si l'inscription à la plateforme était obligatoire afin de sécuriser l'accès au questionnaire, aucun lien n'a été fait entre les données du compte de l'utilisateur et ses réponses au questionnaire. La politique de confidentialité a strictement été respectée, conformément au Règlement général de protection des données (RGPD).

### Objectif de l'enquête

**L'objectif de cette enquête** était d'identifier les réalités et les besoins des acteurs de la première ligne en Wallonie afin d'alimenter l'ensemble des travaux visant à redéfinir la réglementation qui encadre l'organisation de la première ligne au travers de six axes :

- Le maillage territorial ;
- La gouvernance ;
- Le financement ;
- L'offre de services ;
- La communication et l'articulation entre les secteurs ;
- L'e-santé.

### Analyse des données

#### Questions fermées

Un plan d'analyse spécifique a été élaboré pour analyser ces questions, des variables spécifiques ont été créées selon les objectifs visés par les questions et afin de permettre des analyses descriptives, univariées et bivariées. L'analyse de ces questions a été effectuée grâce à l'utilisation d'un logiciel statistique et d'un tableur Excel.

#### Questions ouvertes

Pour l'analyse de ces trois questions, trois méthodes ont été utilisées. Dans un premier temps, une analyse lexicale reprenant la fréquence des mots ou des combinaisons de mots a été appliquée pour chacune des questions.

Dans un deuxième temps, une analyse de contenu a été réalisée. Pour la question (3) cela a consisté en une catégorisation inductive à la lecture des réponses. Celles-ci ont été centralisées sous les 6 items

centraux de la démarche Proxisanté. Pour les questions (1) et (2), puisqu'elles étaient intrinsèquement liées à l'identification des motivations et des démotivations des acteurs de la première ligne, l'encodage des items s'est effectué sur la base du cadre théorique de Herzberg (la théorie des deux facteurs) développé dans les années 1950. Ce cadre théorique distingue les éléments de motivation en deux groupes : les facteurs intrinsèques (principalement liés à la psychologie de l'individu : automotivation, épanouissement personnel) et les facteurs extrinsèques à l'individu (principalement liés aux cadres extérieurs qui influencent des aspects psychologiques : signaux d'insatisfaction, mécontentement).

Dans un troisième temps, le programme NVivo a été utilisé. Le fichier reprenant les données de l'enquête a été croisé avec le tableur fourni par le prestataire externe, celui-ci codifiait le niveau d'adhérence à l'organisation de la première ligne.

## Limites de l'enquête

Il est important de souligner le caractère non représentatif de ces données et de cette analyse, étant donné qu'il y a plusieurs secteurs de l'aide et des soins dont les représentants se sont moins mobilisés et que le nombre de réponses reçues est moindre qu'espéré en regard de la population cible.

### Questions fermées

**Biais méthodologique** : la démarche Proxisanté ne se voulait pas spécifiquement « scientifique » en termes d'échantillonnage et de proportionnalité des répondants. La démarche se voulait volontariste.

**Biais de sélection** : étant donné que cette démarche était volontariste et se voulait exhaustive et non sélective, les répondants au questionnaire ne constituent de fait pas un groupe représentatif de la population visée.

### Questions ouvertes

Les questions ouvertes appellent à des réponses très diverses, sur la forme comme sur le fond. L'extraction des informations est plus complexe et prend du temps par rapport à l'analyse de questions fermées. Le nombre limité de caractères (300) était adapté aux ressources disponibles pour l'analyse, mais c'était aussi une contrainte pour les répondants. En effet, cette limitation ne leur permettait pas toujours de structurer et/ou de nuancer leurs propos, cela entraîne des difficultés de compréhension et un risque accru de biais d'interprétation. De plus, plusieurs réponses sont désaxées de la question initiale, l'espace disponible est parfois utilisé comme une opportunité d'amener des éléments complémentaires au questionnaire ou d'exprimer des émotions (e.g. frustration, colère ...).

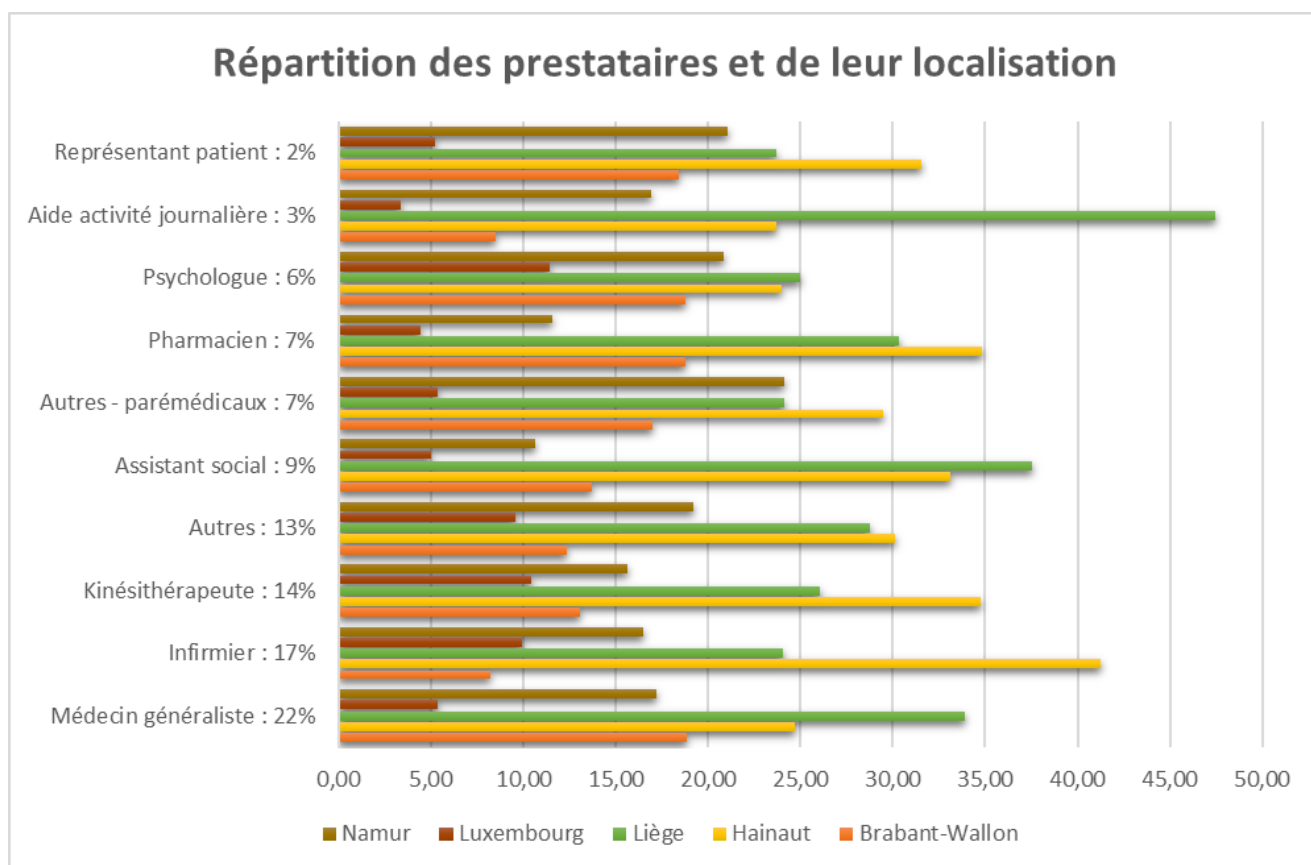
Après analyse des données, le nombre et le profil des répondants ne nous permettent pas de présenter des résultats statistiquement significatifs. Les résultats obtenus ont permis d'engager les échanges lors des ateliers du mois de juin destinés aux prestataires. Les éléments apportés directement par les prestataires concernés, ont constitué le point de départ des travaux. Cette enquête nous a permis de construire la méthodologie des ateliers du mois de juin et de structurer les réflexions.

## Résultats

### Description de l'échantillon

Le questionnaire était ouvert de fin avril à fin mai 2022, sur cette période, 2639 personnes se sont inscrites sur la plateforme et 1689 ont répondu au questionnaire. Il est à noter que de nombreux utilisateurs ont commencé le questionnaire, mais ne l'ont pas finalisé. Les questionnaires non finalisés n'ont pas été analysés.

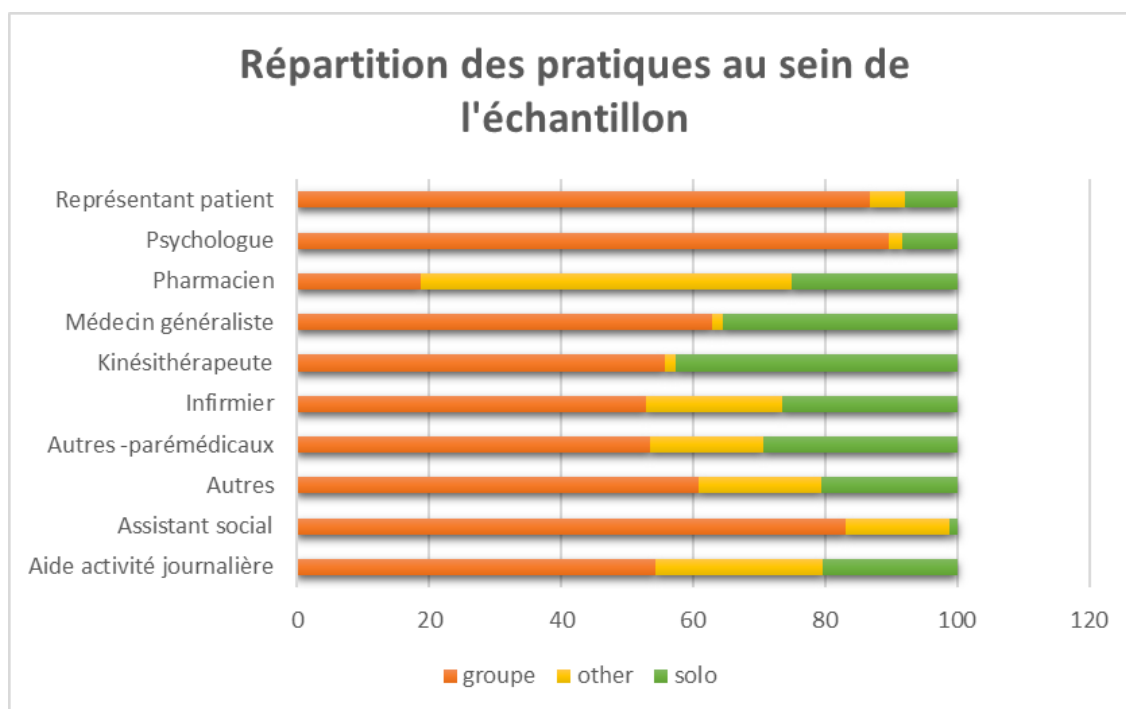
**Graphique 1 :**



Les médecins généralistes (22%), les infirmiers (17%) et les kinésithérapeutes (14%) sont les prestataires les plus représentés au sein de notre échantillon. Les représentants de patients (2%) et les aides à la vie journalière (3%) sont les moins représentés.

Les provinces les plus représentées sont celles de Liège et du Hainaut, les moins représentées sont les provinces de Luxembourg et de Brabant-Wallon.

Graphique 2 :



Nous observons que les pratiques de « groupe » sont majoritairement adoptées par tous les prestataires, à l'exception des pharmaciens qui ont majoritairement une « autre » pratique. Les pratiques en « solo » sont majoritairement adoptées par les kinésithérapeutes et les médecins généralistes de notre échantillon.

## Résultats

### Maillage territorial

La coordination basée sur des zones géographiques

#### *Perception pour l'amélioration de la prise en charge des patients*

Il apparaît que 48.67% des répondants sont tout à fait d'accord et 29.96% sont d'accord avec le fait qu'organiser et coordonner l'ensemble des services d'aide et de soins dans une zone géographique améliore la prise en charge des patients. Pour cette question, 13.68% des répondants n'ont pas d'avis, 5.62% ne sont pas vraiment d'accord et 2.07% ne sont pas du tout d'accord.

#### *Perception pour l'amélioration de l'accessibilité aux soins*

Concernant l'affirmation qui stipule qu'organiser et coordonner l'ensemble des services d'aide et de soins dans une zone géographique améliore l'accessibilité aux soins, 47.54% des répondants sont tout à fait d'accord, 31.97% sont d'accord, 12.49% n'ont pas d'avis, 5.92% ne sont pas vraiment d'accord et 2.07% ne sont pas du tout d'accord.

#### *Les obstacles*

Les obstacles à une coordination basée sur des zones géographiques les plus cités par les répondants sont :

- le manque de prestataires (18,97%),
- le manque de clarté sur les rôles et responsabilités de chacun (15.25%)
- et l'augmentation de la charge administrative (14.81%).



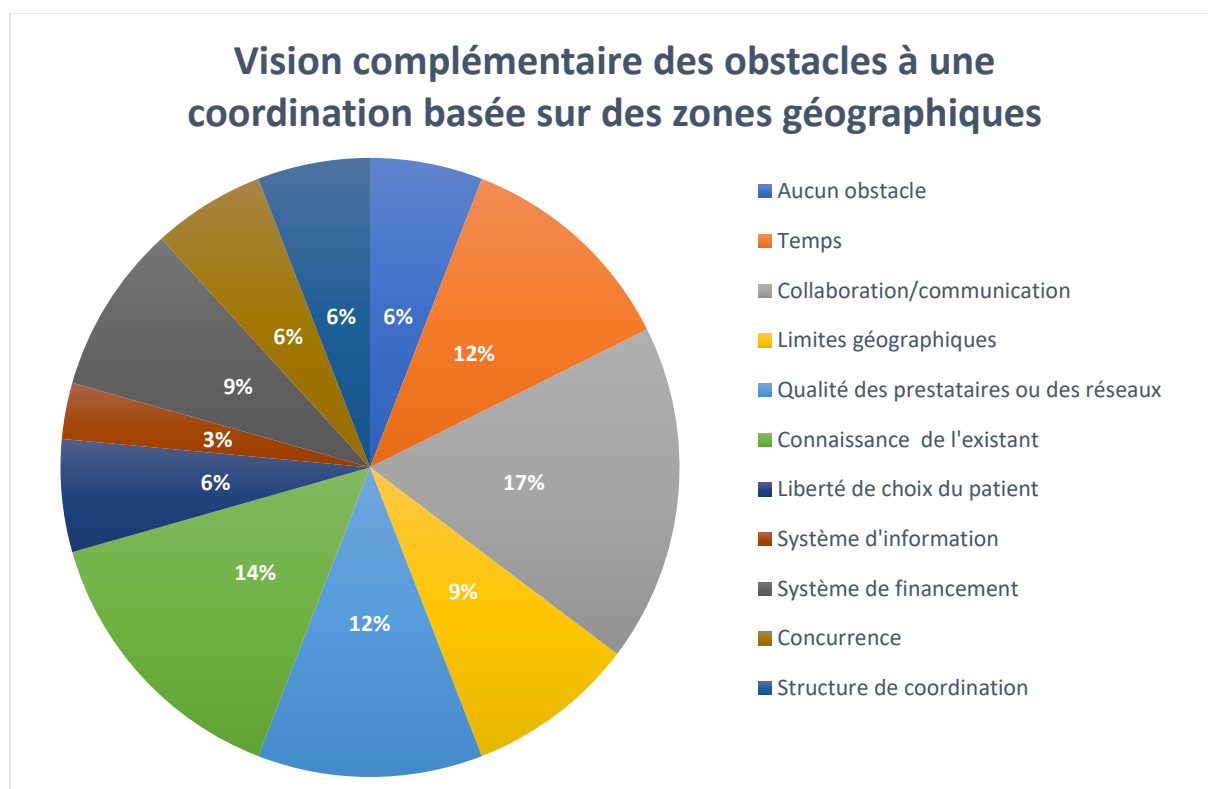
A contrario, l'organisation en réseau, le manque de liberté professionnelle et l'insuffisance ou la contrainte du cadre législatif sont les obstacles les moins cités.

Quelle que soit la province, c'est le **manque de prestataires** qui est le plus cité. Dans la province du Luxembourg, ce point représente 27% des réponses, tandis qu'il représente 18 ou 19% des réponses dans les autres provinces. La concurrence entre prestataires en revanche ne représente que 7% des réponses dans la province du Luxembourg alors qu'elle représente 13% dans le Hainaut. Les autres obstacles ne semblent pas différer par province.

La distribution des obstacles évoqués est sensiblement différente selon la catégorie professionnelle. Bien que le manque de prestataires soit l'obstacle le plus cité chez tous les professionnels, pour les médecins généralistes et les kinésithérapeutes c'est l'augmentation de la **charge administrative** qui arrive en tête des obstacles avec respectivement 19% et 17% des réponses au sein de leur catégorie. Parmi les infirmiers, la concurrence entre prestataires est le deuxième obstacle plus cité (18%).

Cette question sur les obstacles donnait la possibilité aux répondants d'ajouter un commentaire. Ainsi, de nombreuses réponses se sont ajoutées pour compléter leur vision des obstacles à une coordination basée sur des zones géographiques. La répartition de ces réponses est présentée ci-dessous (*Graphique 3*).

Graphique 3 :



Le manque de **collaboration/communication** représente la proportion la plus élevée des réponses (17%) ciblant les obstacles complémentaires à une coordination en zones géographiques. Cette notion recouvre le manque de collaboration/communication entre les lignes de soins, mais aussi entre les territoires. En effet, elle est en lien avec l'obstacle des **limites géographiques** (9%), pour lequel la communication avec les zones transfrontalières nationales et internationales est précisément citée. Ce manque de communication est également lié au **développement des outils de communication**, la



volonté de développer le RSW pour qu'il soutienne efficacement le travail des prestataires est particulièrement mentionnée.

**La méconnaissance de l'existant** et la non prise en compte de celui-ci par les différents acteurs et les patients de manière générale, apparaît en deuxième position (14%). La **qualité des prestataires** (12%) comprend la qualité des services, variable d'un prestataire à l'autre, et la surconsommation des soins hyperspécialisés pour des situations qui pourraient être suivies/résolues au sein de la première ligne (ex : diabétologie). A proportion égale avec cette dernière, les obstacles liés au **manque de temps** apparaissent, celui-ci est en lien avec le (non) financement des temps de coordination.

Les obstacles liés au **système de financement** (9%) comprennent la non-valorisation financière des temps de coordination, les limites du paiement à l'acte et les limites de la stratégie orientée vers les soins hospitaliers.

La **concurrence entre les prestataires** (6%) qui établissent le premier contact et les prestataires de « proximité » est mentionnée à plusieurs reprises comme un obstacle à une telle coordination. A proportion égale, nous voyons apparaître comme obstacle, l'entrave à la **liberté de choix du patient** (6%).

Enfin, plusieurs répondants mentionnent qu'il n'y a **pas d'obstacles** (6%), à condition qu'une structure de coordination tel qu'un SISD soit efficiente. Ces commentaires rejoignent ceux qui citent **l'absence d'une structure de coordination** (6%), type SISD ou RLM comme un obstacle important à l'organisation en zones géographiques.

#### La définition des territoires

Plusieurs réponses à la **question ouverte 3** soulignent l'urgence de définir des territoires de santé et insistent sur la nécessité de penser la proximité de la coordination. Toutefois, les propositions spécifiques à la définition des niveaux de territoires sont peu nombreuses : « *L'organisation de la 1ère ligne d'aide et de soins devrait se faire à un niveau beaucoup plus restreint comme un arrondissement et pas comme actuellement pour toute une province avec des prestataires de soins de 1ère ligne locaux et des coordinations locales. Démutualiser la coordination. Fusionner tous les services de coordination de soins à domicile en un seul endroit centralisé au niveau d'un arrondissement* ».

#### L'inclusion

Plusieurs suggestions mettent en exergue l'importance de prendre en compte la réalité et les besoins des **publics spécifiques** dans l'élaboration de l'organisation de la première ligne, cela inclut notamment, les patients dans toute leur diversité (ex : les genres), les personnes en situation de handicap, les besoins spécifiques des femmes (ex : grossesse), des personnes âgées ou vivant des situations complexes, ainsi que les personnes en fracture numérique, etc.

## Gouvernance

### Les différentes pratiques

#### *En solo*

Parmi ceux qui travaillent en solo, la majorité, soit 46 % des répondants, ne désire pas travailler en groupe (une majorité d'entre eux sont des médecins généralistes et des kinésithérapeutes, représentants respectivement 64 % et 60 % de leur catégorie), 30 % des répondants aimeraient évoluer vers une pratique de groupe (dont 62% sont des professionnels de la catégorie « autre paramédicaux ») et un quart sont sans avis. Pour ces derniers, il est probable que la question ne se pose pas en ces termes ou qu'elle ne leur correspond pas, un quart des répondants sans avis se sont enregistrés sur la plateforme comme faisant partie de la catégorie professionnelles « autre », le reste des répondants de cette catégorie est représenté par des assistants sociaux (17%), des infirmiers (12%) ou des pharmaciens (12%).

#### *En groupe (multi-, pluri-, interdisciplinaire)*

22,8 % des répondants travaillent déjà dans un centre pluridisciplinaire. Parmi ceux-ci, la catégorie des psychologues est la plus représentée avec 38% des répondants psychologues, tandis que les pharmaciens sont la catégorie la moins représentée avec 3 % des répondants pharmaciens qui travaillent en groupe.

### La perception des répondants concernant l'exercice d'une pratique de groupe

#### *Les motivations des répondants qui souhaitent adopter cette pratique*

Pour ceux ayant répondu « oui » à la question filtre « *J'aimerais travailler dans un centre pluridisciplinaire ou une maison médicale* », leurs motivations à travailler en groupe sont les suivantes : l'amélioration de la prise en charge du patient (34.55%), l'amélioration des dynamiques interprofessionnelles (33.05%), une meilleure organisation administrative et financière (32.21%) et, avec des proportions beaucoup plus faibles, nous retrouvons ensuite, parmi les réponses complémentaires, le fait de permettre au patient de bénéficier de plusieurs services dans un même lieu (0.09%) et le fait que cette pratique participe à améliorer la connaissance des professions (0.09%).

#### *La perception des avantages et des inconvénients de ceux qui ont déjà adopté cette pratique*

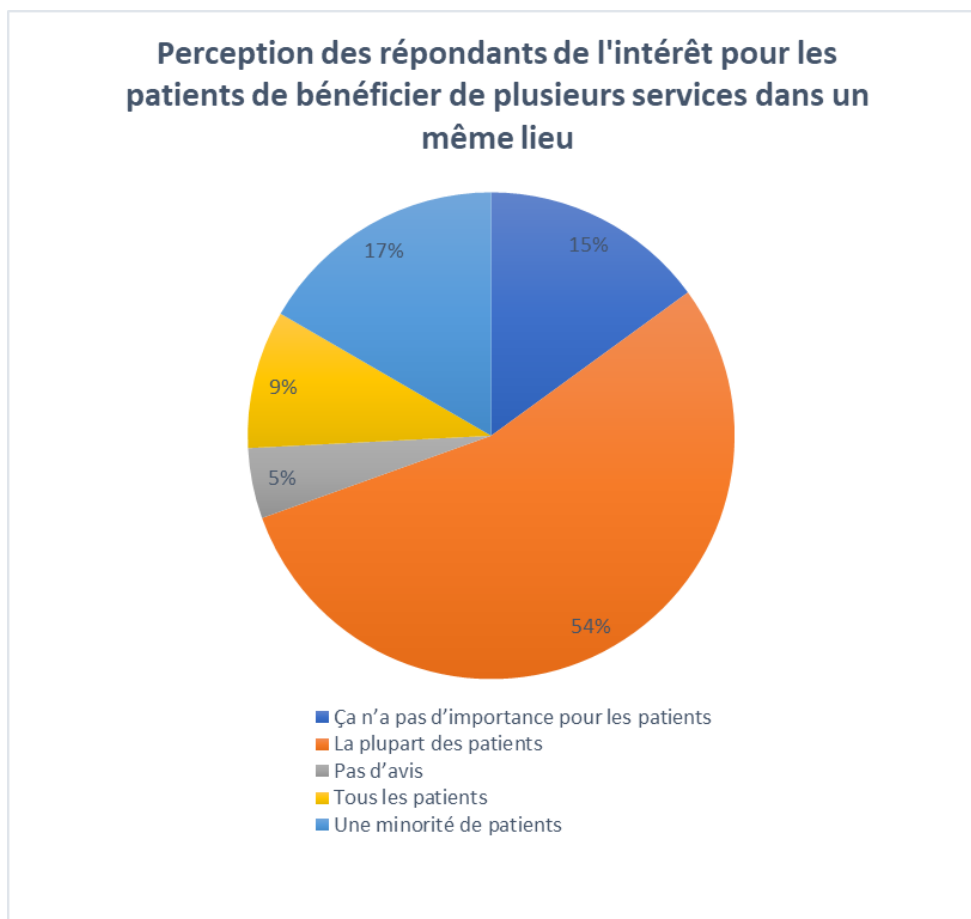
Pour ceux ayant répondu « *pratique de groupe* » dans leur profil d'utilisateur, il apparaît que les avantages à travailler dans une maison médicale ou un cabinet pluridisciplinaire confirment les motivations de ceux qui n'y travaillent pas encore avec dans l'ordre : l'amélioration de la prise en charge du patient (33.88%), l'amélioration des dynamiques interprofessionnelles (33.47%), une meilleure organisation administrative et financière (32.04%). A ces catégories, s'ajoutent en moindres proportions, des réponses complémentaires comme le développement de l'esprit d'équipe et l'augmentation du temps à consacrer aux patients.

Pour cette même catégorie de répondants, les inconvénients à l'exercice d'une pratique de groupe sont : les difficultés liées à l'organisation administrative et financière (39.68%), celles liées aux dynamiques interpersonnelles (36.19%), mais aussi à l'impact négatif que cette pratique peut avoir sur la prise en charge du patient (perte d'indépendance décisionnelle et absence de continuité des soins par le même prestataire) (21.59%). Parmi les réponses, 1.90% des répondants précisent en commentaires qu'il n'y a pas d'inconvénients à cette pratique ou que les inconvénients proposés peuvent tous être rencontrés, qu'il s'agit en fait d'une contrepartie logique/d'un risque lié aux avantages.

La perception des répondants sur l'intérêt pour les patients de bénéficier de services pluridisciplinaires dans un même lieu

Quel que soit la province, le type de pratique exercé, la catégorie professionnelle et le profil des répondants, la réponse majoritaire (54%) nous indique que le fait de bénéficier de plusieurs services d'aide et de soins dans un même lieu intéresserait la plupart des patients.

Graphique 4 :



La distribution des réponses est quelque peu différente selon le type de pratique exercée par les répondants. Un tiers (34 %) de ceux qui **pratiquent en solo** pensent que bénéficier de plusieurs services dans un même lieu intéresse la plupart des patients, tandis que cela représente 62% parmi ceux qui **pratiquent en groupe**. Il apparaît également que pour 28 % de ceux qui pratiquent en solo cela n'a pas d'importance pour les patients, contre 13% pour les répondants ayant une pratique de groupe. Chez les **autres répondants**, 59% pensent que cela intéresse la plupart des patients.

La réponse majoritaire à cette question, « la plupart des patients », représente 43% des réponses parmi les médecins généralistes, 79% parmi les psychologues, 63 % parmi les représentants des patients. Il est à noter également que parmi les médecins généralistes, 25 % pensent que cela n'a pas d'importance pour les patients, c'est aussi le cas pour 12.5% des kinésithérapeutes.

La perception des répondants sur l'acceptabilité d'une inscription auprès d'un médecin généraliste comme référent de soins

Près de la moitié des répondants (47.9 %) estiment que l'inscription auprès d'un médecin généraliste est acceptable pour la plupart des patients, 41.68 % estiment que cela est acceptable pour tous les patients, 4.5% que c'est acceptable pour une minorité et 5.92% des répondants sont sans avis.

Toutes les catégories professionnelles estiment que la mesure est acceptable pour la plupart des patients, les médecins généralistes et les infirmiers se montrent plus tranchés sur la question, ils estiment avec respectivement 53.22 % et 45.7%, que cette mesure est acceptable par tous les patients. Il est également intéressant de noter que 57.8% des représentants des patients trouvent la mesure acceptable pour la plupart des patients.

#### Les différentes approches interdisciplinaires

L'analyse de la **question ouverte 3** sur l'identification des pistes de solutions pour l'organisation de la première ligne de soins, fait apparaître un point de tension entre une approche interdisciplinaire dans laquelle **le médecin généraliste est « pilote »** et une approche interdisciplinaire dans laquelle ce sont les **structures existantes (SISD, RLM)** qui coordonnent la mise en place de réseaux interdisciplinaires.

Si certaines suggestions proposent d'investir dans la mise en place de structures pluridisciplinaires ou de maisons médicales pour (re)organiser la première ligne : *« Je pense que le modèle des maisons médicales est un modèle d'avenir pour les soins de 1e ligne, (...) »*, d'autres professionnels émettent des craintes sur ce type de structures : *« Respecter la liberté, et la favoriser. Les planifications abusives démotiveront les praticiens, on n'a guère envie de se retrouver dans des "maisons médicales"... »* et/ou expriment un besoin de reconnaissance des prestataires indépendants qui travaillent en solo : *« Faire confiance aux indépendants et ne pas donner trop d'importance aux structures. », « encourager et optimiser la pratique solo pour garantir une prise en charge personnalisée du patient »*, ainsi qu'un point de vue plus nuancé : *« De mon point de vue l'offre de soins doit rester diversifiée. Les maisons médicales offrent de belles opportunités de soins pour les patients mais elles ont leurs limites. Certains patients ont besoin d'une relation plus exclusive parfois difficile à offrir dans de grandes équipes. »*

#### Le besoin d'un cadastre des services et des prestataires existants

L'analyse de la **question ouverte 3** mentionne la **nécessité de disposer d'informations sur les professionnels et les services disponibles**. Ces suggestions soulignent que ces informations doivent être disponibles tant pour les acteurs de santé que pour les citoyens.

#### Forme et accès à ce cadastre

Une des questions proposait plusieurs réponses quant à la forme que pourrait prendre ce cadastre. D'après les répondants, la liste des professionnels et organisations de l'aide et des soins devrait être disponible, dans l'ordre décroissant, par le biais : d'un site internet unique des prestations disponibles, d'une application pour smartphone, d'un numéro de téléphone unique, d'un guichet d'information, d'une brochure dans ma boîte aux lettres, d'un chatbox en ligne et enfin d'une newsletter (par mail). Les réponses complémentaires à cette question soulignent à plusieurs reprises le rôle joué et/ou que pourrait jouer : les centres de coordination d'aide et de soins à domicile et/ou les SISD et les RLM, mais également les médecins généralistes, les communes, les associations de quartier et les services sociaux.

La proposition d'un **site internet unique** est majoritairement sélectionnée par les répondants, quelle que soit leur province ou leur profession. De même, plusieurs réponses à la **question ouverte 3** réclament une plateforme centralisée où trouver ces informations : *« (...) cartographier l'existant, répertorier les aides sociales et de santé sur une carte interactive par communes (...) »*, *« créer un site/répertoire en ligne où il est possible d'accéder aux adresses mails de tous les prestataires - envoyer les demandes de remboursement par mail ou via une plateforme »*. Certaines réponses insistent sur l'importance de la **régularité dans la mise à jour des données** et sur la fiabilité des données pour assurer la fluidité de la collaboration interdisciplinaire. La suggestion de mettre en place un numéro unique à disposition de tous apparaît également à plusieurs reprises comme une opportunité, entre autres, afin de pallier la fracture numérique de certains profils.

## Financement

### Le système de tarification au sein d'une maison médicale

43.8 % des répondants qui travaillent dans une maison médicale sont dans un système de tarification à l'acte et 42.7% sont dans un système de tarification au forfait. Parmi les 13.47 % qui représentent les autres systèmes de tarification, nous retrouvons : le système mixte, le statut d'indépendant, la tarification libre à l'INAMI, etc. Les répondants qui exercent dans une maison médicale dans les provinces de Luxembourg (62.86%), de Brabant Wallon (55.81%) et de Namur (52.78%) adoptent majoritairement un système de financement à l'acte. Les maisons médicales de la province de Liège semblent davantage adopter un système de financement au forfait avec 55.91% des réponses. Les réponses concernant la province du Hainaut sont un peu plus équilibrées avec 42.20% de maisons médicales financées à l'acte et 45.87% de maisons médicales financées au forfait.

### Le système de tarification souhaité au sein d'une maison médicale

Pour ceux ayant répondu « oui » à la question filtre « J'aimerais travailler dans un centre pluridisciplinaire ou une maison médicale », 36.8% souhaiteraient un système de tarification à l'acte et 35.03% au forfait, 28.17% n'ont pas d'avis. Cette répartition est équilibrée, aucune province ne dégage de préférence particulière d'après notre échantillon, bien que nous observions pour la province de Luxembourg une tendance plus marquée pour un système de tarification à l'acte (55.56%) par rapport aux autres provinces (Hainaut 39.64%, BW 35.29%, Liège 33.91%, Namur 31.51%).

### Les modes de paiement

L'analyse de la **question ouverte 3** montre que les réponses qui abordent de façon directe ou non la question du mode de financement des activités d'aide et de soins sont peu nombreuses.

Un des répondants précise que : « *Structurer la première ligne autour des pratiques pluridisciplinaires de première ligne, la question acte/forfait est subsidiaire, par contre **l'intégration non concurrentielle des prestataires est fondamentale*** ». En effet, certains répondants mentionnent le souhait de retirer les domaines de la santé et de l'aide aux personnes, des **logiques lucratives et de la concurrence**. Ces logiques sont identifiées comme des freins aux pratiques interprofessionnelles. Plusieurs répondants suggèrent de converger vers des mécanismes de financement qui permettent d'assurer le suivi des patients et d'éviter les actes inutiles. A ce titre, des propositions qui visent à **ajuster le barème des soins** en fonction de la situation économique de la personne sont formulées. D'autres propositions questionnent le **calcul et l'application du ticket modérateur**, tandis que d'autres souhaitent que le ticket modérateur soit appliqué et obligatoire pour tous. A cela s'ajoutent les suggestions qui soulignent la nécessité de disposer **d'instances de contrôle et de mécanismes de régulation** qui permettent d'identifier les éventuels abus et fraudes.

Globalement, le financement des **actes « invisibles »** mais chronophages, tels que les activités administratives liées au reporting clinique, ainsi que la prise en compte du temps passé à la **coordination interdisciplinaire** apparaissent assez clairement dans les propositions des répondants.

Nous observons que les propositions qui s'ancrent dans un financement **à l'acte**, s'orientent principalement vers une révision de la **nomenclature de l'INAMI** afin d'assurer l'accès aux soins pour tous et une juste rétribution des actes qui prennent du temps, ainsi qu'une modification de l'utilisation de **l'échelle de Katz** en lien avec son influence sur le coût à l'acte ou au forfait d'une prestation.

Plusieurs répondants suggèrent de privilégier et de généraliser un mécanisme de financement au **forfait** : « *Oui le système des soins de première ligne devrait fonctionner de manière forfaitaire pour tous, plus de fonctionnement à l'acte ! la santé est un droit fondamental et que tu sois riche ou pauvre tu dois pouvoir avoir accès à des soins de santé primaire, cela éviterait le clivage de pratique au*



*détriment des patients !! ». D'autres suggèrent que le financement au forfait soit appliqué pour les **patients chroniques ou vivant une situation complexe** uniquement : « *Améliorer la collaboration et la communication entre les différents acteurs de santé (1ère ou 2nde ligne). Proposer pour les patients chroniques et les situations complexes des financements forfaitaires qui soient dirigés par la première ligne de soins (et pas comme les trajets de soins, majoritairement phagocytés par les spécialistes). Pas de hiérarchisation des soins ! Horizontalité des compétences. ».**

#### Le retour sur investissement à long terme

En termes d'investissement à long terme, plusieurs suggestions insistent sur la nécessité d'investir davantage dans les actions de **promotion et de prévention** de la santé : « *La première ligne, c'est AVANT les services de soins : c'est l'école, la mobilité, la qualité de l'air, la lutte contre les assuétudes, la protection des travailleurs, la lutte contre la malbouffe... Pour moi, les services de santé sont déjà une 2è ligne, qui arrive alors que les gens sont malades. IL faut agir AVANT la maladie. »*, ainsi que dans l'**organisation des missions et des activités** afin d'assurer une prise en charge intégrée et pluridisciplinaire : « *Investir dans les métiers paramédicaux qui peuvent soulager les infirmiers et les médecins souvent débordés. L'ergothérapeute par sa formation peut analyser l'environnement de la personne, ses activités quotidiennes afin de lui rendre plus d'autonomie. Nous pouvons également réaliser de la prévention pour diminuer le caractère urgent de certaines situations »*. En lien avec cette proposition, les **ergothérapeutes** suggèrent une meilleure reconnaissance de leur profession, notamment de l'INAMI : « *« Que l'ergothérapie soit reconnue à sa juste valeur et qu'il y ait un remboursement de l'INAMI »*.

## Offre de services

### La disponibilité perçue des prestataires dans le temps

Selon les répondants, la majorité des prestataires identifiés par la question sont disponibles dans les 3 jours ou dans la semaine. Les prestataires les plus rapidement disponibles sont les médecins généralistes, les infirmiers (majoritairement disponibles entre un et 3 jours) suivis des kinésithérapeutes et des structures de coordination (majoritairement disponibles dans la semaine) d'après notre échantillon. En revanche, les prestataires perçus comme les moins disponibles sont les dentistes majoritairement disponibles dans les 3 mois et les psychologues majoritairement disponibles dans le mois.

### La disponibilité perçue des prestataires aux différents niveaux d'un territoire

On observe que l'ensemble des prestataires identifiés par la question est majoritairement disponible au niveau de la commune/du village. Bien que représentés à ce niveau également, la disponibilité perçue des psychologues et des sage-femmes se situe davantage au niveau de l'arrondissement. Les dentistes de la province de Luxembourg sont également présents au niveau de la commune/du village mais semblent davantage représentés au niveau de l'arrondissement en comparaison des autres provinces.

La perception de la disponibilité des prestataires selon la catégorie professionnelle des répondants est similaire à celle de l'échantillon général, on observe également que les psychologues et les sage-femmes sont davantage représentés au niveau de l'arrondissement. Cependant, nous notons que la perception des aides familiales et des aide-ménagères sur la disponibilité des aides à la vie journalière est plus nuancée que celle des autres prestataires, ces catégories professionnelles se perçoivent disponibles autant dans la commune/le village que l'arrondissement.

### La disponibilité perçues/souhaitée des prestataires à domicile

Il apparaît que les infirmiers, les kinésithérapeutes, les médecins généralistes, les sage-femmes et les assistants sociaux sont déjà particulièrement perçus comme disponibles à domicile et cela s'observe dans toutes les provinces (70.37% BW, 68.79% Hainaut, 72.05% Liège, 67.96% Luxembourg et 65.26% Namur). Une partie des répondants (17.28% BW, 21.05% Hainaut, 17.56% Liège, 15.62% Luxembourg et 23.15% Namur) estime qu'ils ne le sont pas mais qu'ils devraient l'être.

Pour ce qui concerne les **dentistes**, 63.70% des répondants pensent qu'ils ne devraient pas l'être, 28.06% qu'ils devraient l'être, 2.01% disent qu'ils le sont déjà et 6.21% n'ont pas d'avis.

Pour les **pharmaciens**, 52.10% des répondants estiment qu'ils ne devraient pas l'être, 11.84% affirment qu'ils se déplacent déjà au domicile, 30.01% pensent qu'ils devraient l'être et 6.03% sont sans avis.

Pour les **psychologues**, 51.68% des répondants souhaitent qu'ils puissent se rendre à domicile, 19.59% disent qu'ils le font déjà, cela concerne particulièrement les provinces de Namur et du Hainaut, 20.13% disent qu'ils ne devraient pas l'être, 8.58% sont sans avis.

### La démographie médicale

De nombreuses réponses à la **question ouverte 3**, insistent sur la nécessité de penser la **démographie médicale** afin de faire le lien entre la distribution des professionnels et les besoins des territoires et d'investir dans les zones en pénurie. En ce sens, la nécessité d'agir sur la **liberté d'installation** est mentionnée, notamment avec la suggestion de maintenir les incitants à l'installation en Wallonie, particulièrement dans les déserts médicaux.

De manière générale, la nécessité de repenser les **quotas des prestataires** est abordée : « *Nous avons besoin de plus de gens ! Impossible d'organiser correctement une première ligne de soins sans plus de*



*forces sur le terrain » ; « Revoir le quota du personnel de soins sur le terrain, les normes sont bien trop basses pour faire des soins optimaux ». De plus, la valorisation du secteur et des professionnels est plusieurs fois mise en avant afin d'assurer la disponibilité de ressources qualifiées. Notons que pour la plupart de ces propositions, la compétence ne relève pas de la région wallonne.*

### L'accessibilité géographique des soins et la mobilité

Plusieurs réponses à la **question ouverte 3** insistent sur la nécessité de prendre en compte l'accessibilité géographique de l'offre de services, sans toutefois trancher entre la valorisation des déplacements des prestataires, le renforcement de l'offre de transport pour les usagers, l'encouragement de la mobilité de certains prestataires ou la mise en place de structures complémentaires dans certains territoires :

- Pour les acteurs de l'aide et des soins à domicile, il y a une demande de **revalorisation de la prise en charge des kilomètres** : *« si on pouvait revaloriser financièrement le déplacement d'une infirmière à domicile et le tarif d'une toilette simple qui est dévalorisant et ridicule. (...) »*, *« Si vous pouviez vous rendre compte que les tarifs des déplacements des kins sont minimes et devraient être revus cela sera parfait »*, *« Prévoir des codes dans la nomenclature pour le déplacement des prestataires. (...) »*.
- Concernant le coût des déplacements et le temps qu'ils engendrent, plusieurs médecins généralistes proposent plutôt d'investir dans **l'amélioration de la mobilité pour les usagers** : *« Mettre un système en place, un système de transport pour les patients qui ne peuvent se déplacer (en réalité à part les grabataires il n'y en a pas, il manque plutôt la personne capable de les conduire). Les visites sont chronophages souvent peu justifiées et très peu valorisées. »*. D'autres répondants mentionnent aussi la nécessité d'investir dans la mobilité des usagers et **l'offre de transport médico-sanitaire** : *« Organiser un meilleur système de transport pour les personnes précarisées dans les villages isolés. »*, *« Mettre à disposition plus de moyens transport pour les personnes fragilisées (financièrement, socialement, physiquement). »*.
- Les acteurs en structure d'hébergement insistent sur la nécessité **d'encourager la mobilité des professionnels**, notamment celle des médecins spécialistes, des dentistes et des acteurs de la santé mentale : *« Une meilleure communication des hôpitaux vers les MRS. Plus de médecins spécialistes et de dentistes qui se déplacent dans les MRS. »*
- D'autres proposent, le développement d'une **structure complémentaire** pour pallier les problèmes de mobilité des usagers et la prise en compte des distances moyennes à parcourir : *« Etoffer l'offre de soins dans certaines zones comme Chimay, Bailleux, ...dans la botte du Hainaut où de nombreuses familles non motorisées ne savent pas se déplacer et où l'offre de soins manque »*, *« Tenir compte de la distance moyenne à parcourir pour atteindre un cabinet »*.

## Communication et articulation entre les secteurs

Le niveau de connaissance du système et entre prestataires

De manière globale, il apparaît que les répondants sont majoritairement « d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec les deux affirmations suivantes : « Je sais à quel prestataire m'adresser pour poser mes questions liées à la prise en charge du patient » et « Je connais la responsabilité de chaque prestataire dans la prise en charge du patient ». Pour l'affirmation : « Je sais qui coordonne la prise en charge du patient », les réponses sont plus nuancées, 26% sont « d'accord », 25% sont « tout à fait d'accord », 23% sont « neutres », 20% ne sont « pas vraiment d'accord » et 6% ne sont « pas du tout d'accord ».

D'après l'analyse de la **question ouverte 3**, en alignement avec le besoin de vision sur l'existant mentionné dans l'axe gouvernance, plusieurs réponses soulignent la nécessité d'espace de partage et de renforcement du partage entre professionnels avec notamment la mise en place de **rencontres afin de pouvoir coordonner la prise en charge interdisciplinaire**, mais aussi **de connaître les autres métiers et leurs rôles** : « *On doit renforcer le partage entre prestataires, non pas en complétant des fiches mais en parlant de nos patients en commun* », « *Je remarque que les prestataires croisés au domicile sont désireux de plus de contact entre eux malheureusement les médecins sont trop débordés pour faire la coordination et personne ne le fait. Aucune nomenclature pour des réunions pluridisciplinaires au domicile des patients il faut se croiser pour avoir une discussion* ». Certaines suggestions insistent sur la nécessité de penser ces rencontres afin d'éviter la réunionite chronophage et inutile, de se focaliser sur le partage autour du patient et la rencontre interdisciplinaire.

En effet, plusieurs réponses pointent la **méconnaissance des compétences et des rôles** des prestataires de l'aide et des soins à domicile participant à une mauvaise répartition des tâches. Il semble que des aides à domicile se retrouvent à endosser des tâches qui devraient incomber à d'autres professions créant notamment une surcharge des soins infirmiers ambulatoires.

Une des suggestions est de revoir les tâches qui incombent aux différentes professions. Certains suggèrent que cette nouvelle répartition des tâches soit intégrée dans des parcours de formation continue. La nécessité de délimiter et définir les rôles de chacun inclut également les acteurs de la deuxième ligne (est mentionnée ici, la couverture de soins primaires par des structures de deuxième ligne).

### Les services support

Les Réseaux Locaux Multidisciplinaires (RLM), ainsi que la fonction de coordinateur de zone sont les services les **moins connus** avec 27.17% de « je ne connais pas » pour les RLM et 29.01 % pour les coordinateurs de zone. Ils sont également les services les moins utilisés avec 7.69% et 8.11% parmi les services les plus utilisés. Ils sont suivis par les SISD pour la méconnaissance des services avec 19.18% de « je ne connais pas ».

Pour ce qui est de la fréquence d'utilisation, les services qui semblent être les plus utilisés sont, la livraison de repas à domicile (28%), les services de transport medio-sanitaires non urgents (26.82%), la location de matériel à domicile (24.45%) et les centres de coordination de services d'aide et de soins à domicile (CCSASD) (27.76%). Les prélèvements biologiques semblent également faire partie des services le plus utilisés (25.99%), mais une part non négligeable de répondants indique que ce service n'est pas applicable à l'exercice de leur profession (27.29%). Parmi ces services les plus utilisés, ceux que les prestataires semblent utiliser le moins sont les services d'aménagement du domicile, les conseils diététiques et bucco-dentaires, ainsi que les SISD avec respectivement 12.49%, 12.37%, 12.01% et 12.19%.

### La culture de l'interdisciplinarité

Plusieurs réponses à la **question ouverte 3**, soulignent la mise en place d'actions pour favoriser la culture de l'**interdisciplinarité** et la cohésion interprofessionnelle. Cela amène la nécessité de penser et d'outiller la communication interprofessionnelle au sein de la première ligne de soin, mais aussi entre les différentes lignes. L'importance de la **confiance** des pouvoirs publics envers les prestataires (notamment envers les réseaux locaux déjà existants), ainsi que celle entre les professionnels apparaît comme essentielle au développement d'une organisation : « *SVP, faites confiance aux réseaux informels locaux, respectez l'initiative locale, évitez de standardiser* ».

Un problème de communication avec les hôpitaux, ainsi qu'avec les médecins généralistes ressort des réponses à cette question. La nécessité du partage de l'information entre prestataires afin d'assurer la continuité des soins (e.g. plan de retour à domicile) ressort également. Ces deux thèmes sont en lien avec la nécessité de penser le temps et les outils nécessaires à la coordination interdisciplinaire.

### Le plan de soins multidisciplinaire

Le plan de soins multidisciplinaire semble être peu connu par les répondants au questionnaire, ils sont 33.98% à avoir répondu « Je ne connais pas ». 2.84% d'entre eux affirment ne jamais l'utiliser, 15.45% rarement, 20.30% parfois, 21.55% le plus souvent et 5.86% toujours. Ce constat de méconnaissance du plan de soins multidisciplinaire s'observe dans toutes les provinces.

Les professionnels qui semblent le moins connaître cet outil sont les pharmaciens (58.92%), les profils « autres-paramédicaux » (45.53%), les profils « autres » (41.09%), les aides à l'activité journalière (40.67%) et les psychologues (40.62%). A l'inverse, ce sont les assistants sociaux (33.12%), les infirmiers (28.52 %) et les médecins généralistes (24.46%) qui semblent être les plus familiers avec cette pratique.

### L'acteur à l'initiative du plan de soins multidisciplinaire et/ou de la planification d'aide à domicile

D'après les répondants, les prestataires qui semblent être le plus souvent à l'initiative du plan de soins multidisciplinaire ou de la planification d'aide à domicile sont les médecins généralistes, les coordinateurs, ainsi que les assistants sociaux. Les kinésithérapeutes et les hôpitaux/médecins spécialistes sont, quant à eux, les prestataires qui, selon les répondants, utilisent le moins cet outil. Cette distribution s'observe dans toutes les provinces sans distinction.

Quand on observe les réponses par catégorie professionnelle, il apparaît que les médecins généralistes, les assistants sociaux et les infirmiers citent leur propre catégorie professionnelle comme étant le plus souvent à l'initiative. Pour les autres professionnels, c'est le médecin généraliste qui est le plus souvent identifié comme acteur à l'initiative. Une exception apparaît pour les aides à la vie journalière, cette catégorie de professionnels identifie davantage les assistants sociaux et les coordinateurs de soins comme étant les acteurs à l'initiative du plan de soins ou de la planification d'aide à domicile.

Il ressort des réponses complémentaires que la personne à l'initiative varie d'une situation à l'autre, certains expriment un besoin de clarifier ce rôle. Les sage-femmes sont citées comme profession idéale pour coordonner les soins périnataux et les RLM comme structure idéale pour coordonner les pathologies chroniques (ex : diabète). Aussi, plusieurs réponses mentionnent l'importance du rôle des ergothérapeutes en termes d'adaptation du domicile et de l'aide à la vie journalière puisque ce sont des spécialistes dans ces domaines. Les associations de santé intégrée (ASI) au sein desquelles des réunions pluridisciplinaires s'organisent semblent permettre aux professionnels de se coordonner directement et d'initier ensemble un plan ou une planification d'aide et de soins.

Pour ce qui est de la planification d'aide à domicile, il est mentionné en commentaire que des structures existent et fonctionnent, avec pour exemple concret les centres de coordination d'aide et de soins à domicile (CCASD), au sein desquels la planification d'aide à domicile est une de leurs missions. Par ailleurs, les SISD ont également une mission de concertation (déléguée aux CCASD) via laquelle des prestataires présents peuvent être rémunérés.

Enfin, les répondants mentionnent que ces pratiques présentent des limites. En effet, il semble que celles-ci orientent le choix des prestataires qui s'organisent autour du patient et que cela peut créer des tensions avec d'autres prestataires/services auxquels le patient faisait appel initialement.

### Les acteurs à impliquer dans la planification de l'offre de soins et des services d'aide à domicile

D'après les réponses que nous observons, les acteurs qui sont le plus souvent cités comme devant être impliqués dans la planification de l'offre de soins ou la planification d'aide à domicile au sein d'une zone géographique sont les représentants de services d'aide et de soins à domicile, les représentants de médecins généralistes, les représentants d'infirmiers, ceux d'autres spécialités (para)médicales (kinésithérapeutes, dentistes, pharmaciens, etc.) et les services sociaux. Les acteurs les moins cités sont les associations de quartier, les services de promotion à la santé et les communes.

La distribution décrite ci-dessus se retrouve globalement dans les réponses des différentes catégories professionnelles, les représentants de services d'aide et de soins à domicile sont les plus souvent cités comme des acteurs incontournables à impliquer, suivis des représentants de médecins généralistes particulièrement cités par les catégories « autres », les représentants de patients et les médecins généralistes eux-mêmes. Les infirmiers citent le plus souvent leurs propres représentants, les pharmaciens quant à eux citent les représentants des autres spécialités (para)médicales ainsi que ceux des médecins généralistes.

### Les échanges d'informations entre les acteurs

Selon les répondants, les informations transmises par les prestataires hospitaliers et/ou les médecins spécialisés sont le plus souvent (42.62%) pertinentes et sont transmises parfois (35.22%) et le plus souvent (34.33%) au bon moment.

Les prestataires d'institutions semblent, d'après les réponses, transmettre des informations pertinentes parfois (37.59%) et le plus souvent (36.05%). Le moment où les informations sont transmises est parfois (40.55%) le bon.

Les autres prestataires quant à eux, semblent transmettre des informations pertinentes (38.24% ; 37.53%) et au bon moment (38.66% ; 36.29%) parfois et le plus souvent.

Selon les provinces, quelques différences ressortent concernant les réponses. Les répondants des provinces de Liège et du Hainaut mentionnent que la pertinence des informations et du moment où elles sont transmises est plus rarement rencontrée (par exemple, concernant la pertinence des informations transmises pour les prestataires des institutions nous observons : 5.92% (Liège) et 5.15% (Hainaut) contre 3.43% (Namur), 2.43% (Brabant-wallon) et 1.07% (Luxembourg) qui répondent « rarement » ; pour les autres prestataires : 5.03% (Liège), 4.85% (Hainaut), contre 2.66% (Namur), 2.01% (brabant-wallon) et 1.48% (Luxembourg). La communication avec les prestataires hospitaliers et/ou les médecins spécialisés semblent amener aux mêmes constats.

Lorsque l'on regarde plus en détails les réponses selon la catégorie professionnelle du répondant, on s'aperçoit que les médecins généralistes ont une meilleure perception de la pertinence des informations et du moment où elles sont transmises avec les prestataires hospitaliers et/ou les



médecins spécialisés en comparaison des autres catégories (16.52% des médecins généralistes estiment que l'information est « le plus souvent » pertinente alors que la proportion qui se place en deuxième position concerne les infirmiers avec 5.57%). Les aides à la vie journalière, les psychologues ainsi que les représentants de patients représentent les catégories professionnelles avec les plus faibles proportions au sein de la distribution générale pour cette réponse (« le plus souvent ») avec respectivement 0.95%, 1.36% et 0.89%. Concernant la communication avec les institutions et les autres prestataires, nous observons que comme décrit ci-dessus, les médecins généralistes se distinguent avec la plus haute proportion parmi les réponses « le plus souvent », les aides à la vie journalière, les psychologues et les représentants de patients se distinguent quant à eux par les plus faibles proportions parmi ces réponses.

#### Les moyens de communication utilisés pour transmettre les informations relatives aux patients

Les documents papiers, le téléphone et les e-mails apparaissent comme les moyens de communication les plus utilisés par les répondants (majorité des réponses dans la catégorie « le plus souvent utilisé »). Le dépôt de documents sur une plateforme numérique, l'utilisation d'un logiciel informatique et celle d'un carnet de communication semblent être les moyens de communication les moins utilisés par les répondants (majorité des réponses dans la catégorie « jamais utilisé »).

Les documents papier sont privilégiés quel que soit le mode de pratique (en groupe, en solo ou autre) ou la province dans laquelle le répondant exerce ses activités professionnelles.

#### Le carnet de communication

Cet outil semble être utilisé « le plus souvent » par les aides à l'activité journalière (35.59%), les autres professionnels (psychologues 60.42%, pharmaciens 59.82%, autres-paramédicaux 49.11%, autres 46.12%, assistants sociaux 35%, kinésithérapeutes 33.48%) ne semblent « jamais » l'utiliser. Les médecins généralistes (39.25%) et les infirmiers (37.11%) semblent « parfois » l'utiliser, comme c'est le cas également pour 28.95 % des représentants de patients ayant répondu à la question.

## E-santé

### Les e-mails

Ce mode de transmission d'information est le plus souvent utilisé par les assistants sociaux (53.75%), les autres (37.90%), les représentants de patients (34.21%) et les aides à l'activité journalière (25.42%). Ceux qui l'utilisent rarement ou jamais sont les médecins généralistes (34.41% ; 27.42%), les infirmiers (27.84% ; 28.87%), les kinésithérapeutes (28.26% ; 36.96%) et les pharmaciens (26.79% ; 26.79%).

### Les logiciels informatiques et le dépôt de documents sur une plateforme numérique

La transmission d'informations relatives aux patients semble n'être que jamais ou rarement réalisée via **des logiciels informatiques** pour les autres-paramédicaux (68.75% ; 13.39%), les kinésithérapeutes (59.57% ; 16.52%), les psychologues (56.25% ; 20.83%), les infirmiers (50.86% ; 20.96%), les pharmaciens (48.21% ; 16.07%), les aides à l'activité journalière (45.76% ; 16.95%), les autres (42.92% ; 19.18%), les représentants de patients (39.47% ; 28.95%), seuls les médecins généralistes (51.61%) semblent le plus souvent (43.01%) ou toujours (8.60%) utiliser les logiciels informatiques.

La transmission d'informations relatives aux patients via un dépôt de document sur une **plateforme numérique** n'est « jamais » utilisée par la plupart des professionnels (autres-paramédicaux 73.21%, psychologues 70.83%, assistants sociaux 67.5%, kinésithérapeutes 66.09%, aides à l'activité journalière 62.071%, infirmiers 58.42%, autres 47.49%, pharmaciens 44.64%, représentants de patients 39.45%, médecins généralistes 29.30%). Parmi ceux qui indiquent l'utiliser le plus souvent, les médecins généralistes et les pharmaciens se démarquent par rapport aux autres catégories professionnelles avec respectivement 27.42% et 26.79%.

Par ailleurs, aucune différence notable n'est observée entre les différents modes de pratique (en groupe, en solo ou autre) ou la province dans laquelle le répondant exerce ses activités professionnelles.

### L'utilisation des outils informatiques dans le cadre des activités professionnelles

Dans le cadre de leur pratique professionnelle, la majorité des répondants indique (85.75%) utiliser toujours (57.72%) ou le plus souvent (28.02%) les **e-mails et internet** parmi les outils informatiques proposés dans la question. Le **dossier patient partagé** est « toujours » et « le plus souvent » utilisé par 46.40% des répondants (31.83% et 14.57%), « jamais » par 19.84% et cela est « non applicable » pour 17.69% d'entre eux. La plateforme **masante.be**, le **Réseau Santé wallon (RSW)** et les **outils de transfert vers un autre prestataire** ne sont « jamais » utilisés par 27.02% des répondants, cela est « non applicable » pour 18.57% et sont « parfois » utilisés par 16.48% d'entre eux.

### La perception des prestataires sur leur niveau de maîtrise des outils informatiques

La majorité des répondants (91.64%) semble être à l'aise avec l'utilisation des **e-mails et d'internet**. Concernant le **dossier patient partagé**, 46.26% de notre échantillon indiquent être à l'aise avec son utilisation, 21.11% être moyennement à l'aise et/ou avoir besoin d'un peu d'accompagnement, 19.48% n'être pas à l'aise mais intéressé pour apprendre à l'utiliser. Pour ce qui est de l'utilisation de **masante.be**, du **RSW** et des **autres outils de transfert vers un autre prestataires**, 31.82% des répondants indiquent être à l'aise avec ses outils, 28.38% ne pas être à l'aise mais être intéressés pour apprendre à les utiliser, 26.39% être moyennement à l'aise et nécessiter un peu d'accompagnement dans leur utilisation.

D'après la distribution des réponses par catégorie professionnelle, 81.24% des médecins généralistes se sentent **à l'aise** avec les outils (emails/internet, dossier patient partagé, masante.be, RSW, etc.), ils sont suivis par 70.87% des pharmaciens, 51.32% des représentants de patients, 51.11% des infirmiers et 50.46% des « autres ». Parmi les prestataires qui semblent être **le moins à l'aise** avec ces outils

informatiques, nous retrouvons 30.31% des psychologues, 29.48% des « autres-paramédicaux », 22.03% des kinésithérapeutes et 21.37% des assistants sociaux. Parmi les prestataires **moyennement à l'aise** avec ces outils, nous retrouvons 27.17% des kinésithérapeutes, 22.52% des représentants de patients, 22.39% des infirmiers, 20.83% des professionnels de la catégorie « autres » et 18.32% des pharmaciens.

Parmi les prestataires qui souhaitent être **accompagnés** dans l'utilisation de ces outils, on distingue 49.19% des kinésithérapeutes, 44.38% des « autres-paramédicaux », 43.38% des infirmiers et 40.07% des psychologues (en additionnant les catégories de réponses suivantes : « je ne suis pas à l'aise et je suis intéressé à apprendre » et « je suis moyennement à l'aise j'aurais besoin d'un peu d'accompagnement »).

Parmi les prestataires qui ne sont **pas intéressés** par l'utilisation de ces outils dans leur pratique professionnelle et/ou par un accompagnement pour les maîtriser davantage, nous retrouvons 27.81% des aides à l'activité journalière, 26.07% des assistants sociaux, 26.22% des représentants de patients et 14.98% des psychologues.

La distribution des réponses par province nous indique que les prestataires qui exercent dans le Brabant wallon semblent un peu plus à l'aise dans l'utilisation de ces outils informatiques (64.95% de répondants indiquant « je suis à l'aise », contre 57.45% (Liège), 54.31% (Hainaut), 53.98% (Namur) et 53.97% (Luxembourg)).

Il n'y a pas de différence significative dans la distribution des réponses selon le mode de pratique des répondants. Toutefois, il semble que les prestataires qui travaillent « en solo » sont plus nombreux à être moyennement à l'aise (22.04%) en comparaison de ceux qui travaillent « en groupe » (16.12%) ou « autres » (18.61%). Aussi, ce sont ces deux dernières catégories qui semblent davantage « ne pas être intéressées » par l'utilisation de ces outils avec respectivement 10.33% et 11.26%, contre 5.34% de ceux qui exercent en solo.

#### L'utilisation du dossier médical global chez les médecins généralistes

Pour ceux ayant indiqués « médecin généraliste » dans leur profil d'utilisateur, des questions spécifiques au dossier médical global (DMG) étaient posées. Ainsi nous notons que pour ceux qui l'utilisent, les avantages les plus cités sont : « m'aide à avoir une vision globale de la situation de chaque patient » (17.73% des réponses), « m'aide à assurer un continuum de soins » (15.50% des réponses) et « me permet de percevoir une prime pour la gestion du dossier du patient » (13.33% des réponses). Il était possible d'ajouter des avantages complémentaires qui ne figuraient pas dans les propositions de réponses, ainsi nous notons que l'utilisation du DMG ne semble pas s'appliquer à tous les médecins généralistes. Aussi, il apparaît à plusieurs reprises que l'utilisation du DMG présente tout de même quelques risques et inconvénients à ce jour, sont mentionnés : les perturbations qu'il peut entraîner lors de la rencontre thérapeutique, la charge administrative, ainsi que les anomalies de fonctionnement et incohérences qu'il semble présenter dans sa version actuelle. Il est mentionné également que, sous réserve d'amélioration des éléments cités précédemment, cet outil pourrait être une aide non négligeable pour les médecins généralistes.

Pour les médecins généralistes ayant indiqué ne pas utiliser le DMG, cela s'explique principalement par le fait que leur pratique n'est pas informatisée ou que leur lieu d'exercice ne leur permet pas d'y avoir accès.

#### La digitalisation et la dématérialisation des données

Les suggestions liées à la **digitalisation** et la **dématérialisation** des données, mettent en avant la nécessité pour les outils, de disposer de systèmes d'exploitation inter-opérationnels : « *Il faut des*



*logiciels qui soient compatibles à une bonne communication entre prestataires afin que nous puissions avoir tous les éléments utiles pour donner aux patients les meilleurs soins ».*

Il ressort également des suggestions, que plusieurs professionnels dont les infirmiers, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les dentistes, les pharmaciens, ainsi que des profils d'aide et de soins à domicile, souhaitent disposer d'un **accès au dossier du patient** ou au moins d'avoir un accès à certains modules afin de permettre la continuité des services (inter et pluridisciplinaires) et de pallier l'absence de partage des rapports de certains professionnels. De manière plus spécifique, les dentistes et les pharmaciens mentionnent l'accès au **schéma de médication**, qu'ils travaillent en première ou en deuxième ligne.

Toutefois, certaines réponses, principalement tenues par des médecins, expriment des craintes par rapport au partage élargi du dossier du patient. Cette problématique est en lien direct avec la forme et les modalités d'accès au dossier du patient, ainsi qu'avec le respect de ses droits (sécurité des données, respect de la vie privée, etc.) et cela questionne aussi la notion de secret professionnel partagé. Il apparaît également dans les suggestions, la responsabilité de l'utilisateur et son droit d'identifier les prestataires avec lesquels il souhaite partager ses données.



## Résultats des questions ouvertes (1) et (2)

### Analyse lexicale

Les mots et les expressions qui ont été le plus souvent mentionnés sont repris dans les tableaux ci-dessous :

**Tableau 1 - fréquence des mots et expressions « Quel élément vous satisfait le plus dans votre activité professionnelle »**

Termes	Nb
Patient.e(s)	595
Avec	419
Contact(s)	356
Travail, travaillant, travaillent, travailler	161
Soin(s)	115
Relation(s)	94
Humain.e.(s), humainement	93
Personne(s)	81
Prestataire(s)	48
Bénéficiaire(s)	47
Collaborant, collaboration, collaborer	43
Liberté	42
Pluridisciplinaire(s)	35
Pouvoir	35
Satisfaction(s)	34
Social.e.(s)	33
Rencontre, rencontrent, rencontrer, rencontres	31
Professionnel.le.(s)	30
Besoin(s)	27
Confiance	27

**Tableau 2 - fréquence des mots et expressions « Qu'elle est votre plus grande difficulté au quotidien en tant que prestataire »**

Termes	nb
Manque(s)	304
Patient.e(s)	285
Administration(s), administrative(s), Administratif(s)	271
Charge(s)	179
Temp(s)	171
Travail, travailler, travaillant, travaillent	146
Prestataire(s)	138
Soin(s)	115
Médecin(s), médecine	93
Gestion(s)	72
Surcharge	63
Trop	61
Domicile(s)	59
Service(s)	59
Difficulté(s)	57
Mutuelle(s)	48
Santé	42
Spécialiste(s)	38
Medical.e.(s)	37
Disponibilité(s)	36
Pouvoir(s)	36
Reconnaissance	36
Aide(s)	35
Informatique(s)	34
Moyen(s)	34
Lourdeur(s)	32
Personne(s)	32

Au niveau du lexique exprimé pour les aspects motivationnels, tout comme les résultats d'analyse de contenu en témoignent, on observe que le focus principal se trouve autour du **patient** et des **contacts**.

Par rapport aux difficultés des prestataires, c'est le terme **manque** qui est le plus fréquemment pointé. Celui-ci est fréquemment associé au manque de professionnel, manque de moyens ou de reconnaissance salariale, manque de confiance ou de reconnaissance, manque de place dans les infrastructures (principalement MR/S ou en santé mentale). L'**administratif** est fréquemment mentionné, souvent accompagné du terme charge. Ce dernier se lie aussi à la charge professionnelle.

### Analyse de contenu

Les idées des deux questions sont présentées l'une à la suite de l'autre dans les différents thèmes. Le chiffre entre parenthèses, représente la fréquence à laquelle l'idée a été mentionnée.

#### *Motivation des prestataires*

La majorité des prestataires de santé évoquent comme motivation première des éléments liés au lien, la valorisation et la reconnaissance de leur patientèle, ce qui est exprimé en termes de **contact humain** (440), d'**accomplissement** dans la réalisation du bien-être du patient (106), la **reconnaissance** des patients (81) ou la **relation de confiance** (27). D'autres expriment plutôt la valeur perçue à travers la valeur qu'ils portent à leur métier (272), exprimant un sentiment d'**utilité** (78) et d'accomplissement (281). La **collaboration multi/pluridisciplinaire** est amenée à plusieurs reprises comme une source de motivation (48) ainsi que les **relations d'équipe** (155).

Au niveau des facteurs intrinsèques, on retrouve aussi plusieurs professionnels qui mentionnent l'**autonomie** au travail (41) et plusieurs font référence au **temps** qu'ils peuvent consacrer à leur patientèle ou à leur profession. Ces réponses sont principalement émises par des professionnels qui travaillent en maison médicale, dans une association ou un service public. Ainsi que quelques praticiens qui pratiquent en solo.

Au niveau des facteurs extrinsèques, plusieurs répondants mentionnent des éléments liés aux **politiques d'organisation et d'administration**, beaucoup d'éléments font référence à la mise en place d'actions autour d'une prise en charge globale, pluridisciplinaire et d'actions qui permettent aux prestataires de se centrer sur leurs fonctions (88).

#### *Difficultés des prestataires*

En cohérence avec les réponses à la question sur les recommandations concernant l'organisation de la première ligne (3), une des principales difficultés mentionnées est la **(sur)charge** (193) **administrative** (111) ou **professionnelle** (36). Certaines réponses mentionnent de façon explicite les risques et les effets psychosociaux, ainsi que l'impact sur la qualité des soins. Quelques répondants font aussi mention de la difficulté de **concilier vie personnelle et professionnelle** (10).

Certains mentionnent leurs difficultés d'assurer la **communication interprofessionnelle** (89) et **d'obtenir de l'information** sur le patient (35). En lien, plusieurs répondants mentionnent les difficultés de coordination interprofessionnelles, certains mentionnent spécifiquement des difficultés entre les lignes de soins, avec un focus sur la difficulté d'obtenir de l'information des hôpitaux et d'organiser les plans de soins de retour à domicile, ainsi que la communication entre services. Le besoin d'un listing des prestataires est mentionné à plusieurs reprises. La mention d'un manque de coordination entre les niveaux de pouvoirs est aussi mentionnée.

Quelques répondants mentionnent la **gestion de relation interpersonnelle** comme étant problématique (38). On mentionne des difficultés de collaboration et une difficulté d'atteindre les mutuelles pour obtenir des clarifications (48), ainsi que le comportement et l'attitude des patients et de leurs familles quelques fois mentionnés comme des difficultés (25) : absentéisme, attentes trop importantes des prestataires, niveau de littératie en santé bas, impolitesse, manque de mise en pratique des conseils donnés, etc.



La charge de travail en lien avec la **pénurie de certains professionnels** et fonctions sont mentionnés (47) : médecin généraliste, dentiste, infirmiers, santé mentale, etc. Plusieurs prestataires mentionnent la difficulté d'identifier des prestataires et des relais en santé mentale. Certains mentionnant de façon directe l'effet que cela a sur leur charge de travail et la qualité de prise en charge. Dans la même optique les difficultés de trouver des places pour **des services spécialisés** est mentionnées à plusieurs reprises, notamment pour les services de santé mentale et du handicap.

La difficulté d'assurer la mise en place de service d'aide et de soins à domicile pour suivre le plan de vie d'un patient est plusieurs fois mentionné de façon indirecte. Avec un manque de profils et de services disponibles. La **digitalisation** et les outils informatiques sont ici pointés comme des sources de frustration. On parle souvent d'outils informatiques déficients et de bug. Toutefois, plusieurs réponses mentionnent une insatisfaction liée à un manque d'utilisation des outils, entre autres, pour faciliter le partage de l'information. Le schéma de médication du réseau de soin wallon est mentionné à plusieurs reprises.