

# HUT/DIRECT/2011/AP/4

---

*Validation des propositions issues du projet sur l'amélioration de la collaboration entre le médecin généraliste et les médecins conseils et les médecins du travail pour une meilleure prise en charge des pathologies d'origine professionnelle*

PARTNERSHIP II

*Validatie van de voorstellen uit het project betreffende de verbetering van de samenwerking tussen de huisarts, de raadgevende artsen en de bedrijfsartsen voor een betere behandeling van de beroepsziekten*

PARTNERSHIP II

## Rapport final – Volume I

9 Juillet 2013

Santé au Travail et Education pour la Santé (STES)  
Université de Liège  
Prof. Ph. Mairiaux  
N. Schippers  
P. Govers



Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG)  
Université de Liège  
Prof. M. Vanmeerbeek



Afdeling Arbeids-, Milieu-, en Verzekeringsgeneeskunde  
Katholieke Universiteit Leuven  
Prof. P. Donceel  
Dr K. Mortelmans (Mensura)



# Partnership II

---

## Table des matières

1	Introduction.....	5
2	Méthodologie de l'étude.....	7
2.1	Choix de la technique de collecte des données .....	8
2.1.1	Méthode Delphi.....	8
2.1.2	Logiciel Mesydel .....	9
2.2	Construction du questionnaire.....	9
2.2.1	Questionnaire - 1 <sup>er</sup> tour Delphi.....	9
2.2.2	Questionnaire - 2 <sup>e</sup> tour Delphi .....	10
2.3	Constitution du panel d'experts.....	10
2.4	Critères de qualité des méthodes utilisées .....	13
2.4.1	Technique Delphi.....	13
2.4.2	Analyse qualitative .....	13
2.5	Critères retenus pour définir la notion de consensus .....	14
3	Premier tour Delphi.....	16
3.1	Participation au premier tour Delphi .....	16
3.2	Analyse des résultats quantitatifs : consensus versus désaccord .....	17
3.3	Analyse qualitative .....	18
4	Deuxième tour Delphi .....	19
4.1	Participation au deuxième tour Delphi .....	19
4.2	Analyse des résultats quantitatifs : consensus versus désaccord .....	20
4.3	Analyse qualitative .....	21
4.4	Evaluation de la qualité du processus de recherche.....	22
4.4.1	Technique Delphi.....	22
4.4.2	Questionnaire et analyse qualitative .....	22
5	Interprétation des résultats à partir de l'analyse des données qualitatives.....	23
5.1	Question 2 .....	23
5.2	Question 3 .....	26
5.3	Question 4 .....	27
5.4	Question 5 .....	30

5.5	Question 6 .....	34
5.6	Question 7 .....	36
5.7	Question 8 .....	37
5.8	Question 9 .....	41
5.9	Question 10 .....	42
5.10	Question 11 .....	46
5.11	Question 12 .....	46
5.12	Question 13 .....	48
5.13	Question 14 .....	51
5.14	Question 15 .....	52
5.15	Question 16 .....	54
5.16	Question 18 .....	57
6	Recommandations.....	59
6.1	Les zones d'accord pour une meilleure collaboration interprofessionnelle.....	59
6.1.1	Première proposition .....	59
6.1.2	Deuxième proposition .....	59
6.1.3	Troisième proposition .....	60
6.1.4	Quatrième proposition.....	60
6.1.5	Cinquième proposition.....	61
6.1.6	Sixième proposition.....	61
6.2	Les zones d'ombre pour une meilleure collaboration interprofessionnelle.....	61
	Lien avec les observations de la 1 <sup>ère</sup> phase de l'étude .....	61
	L'objet partagé de la collaboration potentielle.....	62
	Quel rôle confier au patient ? .....	64
	Le « Graal » de la communication électronique .....	64
	La connaissance des conditions de travail .....	64
	L'identification des médecins du travail et des médecins-conseils .....	65
6.3	Les opinions des praticiens concernés .....	65
7	Mise en perspective et conclusions .....	67
7.1	Identité professionnelle et reconnaissance .....	67
7.2	Les théories de la coopération .....	69
7.3	L'originalité de la démarche méthodologique utilisée.....	70
7.4	Les suites possibles de l'étude réalisée .....	70
8	Bibliographie.....	72

9	Annexes au rapport .....	75
	Annexe 1 : questionnaire du 1 <sup>er</sup> tour Delphi (fr) .....	75
	Annexe 2 : vragenlijst voor de eerste ronde Delphi (nl) .....	83
	Annexe 3 : questionnaire du 2 <sup>e</sup> tour Delphi (fr) .....	91
	Annexe 4 : vragenlijst voor de 2 <sup>de</sup> ronde Delphi (nl) .....	98
	Annexe 5 : Consensus et absence d'opposition de groupe (1 <sup>er</sup> tour Delphi).....	105

## Remerciements

L'équipe de recherche remercie chaleureusement les 47 experts qui ont prêté leur concours à cette phase de l'étude pour le temps qu'ils ont consacré à répondre aux propositions formulées dans l'enquête Delphi et pour les commentaires qu'ils ont rédigés pour expliciter leurs prises de position.

L'équipe de recherche remercie également Mr **Stéphane Rieppi** du laboratoire Spiral de l'ULg pour l'appui apporté aux chercheurs pour la mise en adéquation du questionnaire au logiciel Mesydel qui a permis l'administration de celui-ci via Internet.

# 1 Introduction

En 2010-2011, lors de la phase initiale de l'étude commanditée par le Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale<sup>1</sup> « *Amélioration de la collaboration entre le médecin généraliste et les médecins conseils et les médecins du travail pour une meilleure prise en charge des pathologies d'origine professionnelle* » les chercheurs ont interrogé par la méthode des groupes nominaux 74 praticiens de terrain appartenant aux trois professions médicales concernées, soit 42 médecins généralistes (MG), 16 médecins du travail (MT) et 16 médecins-conseils (MC). L'étude concluait en mars 2011 à une méconnaissance réciproque importante des différentes professions, chacune souffrant d'un manque de reconnaissance plus ou moins important de la part des deux autres. Les modalités de communication étaient particulièrement pauvres et les occasions d'échanger des points de vue, pourtant complémentaires, étaient rares.

Selon les praticiens interrogés, les modifications de pratique souhaitées en vue d'une meilleure prise en charge des pathologies d'origine professionnelle et de celles pouvant affecter le maintien du lien d'emploi devaient suivre les axes suivants :

- Une révision en profondeur des procédures de transmission des données des patients ;
- De meilleures formations initiale et continuée des médecins prenant plus en compte la nécessaire collaboration des acteurs de terrain concernés ;
- Des compétences professionnelles dans ce domaine mieux définies et opérationnalisées.

Une liste de propositions concrètes avait été soumise au SPF au terme de l'étude (tableau 1).

**Tableau 1 : Propositions soumises au SPF en 2011**

<b>1. Propositions de modifications réglementaires à court terme</b>
a. Mise en relation du médecin généraliste, du médecin du travail et du médecin conseil après une incapacité de travail de plus de trois mois
• Demande du médecin conseil
• Demande du médecin généraliste
b. Motivation des décisions des médecins conseils
c. Circulation des informations émanant du médecin du travail
• Circulation de la fiche d'évaluation de santé
• Circulation de la liste nominative des risques
• Création d'un résumé standardisé professionnel minimum
d. Site web
• Site destiné aux professionnels étrangers au champ de la santé au travail
• Bottin des adresses des professionnels

<sup>1</sup> Désigné dans le reste du rapport en tant que « SPF Emploi »

<b>2. Propositions impliquant une collaboration avec d'autres autorités ou institutions publiques</b>
a. Formation professionnelle
• Guidelines
• Formation initiale
• Formation continuée
b. Communication électronique

Avant toute mise en application éventuelle, ces propositions devaient faire l'objet, dans l'esprit des chercheurs, d'une concertation avec les représentants des professions directement concernées (associations professionnelles et syndicales, départements universitaires, sociétés scientifiques), les autorités administratives (fédérations mutualistes, Assuralia, administration des SPF Emploi et Santé publique), les partenaires sociaux (associations patronales et syndicats interprofessionnels) et les représentants des usagers des services de santé, afin d'obtenir une légitimité et s'assurer d'une adhésion large. La technique de consultation Delphi était suggérée pour cet exercice.

Suite au dépôt du rapport de cette 1<sup>ère</sup> phase d'étude, le SPF Emploi a décidé de financer une 2<sup>e</sup> phase afin de valider les propositions et cela dans le but de :

- « de déterminer celles qui sont souhaitées et qui rencontrent l'approbation du plus grand nombre d'experts, tout en étant applicables dans la pratique quotidienne des professionnels concernés ;
- d'identifier celles qui ne recueillent pas dans leur principe un niveau de consensus suffisant, ou dont l'applicabilité concrète dans la pratique est jugée trop aléatoire ;
- d'aller plus en avant dans la concrétisation des propositions faisant l'objet d'un consensus et le cas échéant d'y apporter les adaptations qui seraient jugées nécessaires
- de réfléchir sur les aspects techniques, législatifs et éthiques en rapport avec la mise en œuvre de ces propositions »<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Convention de collaboration HUT/DIRECT/2011/AP/4 : Validation des propositions issues du projet sur l'amélioration de la collaboration entre le médecin généraliste et les médecins conseils et les médecins du travail pour une meilleure prise en charge des pathologies d'origine professionnelle, p.2.

## 2 Méthodologie de l'étude

Le schéma ci-dessous permet d'avoir une vue d'ensemble sur le processus méthodologique mobilisé dans le cadre de la 2<sup>e</sup> phase de l'étude, désignée par l'acronyme « Partnership II ».

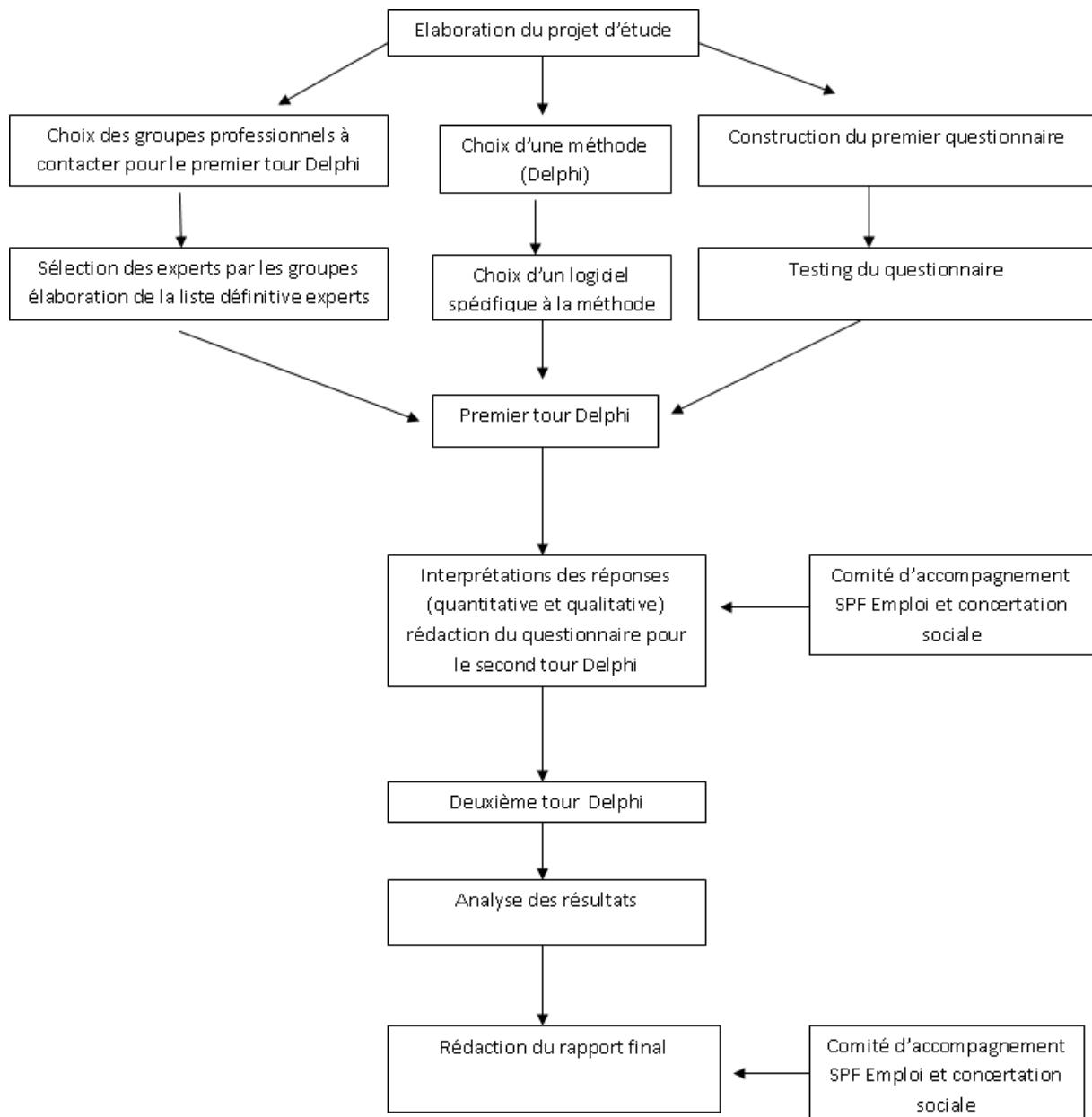


Figure 1 : Schéma de l'étude Partnership II

## 2.1 Choix de la technique de collecte des données

### 2.1.1 Méthode Delphi

Utilisée pour la première fois à des fins militaires (Forces Armées Américaines) dans les années 1950, l'usage de cette technique s'étend aux sphères académiques et entrepreneuriales au cours de la décennie suivante (J. Landeta 2006, J. Landeta & J. Barrutia 2011, C Okoli & S. D. Pawlowski 2004, C. Powell 2002). Par la suite, elle est de plus en plus mobilisée dans les recherches techniques et scientifiques comme un moyen efficace de rassembler et de traiter des informations subjectives accumulées par les experts. Actuellement, elle est d'application dans de très nombreux champs scientifiques, entre autres, celui de la médecine<sup>3</sup>.

Selon Landeta (2006, p. 468), la technique Delphi se définit aujourd'hui comme « ... *a social research technique whose aim is to obtain a reliable group opinion using a group of experts. It is a method of structuring communication between a group of people who can provide valuable contributions in order to resolve a complex problem* ».

Le contexte spécifique de l'étude commanditée par le SPF Emploi (propositions visant à améliorer les règlements et procédures en matière de collaboration interprofessionnelle dans le cas d'incapacité de travail) se prête particulièrement bien à l'utilisation de ce type de technique. Parmi ses caractéristiques, signalons :

- Processus itératif comportant des tours ou « rondes » : les experts doivent être consultés au moins deux fois sur la même problématique, de telle façon qu'ils puissent reconsidérer leur réponse, aidés par l'information qu'ils reçoivent du reste des experts ;
- Anonymat des participants : dans un contexte où les participants ont des statuts différents, la garantie d'anonymat se profile comme un élément central pour éviter toute manipulation possible d'un groupe par un autre ;
- Feedback contrôlé : l'échange d'information entre les experts n'est pas libre ; il est le fait d'une équipe de recherche.

A ce qui précède, ajoutons que l'implication directe dans ce processus d'investigation de l'autorité publique responsable pour la régulation (SPF Emploi) est un élément qui donne à l'étude de la crédibilité et de l'importance<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Voir J. Landeta (2006). Voir l'article « classique » de Jones et al. (1995). Plus récemment, une équipe de chercheurs de l'université de Glasgow (Reetoo, KN, Harrington, JM & Macdonald, EB 2005) a eu recours à la technique Delphi pour élaborer la liste des priorités des compétences que les médecins du travail devraient avoir selon les employeurs, les employés et leurs représentants. Autre exemple d'utilisation de la technique Delphi, l'étude réalisée par Langlands et al. (2008) pour déterminer les recommandations de première aide dans le cas de psychose. A cette fin, ils ont constitué un panel de 157 experts (entre patients de santé mentale, soignants et cliniciens).

<sup>4</sup> J. Landeta (2006, p.479) exprime à ce sujet : « *Having institutional support to support and guarantee the beneficial purpose for society (and not an exclusively profit-seeking aim for the team running the study) facilitates expert collaboration. This support must be visible in the acts and instruments of communication with the experts. In most cases, experts take part due to their pride and their desire to collaborate in research that benefits society* ». Voir également Kiessling et al. (2010), Janssen et al. (2012).



Pour sa part, l'équipe de recherche a veillé à ce qu'aucun risque de manipulation ne soit induit par le processus d'investigation lui-même. Pour ce faire, il était important qu'elle constitue un panel d'experts le plus ample possible. Concrètement, il fallait inviter des représentants de tous les groupes (associations de médecins, de patients, académiques, syndicats, ...) susceptibles d'être « concernés » par les propositions visant à améliorer la collaboration interprofessionnelle pour une meilleure prise en charge des pathologies d'origine professionnelle. Aussi, dans la mesure du possible, la méthodologie veut que ce soit les groupes eux-mêmes qui désignent les experts pour participer à l'étude. Enfin, l'équipe de recherche doit être très rigoureuse dans l'élaboration du questionnaire qui servira au premier tour Delphi en suivant, entre autres, les recommandations méthodologiques en vigueur dans la construction de questionnaires<sup>5</sup>.

### 2.1.2 Logiciel Mesydel

Le choix du support utilisé pour procéder aux rondes Delphi revêt une grande importance. Il doit être à la fois facile d'emploi, fiable et permettre une analyse quantitative et qualitative des données collectées (voir 2.4.2.). Après investigation, l'équipe de recherche a décidé d'utiliser le logiciel Mesydel développé par Stéphane Rieppi, sociologue et membre du laboratoire Spiral de l'ULg, et Martin Erpicum.

## 2.2 Construction du questionnaire

### 2.2.1 Questionnaire - 1<sup>er</sup> tour Delphi

Deux chercheurs ont été chargés de rédiger une première version du questionnaire. Pour ce faire, ils sont partis des recommandations mises en avant par la recherche Partnership I. Cette version a été discutée et finalisée lors d'une réunion de travail de l'équipe de recherche. La traduction de cette version du questionnaire, initialement rédigée en français, a été assurée par N.S. et a été relue par P.D. Ensuite, elle a fait l'objet d'une contre-traduction par une personne d'expression néerlandophone afin d'assurer la concordance totale entre les deux versions linguistiques du questionnaire<sup>6</sup>.

La dernière version du questionnaire a été pré-testée auprès de différents groupes professionnels :

- Partie francophone : un usager des soins de santé, deux médecins du travail<sup>7</sup>, deux médecins généralistes, un médecin-conseil, un délégué syndical<sup>8</sup> et un chercheur en sciences sociales ;
- Partie néerlandophone : un membre d'une association de patient et deux médecins du travail.

Il convient de souligner que lors de l'élaboration du questionnaire, les chercheurs ont pointé l'importance de prendre en compte le principe d'intéressement pour assurer un taux maximum de

---

<sup>5</sup>François De Singly (2012). *Le questionnaire. L'enquête et ses méthodes (3e édition)*, Armand Colin, coll. « 128 » ; Isabelle Parizot (2012). *L'enquête par questionnaire*. In Serge Paugam (sous la direction de). *L'enquête sociologique pp.*. Paris : PUF

<sup>6</sup> Sur la traduction d'un questionnaire en une autre langue, voir Bouchard, S. & Cyr, C. (Sous la direction de)(2005). *Recherche psychosociale. Pour harmoniser recherche et pratique*. Québec : Presse de l'université du Québec, pp. 292-293.

<sup>7</sup> Notons que deux autres médecins du travail avaient été contactés mais ils n'ont pas répondu à notre sollicitation.

<sup>8</sup> Un autre délégué syndical avait été sollicité mais, pour des raisons de temps, il n'a pu nous renvoyer le questionnaire.

participation. En d'autres termes, il convient de rendre la participation à l'étude attractive, en insistant, entre autres, sur l'actualité et les enjeux que la problématique traitée soulève<sup>9</sup>.

Dans le cas de Partnership II, tant dans la lettre d'invitation à participer à l'étude que dans les contacts directs avec les experts, l'équipe de recherche a mis en avant l'importance du sujet traité (l'aménagement du cadre réglementaire existant en matière de collaboration interprofessionnelle) et l'importance de participer aux rondes Delphi<sup>10</sup>.

Après les dernières modifications de forme et l'ajout d'une clause de confidentialité dans l'introduction, la version définitive du questionnaire a été adoptée le 5 avril 2012<sup>11</sup>. Le questionnaire, repris aux annexes 1 et 2, se compose de 18 questions : les 15 premières comportent une échelle de Likert (cinq positions) ainsi qu'un espace pour des commentaires<sup>12</sup> ; les 3 dernières sont strictement qualitatives, c'est-à-dire que l'expert est invité à exprimer comment il voit la mise en œuvre concrète d'une proposition (par exemple le développement de la communication électronique).

### 2.2.2 Questionnaire - 2<sup>e</sup> tour Delphi

Suite à la clôture du premier tour Delphi et à l'analyse des réponses quantitatives et qualitatives, l'équipe de recherche a dégagé les propositions qui faisaient l'objet d'un consensus et celles qui ne le faisaient pas (voir chapitres 2, 4 et 5). Ces dernières ont été reformulées en fonction des commentaires émis lors du premier tour par les participants et les membres du comité d'accompagnement (voir 2.4.2.), pour tenter d'augmenter le niveau de consensus.

Il est important de signaler que le questionnaire révisé pour le 2<sup>e</sup> tour n'a pas été pré-testé avant sa mise en ligne sur le logiciel Mesydel. Néanmoins, il a été relu par l'ensemble des membres de l'équipe de recherche ainsi que par Stéphane Rieppi. Le second questionnaire se compose de 18 questions dont quatre de nature qualitative.

## 2.3 Constitution du panel d'experts

La première étape a consisté à dresser une liste des institutions à inclure dans la consultation Delphi (tableau 2).

---

<sup>9</sup> Comme l'écrit Akrich, « *Que le sort d'un projet dépende des alliances qu'il permet et des intérêts qu'il mobilise, explique pourquoi aucun critère, aucun algorithme ne permettent d'assurer à priori le succès. Plutôt que de rationalité des décisions, il faut parler de l'agrégation d'intérêts qu'elles sont ou non capables de produire. L'innovation c'est l'art d'intéresser un nombre croissant d'alliés qui vous rendent de plus en plus fort* ». Akrich, M., Callon, M. et Latour, B. (1988). A quoi tient le succès des innovations ? 1. L'art de l'intéressement, Gérer et comprendre. *Annales des Mines*, 11, pp. 4-17. Voir également l'article classique de Michel Callon (1986).

<sup>10</sup> Voir à ce sujet J. Landeta, J. Barrutia (2011 :137).

<sup>11</sup> Sur l'importance de la confidentialité, voir De Singly, F. (2008). *L'enquête et ses méthodes. Le questionnaire*. Paris : Armand colin, pp. 64-85.

<sup>12</sup> Voir annexe n°1

**Tableau 2 : Liste d'institutions à contacter pour l'étude Partnership II**

<b>Médecins généralistes</b>	
Départements universitaires de médecine générale Universitaire Huisartsgeneeskunde centra	Fédération des maisons médicales (FMMCSF) Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)
Forum des Associations de Généralistes (FAG)	
Syndicats médicaux / Artsensyndicaten : <ul style="list-style-type: none"> <li>• ABSyM / BVAS</li> <li>• Cartel</li> </ul>	Société scientifique de Médecine générale (SSMG) Domus Medica
<b>Médecins du travail</b>	
Société Scientifique de Santé au Travail (SSST) Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Arbeidsgezondheidsgeneeskunde (VWVA)	Vereniging van externe diensten voor preventie en bescherming op het werk – Association des services externes de prévention et de protection au travail (CoPrev) Vereniging Voor Interne Bedrijfsartsen - Association des Médecins du Travail Internes (VVIB-AMTI)
Association Professionnelle Belge des Médecins du Travail (APBMT) / Belgische Beroepsvereniging voor Arbeidsgeneesheren (BBvAg)	
<b>Médecins-conseil</b>	
Association Scientifique de Médecine d'Assurance (ASMA) Wetenschappelijke Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (WVV)	Belgische Vereniging van Geneesheren-specialisten in de Verzekeringsgeneeskunde en de Medische Expertise (BVGME) / Société Belge des Médecins Spécialistes en Médecine d'Assurance et Expertise Médicale (MedExpert)
<b>Assureurs-loi</b>	
Beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen	Union professionnelle des entreprises d'assurance (Assuralia)
<b>Fonction publique</b>	
Administration SPF Emploi, Travail et Concertation sociale / FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg	eHealth
Fonds des maladies professionnelles (FMP) / Fonds voor de beroepsziekten (FBZ)	Fonds des Accidents du Travail (FAT) / Fonds voor Arbeidsongevallen (FAO)
INAMI (service des soins de santé et service des indemnités) / RIZIV (Dienst voor geneeskundige verzorging en dienst voor uitkeringen)	
<b>Usagers</b>	<b>Représentants syndicaux</b>
Ligue des usagers des Services de Santé (LUSS) Vlaams Patiëntenplatform (VPP)	Syndicats interprofessionnels : CSC / ACV ; FGTB / ABVV ; CGSLB / ACLVB
<b>Représentants des employeurs</b>	
Union Wallonne des Entreprises (UWE) Vlaams Netwerk van Ondernemingen (VOKA)	Union des Classes Moyennes (UCM) Unie van Zelfstandige Ondernemers (UNIZO)
Fédération des Entreprises de Belgique (FEB) / Verbond van Belgische Ondernemingen (VBO)	

Une fois les institutions listées, le nombre d'experts à consulter a été établi (tableau 3).

**Tableau 3 : Nombre d'experts pressentis par organismes d'affiliation à inviter à la ronde Delphi**

Catégories d'experts participant à la ronde Delphi	Nombre d'experts			
	FR	NL	FR/NL	Sous Total
Départements Universitaires de Médecine Générale	3	4		
FAG	1	1		
Syndicats médicaux (Absym, Cartel)	2	2		
SSMG/Domus Medica	1	1		
Fédération des maisons médicales/VWGC	1	1		
				17
SSST / VWVA (Assoc. scientifiques des méd du travail)	2	2		
CoPrev / VVIB (Org. prof. des SEPP et SIPP)	2	2		
Org. prof. médecins du travail (APBMT/BBVAG)	1	1		
				10
Assoc. Scientifiques médecins-conseil (ASMA / WVV)	5	5		
				10
B.G.V.M.E. (Vereniging van private verzekeraars)	2	2		
Assuralia	1	1		
				6
Administration SPF Emploi			3	
Administration SPF Santé publique			1	
eHealth			1	
Fonds des maladies professionnelles (FMP-FBZ)			1	
Fonds des Accidents du travail (FAT-FAO)			1	
INAMI/RIZIV (AMI et secteur indemnités)			2	
Medex	1			
				10
Associations de patients (LUSS / VPP)	1	2		
Travailleurs (syndicats interprofessionnels)	4	3		
Union des classes moyennes / UNIZO	1	1		
UWE / VOKA	1	1		
Fédération des entreprises de Belgique (FEB/VBO)	2	1		
				17
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>30</b>	<b>9</b>	<b>70</b>

Les membres académiques de l'équipe de recherche se sont réparti les contacts à établir, pour aboutir à une liste de personnes à contacter pour chaque organisation pressentie.

Après un intense travail de réseautage, le nombre définitif d'experts participant à l'étude Partnership II est de 61 personnes. Il est à souligner que, dans la mesure du possible, ce sont les associations et/ou groupes professionnels qui ont désigné eux-mêmes les experts pour participer à l'étude<sup>13</sup>.

## 2.4 Critères de qualité des méthodes utilisées

### 2.4.1 Technique Delphi

Suite à la revue de littérature effectuée, nous reprenons ci-dessous les indicateurs et les instruments mobilisés pour évaluer la qualité d'une enquête de type Delphi :

- Qualité et stabilité du panel d'experts : on considère qu'un taux d'abandon au premier tour de 20 à 30% est acceptable (Bardecki, 1984) ;
- Temps écoulé entre le premier et le second tour Delphi : celui-ci ne doit pas être trop long (moins de deux mois) afin que les experts ne se démotivent et abandonnent le deuxième tour Delphi ou bien qu'ils ne changent complètement leur opinion et/ou que dans le décours de temps entre la fin du premier tour et le début du second, des changements législatifs importants n'aient eu cours (J. Landeta 2006, J. Landeta & J. Barrutia 2011) ;
- Qualité et intensité de la participation ;
- Existence d'un comité d'accompagnement.

Dans ce contexte, il convient d'explicitier le choix de l'équipe de recherche de n'effectuer que deux tours Delphi au lieu des trois généralement prévus dans la littérature. Plusieurs raisons peuvent être avancées. La première est d'ordre méthodologique. L'équipe de recherche considère que les groupes nominaux organisés durant la phase I de l'étude (Partnership 1) ont été le lieu de l'élaboration des propositions en vue d'améliorer la collaboration interprofessionnelle, temps indispensable pour ensuite convier les experts à donner leur avis. En général, le premier tour Delphi constitue ce moment d'élaboration consensuelle. Par la suite, les deux autres tours Delphi mettent en discussion ces propositions. Le schéma méthodologique (Groupe nominal –Delphi en deux tours) qui a été appliqué ici est d'usage courant dans les études sur les soins de santé.<sup>14</sup> Une deuxième raison tient aux résultats du 2<sup>e</sup> tour Delphi ; comme il n'a pas permis d'avancée majeure en matière de consensus (voir résultats au chapitre 4), il ne semblait pas justifié de procéder à un tour supplémentaire.

### 2.4.2 Analyse qualitative

Le travail d'analyse des données comporte deux volets, l'un quantitatif, l'autre qualitatif. Concernant le volet quantitatif, il s'agit essentiellement de collationner les cotations (échelle de Likert) que les experts ont émises pour chacune des propositions reprises dans le questionnaire.

Pour ce qui est du volet qualitatif, l'objectif est de mettre à plat les éléments justifiant le désaccord. Quels sont les éléments (et leurs interrelations) qui sont en lien avec le rejet de telle ou telle proposition ?

---

<sup>13</sup> Cela a été le cas pour : les syndicats, les associations de patients, la fédération des maisons médicales, la société scientifique de santé au travail et Assuralia. Comme le rappelle le sociologue Michel Callon (1986, p.193), savoir « *Qui parle au nom de qui ? Qui représente qui ?* » est crucial pour tout processus d'investigation.

<sup>14</sup> Voir Palisano et al. (2008), Alessandrini et al. (2010), Kiessling et al. (2010), Magalhaes et al. (2010), Fernández Sueiro et al. (2011), Gómez Reino (2011), Martín Mola et al. (2011), Piram et al. (2011), The Cobatrice collaboration (2011), Janssen et al. (2012) et Sayal et al. (2012).

L'analyse du désaccord nous semble un élément particulièrement pertinent à prendre en compte pour notre étude. D'une part, cette analyse est indispensable pour reformuler les propositions qui sont présentées au deuxième tour. D'autre part, la compréhension en profondeur des éléments en lien avec le désaccord (tant du premier tour que du deuxième tour Delphi) s'avère des plus intéressantes pour le pouvoir subsidiant au moment de traduire les propositions dans des textes à caractère légal ou réglementaire.

Spécifions maintenant la nature de l'analyse qualitative entreprise. Le corpus<sup>15</sup> sur lequel elle porte est constitué uniquement des commentaires émis par les experts. Quant à la technique d'analyse de ce corpus, le logiciel Mesydel inclut la possibilité de « tagger » les réponses qualitatives données par les experts. Le « tagging » est une forme de catégorisation, technique que l'on retrouve en analyse de contenu<sup>16</sup>. Les chercheurs lisent les commentaires des experts en les catégorisant, c'est-à-dire en définissant des thèmes (unité de sens)<sup>17</sup>. Cette catégorisation des commentaires en thèmes constitue la structure même à partir de laquelle une interprétation du manque d'accord est entreprise.

La validité de l'analyse qualitative se fonde sur la triangulation, soit le fait que plusieurs chercheurs participent à la collecte et à l'interprétation des données<sup>18</sup>. On reconnaît que la triangulation a été effective quand chaque chercheur a joué un rôle important dans l'étude, quand l'expertise de chacun est différente et quand le biais disciplinaire de chaque chercheur peut être bien identifié dans chacune des études.

Dans le cadre de cette étude, la triangulation a été une stratégie permanente de validation de l'analyse. Ainsi, les deux chercheurs en charge de l'analyse du matériau qualitatif sont de formation différente (pour l'un, psychologie du travail et pour l'autre, anthropologie). De plus, à plusieurs reprises, ces chercheurs ont eu recours au service d'un chercheur d'une autre spécialité (médecine du travail, médecine générale, ou médecine d'assurance).

## 2.5 Critères retenus pour définir la notion de consensus

Définir le seuil de consensus revêt une importance particulière dans l'étude commanditée. En effet, sur base des propositions ayant fait l'objet d'un consensus, le pouvoir subsidiant sera amené à promulguer des textes ou des recommandations pour améliorer la collaboration interprofessionnelle dans la prise en charge des pathologies d'origine professionnelle.

---

<sup>15</sup> Par corpus, on se réfère, en suivant Laurence Bardin (2007, p. 127), à « ...l'ensemble des documents pris en compte pour être soumis aux procédures analytiques ».

<sup>16</sup> Voir à ce propos l'ouvrage classique de Laurence Bardin (2007) ; Paillé, P. & Mucchielli, A. (2010). Rappelons que l'analyse de contenu vise, en suivant Blanchet et Gotman (2009 :89), deux objectifs : « stabiliser le mode d'extraction du sens et produire des résultats répondant aux objectifs de la recherche ».

<sup>17</sup> La sociologue Lilian Negura (2006 :5) exprime à ce propos : « Le but de l'analyse thématique comme méthode d'analyse de contenu est de repérer les unités sémantiques qui constituent l'univers discursif de l'énoncé. Dans ces conditions, il s'agit de produire une reformulation du contenu de l'énoncé sous une forme condensée et formelle. Pour réaliser cette tâche, on procède en deux étapes : le repérage des idées significatives et leur catégorisation ».

<sup>18</sup> On parle également d'herméneutique collective. L'objectif de cette méthode est de mettre en perspective les représentations sociales sur une problématique donnée. Ainsi, un groupe de chercheurs se réunit pour partager la lecture qu'ils ont à propos d'un matériau textuel recueilli et arriver à un consensus sur l'interprétation de celui-ci. Voir à ce propos Michel MOLITOR, *L'herméneutique collective*, dans Jean REMY, Danielle RUQUOY (sous la direction de), *Méthodes d'analyse de contenu et sociologie*, Bruxelles, Facultés universitaires Saint Louis, 1990, pp. 19 - 35.

La revue de littérature met en évidence qu'il n'existe pas de guidelines universellement acceptés en matière de seuil de consensus ; certains auteurs (Keeney, 2006: 210) considèrent que 75% d'opinions favorables constitue un seuil minimal. Dans la présente étude, nous avons préféré suivre les critères repris par Green et al. (1999: 202) et Langlands et al. (2008 :437) pour déterminer le consensus :

- a. Existence d'un consensus à partir de 80% et plus de réponses favorables<sup>19</sup> ;
- b. Absence de position négative dans un groupe professionnel particulier. Si dans un des groupes d'experts, une proposition est unanimement rejetée, alors la proposition n'a pas obtenu de consensus, elle est donc rejetée et elle sera à nouveau soumise, moyennant modification, à l'ensemble du panel d'experts lors du deuxième tour Delphi.

---

<sup>19</sup> Ce seuil de consensus est celui utilisé dans les recherches en soins de santé, voir par exemple Palisano et al. (2008), Piram et al. (2011), Janssen et al. (2012) et Sayal et al. (2012).

### 3 Premier tour Delphi

#### 3.1 Participation au premier tour Delphi

Le premier tour Delphi s'est ouvert le 17 avril 2012 et a été clôturé le 21 mai 2012. Soixante et un experts ont reçu une invitation et 47 ont participé effectivement (tableau 4). Ce taux de participation élevé (77%) est le résultat d'un travail important de relance de la part des deux chercheurs. Les contacts par mail et téléphone ont renforcé le principe d'intéressement, le sentiment de l'importance et de l'intérêt à participer à l'étude, l'avis de chacun et de chacune étant jugé unique et équivalent pour l'adoption par l'autorité publique de mesures visant à faciliter la collaboration interprofessionnelle<sup>20</sup>.

Tableau 4 : Taux de participation au 1<sup>er</sup> tour Delphi par groupes d'experts

Groupe d'experts	FR	NL	Participation	Participation
Médecins généralistes (MG)	6	3	9/12	19,1%
Médecins du travail (MT)	5	5	10/11	21,3%
Médecins conseils (MC)	3	6	9/9	19,1%
Assureurs-loi (A.L.)	1	1	2/2	4,2%
Fonction publique (F.P.)	5	3	8/11	17,1%
Représentants syndicaux (Synd.)	3	1	4/5	8,5%
Représentants employeurs (Employ.)	2	1	3/6	6,4%
Citoyens patients (C.P.)	1	1	2/5	4,2%
Total	26	21	47/61	100%

Il est intéressant de souligner que les trois groupes d'experts (MG, MT et MC) les plus concernés par la problématique sont représentés dans une proportion relativement similaire. Quant aux autres groupes d'experts, on pointera la participation conséquente de représentants de diverses institutions de la fonction publique. De même, les représentants des employeurs et des organisations syndicales ont un certain poids. Les groupes d'experts les moins représentés sont les citoyens patients et les assureurs-lois. Cela est dû, entre autres, au fait qu'ils sont très souvent sollicités et que, pour ce qui est des associations de patients, les permanents des associations sont en nombre réduits<sup>21</sup>.

<sup>20</sup> Comme le soulignent Landeta et Barrutia (2011:137) « *Time and personalized attention devoted to each expert may provide another credible signal of the importance of the consultation* ».

<sup>21</sup> Communication personnelle aux chercheurs.



## 3.2 Analyse des résultats quantitatifs : consensus versus désaccord

Le tableau ci-dessous permet de visualiser les questions pour lesquelles un consensus a été observé parmi l'ensemble des experts consultés, et celles pour lesquelles il n'y a pas eu consensus<sup>22</sup>. Les pourcentages affichés, question par question, se rapportent à l'opinion positive des experts en regard de la question posée<sup>23</sup> (tableau 5).

Tableau 5 : Consensus ou absence de consensus Premier tour Delphi (en %)

logiciel Mesydel (Questions )	Consensus	Pas consensus
1 (question 1.1. en version papier)	80,9%	
2 (question 1.2. en version papier)	83%	
3 (question 1.3.en version papier)		56,5%
4 (question 2.1.en version papier)		74,5%
5 (question 2.2.en version papier)		53,2%
6 (question 3.1.en version papier)		63,8%
7 (question 3.2.en version papier)		63%
8 (question3.3.en version papier)		63%
9 (question3.4.en version papier)		78,3%
10 (question 4.1.en version papier)	85,1%	
11 (question 4.2.en version papier)		57,4%
12 (question 5.1.en version papier)	97,8%	
13 (question 5.2.en version papier)	89,4%	
14 (question 5.3.en version papier)	95,7%	
15 (question 6.1.en version papier)	85,1%	

A la lecture de ce tableau, il apparait clairement qu'une série de propositions font l'objet d'un consensus, il s'agit de :

- autoriser le **médecin-conseil** à demander une visite du travailleur chez le médecin du travail pendant l'incapacité de travail (Q1, questionnaire 1.1.) ;
- autoriser le **médecin généraliste** à demander une visite du travailleur chez le médecin du travail pendant l'incapacité de travail (Q2, questionnaire 1.2);
- le site Internet du SPF devrait abriter à l'intention des médecins non spécialistes de la santé au travail une rubrique spécifique reprenant des informations pratiques concernant les

<sup>22</sup> Rappelons que les 15 premières questions comportaient une échelle de Likert alors que les trois dernières questions portaient uniquement sur la mise en œuvre d'une proposition (développement de la communication électronique)

<sup>23</sup> Rappelons que lorsqu'il y a consensus (80% et plus de taux de réponses favorables), il a été vérifié qu'il n'existait pas au sein de chaque groupe d'experts de position négative. Voir annexe 1. Consensus et absence d'opposition de groupe (1<sup>er</sup> tour Delphi).

missions du médecin du travail et l'organisation de la prévention et la protection en milieu du travail (Q.10, questionnaire 4.1);

- les représentants des médecins généralistes, des médecins du travail et des médecins-conseils élaborent des recommandations communes en matière de prise en charge des patients en absence de longue durée et de réinsertion professionnelle (Q.12, questionnaire 5.1.) ;
- introduire la collaboration interprofessionnelle parmi les compétences transversales enseignées dès la formation initiale en médecine (Q.13, questionnaire 5.2.);
- favoriser la collaboration interprofessionnelle par la formation continuée des médecins généralistes, des médecins du travail et des médecins-conseils (Q.14, questionnaire 5.3.);
- le développement de la communication électronique entre les trois professions concernées contribuera à améliorer la collaboration interprofessionnelle (Q.15, questionnaire 6.1.).

Les propositions qui ne font pas l'objet de consensus sont les suivantes :

- autoriser le médecin généraliste et/ou le médecin-conseil à demander une visite du travailleur chez le médecin du travail pendant l'incapacité de travail : si cette proposition fait consensus au sein des experts, toutefois, il y a absence de consensus pour la durée minimum de l'incapacité de travail pour que cette demande soit recevable (Q.3, questionnaire 1.3.) ;
- donner la possibilité au médecin généraliste de demander une copie du rapport motivant la décision du médecin-conseil concernant l'incapacité de travail de son patient (Q.4, questionnaire 2.1.) ;
- le patient devrait marquer son accord pour une transmission du rapport du médecin-conseil à son médecin généraliste (Q.5, questionnaire 2.2.) ;
- le médecin du travail devrait transmettre le formulaire d'évaluation de santé au médecin généraliste du travailleur (Q.6, questionnaire 3.1.) ;
- le médecin du travail devrait transmettre au médecin généraliste du travailleur l'extrait de la « liste nominative des risques » qui concerne son patient (Q.7, questionnaire 3.2.) ;
- le médecin du travail devrait transmettre au médecin généraliste du travailleur une description résumée (1 page A4 maximum) de l'activité exercée par le patient au sein de l'entreprise (Q.8, questionnaire 3.3.) ;
- constitution d'un résumé centralisé des risques professionnels encourus par le travailleur durant l'ensemble de sa carrière professionnelle, sur la base des informations recueillies lors des examens médicaux périodiques en médecine du travail (Q.9, questionnaire 3.4.) ;
- le site Internet du SPF Emploi devrait proposer un bottin des coordonnées de contact des médecins généralistes, des médecins du travail et des médecins-conseils (Q.11, questionnaire 4.2.).

### 3.3 Analyse qualitative

L'analyse qualitative des désaccords est reprise en détail dans le chapitre 5, qui présente de façon synthétique l'analyse des deux tours de la procédure Delphi pour toutes les questions qui n'ont pas fait l'objet d'un consensus au 1<sup>er</sup> et/ou au 2<sup>e</sup> tour.

## 4 Deuxième tour Delphi

### 4.1 Participation au deuxième tour Delphi

Le deuxième tour Delphi s'est ouvert le 29 juin et a été clôturé le 25 septembre 2012. Seuls les experts ayant participé au premier tour Delphi – soit 47 experts – ont été invités au deuxième tour. De ces 47 experts, seuls trois n'ont pas participé (tableau 6). Ce taux de participation élevé (93,6%) est le résultat d'un travail intense de relance de la part des deux chercheurs.

Tableau 6 : Taux de participation au 2<sup>e</sup> tour Delphi par groupes d'experts

Groupe d'experts	FR	NL	Participation (nombre absolu)	Participation (%)
Médecins généralistes (MG)	5	3	8/9	18,2%
Médecins du travail (MT)	5	5	10/10	22,7%
Médecins conseils (MC)	3	6	9/9	20,4%
Assureurs-loi (A.L.)	1	1	2/2	4,6%
Fonction publique (F.P.)	3	3	6/8	13,6%
Représentants syndicaux	3	1	4/4	9,1%
Représentants employeurs	2	1	3/3	6,8%
Citoyens patients (C.P.)	1	1	2/2	4,6%
Total	23	21	44/47	100%

Il est intéressant de souligner que lors du 2<sup>e</sup> tour Delphi, la contribution relative de chaque groupe d'experts à l'ensemble du panel est restée relativement similaire à celle du 1<sup>er</sup> tour (tableau 7). Le seul groupe d'experts pour lequel on note une certaine diminution dans la participation est celui de la fonction publique. Le fait que la participation des groupes d'experts les plus concernés par cette étude (MG, MT et MC) se maintient à un niveau fort proche de celui observé au 1<sup>er</sup> tour est important : d'une part, cela confirme l'intérêt de ces professionnels pour la thématique traitée, de l'autre, c'est le gage d'une cohérence méthodologique ; autrement dit, cela autorise la comparaison entre les schémas interprétatifs établis à partir des réponses qualitatives du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>ème</sup> tour.

Tableau 7 : Comparaison de la participation de chaque groupe d'experts entre le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>e</sup> tour Delphi (en %)

Groupe d'experts	Tour 1	Tour 2
Médecins généralistes (MG)	19,1%	18,2%
Médecins du travail (MT)	21,3%	22,7%
Médecins conseils (MC)	19,1%	20,4%
Assureurs-loi (A.L.)	4,2%	4,6%
Fonction publique (F.P.)	17,1%	13,6%
Représentants syndicaux (Synd.)	8,5%	9,1%
Représentants employeurs (Employ.)	6,4%	6,8%
Citoyens patients (C.P.)	4,2%	4,6%
Total	100%	100%

## 4.2 Analyse des résultats quantitatifs : consensus versus désaccord

Le tableau 8 ci-dessous permet de visualiser les questions pour lesquelles il y a consensus parmi l'ensemble des experts consultés et celles pour lesquelles il n'y a pas consensus<sup>24</sup>. Les pourcentages affichés, question par question, se rapportent à l'opinion positive des experts en regard de la question posée<sup>25</sup>.

Tableau 8 : Consensus ou absence de consensus lors des 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> tours Delphi (en %)

Questions du tour 1	Pourcentage consensus	Questions du tour 2	Pourcentage Consensus
1 (questionnaire 1.1)	80,9%		
2 (questionnaire 1.2)	83%		
3 (questionnaire 1.3)	Qualitatif	Question 1	90,9%
4 (questionnaire 2.1)	74,5%	Question 2	75%
5 (questionnaire 2.2)	53,2%	Question 4	40,9%
6 (questionnaire 3.1)	63,8%	Question 5	59,1%
		Question 6	62,8%
7 (questionnaire 3.2)	63,0%	Question 8	65,9%
8 (questionnaire 3.3)	63,0%	Question 10	63,6%
		Question 12	62,8%
9 (questionnaire 3.4)	78,3%	Question 13	69,8%
		Question 14	67,4%
		Question 15	44,2%
10 (questionnaire 4.1)	85,1%		
11 (questionnaire 4.2)	57,4%	Question 16	74,4%
		Question 17	80,5%
		Question 18	64,3%
12 (questionnaire 5.1)	97,8%		
13 (questionnaire 5.2)	89,4%		
14 (questionnaire 5.3)	95,7%		
15 (questionnaire 6.1)	85,1%		

Il apparaît que le deuxième tour Delphi a permis de dégager un consensus autour de seulement deux propositions supplémentaires :

- le médecin généraliste ou le médecin-conseil devraient pouvoir demander une visite du travailleur chez le médecin du travail si cela est utile ou nécessaire pour sa réinsertion professionnelle, quelle que soit la durée de l'incapacité de travail (Q.1).

<sup>24</sup> Rappelons que les 15 premières questions comportaient une échelle de Likert alors que les trois dernières questions portaient uniquement sur la mise en œuvre d'une proposition (développement de la communication électronique)

<sup>25</sup> Rappelons à nouveau que lorsqu'il y a consensus (80% et plus de taux de réponses favorables), il a été vérifié qu'il n'existait pas au sein de chaque groupe d'experts de position négative. Voir annexe 2. Consensus et absence d'opposition de groupe (2<sup>e</sup> tour Delphi).

- l'INAMI devrait fournir sur son site les coordonnées des médecins-conseils de toutes les mutuelles (Q.17).

Il convient toutefois de souligner les éléments suivants :

- pour ce qui est de la première proposition acceptée, on constate que par rapport à sa version originale (Partnership 1 : le droit de provoquer la visite de pré-reprise soit étendu au médecin-conseil et au médecin généraliste pour toute absence-maladie dépassant 3 mois (ou 92 jours), celle qui reçoit le soutien de l'ensemble des professionnels de santé contient deux précisions importantes (absentes de la version originale) : 1) la demande est en correspondance avec son utilité pour la réinsertion professionnelle du travailleur et 2) dans ce cas, peu importe la durée de l'incapacité de travail du travailleur ;
- pour ce qui est de la seconde proposition acceptée, par rapport au 1<sup>er</sup> tour, le consensus est établi sur une formulation plus restrictive (seules les coordonnées des MC seraient répertoriées) et plus précise (le site qui aurait la charge de fournir les coordonnées des MC est celui de l'INAMI) ; il n'y pas eu consensus en effet sur la mise à disposition des coordonnées des médecins du travail.

Les propositions suivantes soumises au deuxième tour n'ont pas obtenu de consensus :

- le patient devrait marquer son accord pour une transmission du rapport du médecin-conseil à son médecin généraliste ;
- le médecin du travail devrait transmettre le formulaire d'évaluation de santé au médecin généraliste du travailleur ;
- le médecin du travail devrait transmettre au médecin généraliste du travailleur l'extrait de la « liste nominative des risques » qui concerne son patient ;
- le médecin du travail devrait transmettre au médecin généraliste du travailleur une description résumée (1 page A4 maximum) de l'activité exercée par le patient au sein de l'entreprise ;
- constituer un résumé centralisé des risques professionnels encourus par le travailleur durant l'ensemble de sa carrière professionnelle, sur la base des informations recueillies lors des examens médicaux périodiques en médecine du travail ;
- le site Internet du SPF devrait proposer un bottin des coordonnées de contact des médecins généralistes, des médecins du travail et des médecins-conseils.

### 4.3 Analyse qualitative

L'analyse qualitative des désaccords est reprise en détail dans le chapitre 5. Ce chapitre présente de façon synthétique l'analyse des deux tours de la procédure Delphi pour toutes les questions qui n'ont pas fait l'objet d'un consensus au 1<sup>er</sup> et/ou au 2<sup>e</sup> tour.

## 4.4 Evaluation de la qualité du processus de recherche

### 4.4.1 Technique Delphi

Pour rappel, les critères de qualité retenus pour cette technique sont au nombre de quatre (voir 2.4.1).

Le premier a trait au taux d'abandon dans le décours de l'enquête Delphi. Un taux d'abandon au premier tour de 20 à 30% est acceptable. Dans le cas de l'étude Partnership II, le taux d'abandon est de 23% au 1<sup>er</sup> tour et seulement de 6,4% lors du 2<sup>ème</sup> tour. De ce point de vue, on peut conclure que cette étude a rencontré pleinement ce critère de qualité.

Pour ce qui est du deuxième critère retenu, il concerne le temps écoulé entre le premier et le second tour Delphi. Un peu plus d'un mois s'est écoulé entre la clôture du 1<sup>er</sup> tour (21/05/2012) et l'ouverture du second tour (29/06/2012). On considère que ce laps de temps est relativement court et n'a donc pas de conséquence sur la motivation des experts à participer (attesté par un taux de participation assez exceptionnel au 2<sup>ème</sup> tour). Enfin, dans toute la durée du processus d'étude, aucune réforme importante portant sur la problématique analysée n'a eu lieu.

Troisième critère mobilisé, la qualité et l'intensité de la participation. On constate que les professionnels de santé les plus concernés par la problématique ont montré, tout au long des deux tours Delphi, une participation élevée et dans des proportions très similaires, chacun des groupes d'experts (MG, MT et MC) participant à une hauteur d'1/5<sup>e</sup> du total du panel d'experts. Rappelons que la participation élevée des experts est le fruit d'un intense travail de relance de la part des chercheurs.

Le dernier critère, l'existence d'un comité d'accompagnement s'est avérée, du point de vue de la triangulation de l'analyse, un utile espace de discussion des résultats intermédiaires et finaux.

### 4.4.2 Questionnaire et analyse qualitative

Pour ce qui est du questionnaire du 2<sup>e</sup> tour Delphi, les résultats de l'analyse quantitative et qualitative amènent à penser que la reformulation des propositions issue de l'interprétation des chercheurs (et validée par les membres de l'équipe de recherche) n'a pas, pour certaines propositions (i.e. Q.5), débouché sur un plus ample consensus dans le chef des experts consultés. Cette absence de changement constaté en fin de 2<sup>e</sup> tour traduit peut-être des intuitions erronées de l'équipe de recherche lorsqu'elle a reformulé les propositions à l'issue du 1<sup>er</sup> tour Delphi<sup>26</sup>.

Quant à l'analyse qualitative elle-même, la stratégie de triangulation a bien été présente tout au long du processus de recherche.

---

<sup>26</sup> Par exemple, la formulation « connues comme susceptibles de causer des altérations de la santé à long terme » incluse dans la question 15 du 2<sup>e</sup> tour Delphi (*Pensez-vous qu'un tel résumé des expositions professionnelles du travailleur devrait être limité à un nombre restreint d'expositions professionnelles, soit celles connues comme susceptibles de causer des altérations de la santé à long terme ?*) peut susciter le débat s'il y a un manque de consensus sur les conséquences de l'exposition.

## 5 Interprétation des résultats à partir de l'analyse des données qualitatives

Dans cette partie du rapport, nous analysons les réponses qualitatives émises par les experts au temps 1 (1<sup>er</sup> tour Delphi) et au temps 2 (2<sup>ème</sup> tour Delphi) pour les questions qui n'ont pas obtenu de consensus, ni au temps 1 ni au temps 2.

Procéder de la sorte rend plus explicite le processus évolutif que connaissent les propositions listées à la fin de la première étude (Partnership I) et celles qui, en fin de la seconde (Partnership II), sont l'objet de consensus (sans ou avec des modifications). En d'autres termes, il s'agit ici de laisser trace de la généalogie d'un processus d'élaboration propositionnelle.

### 5.1 Question 2

#### *Q.4 dans le 1<sup>er</sup> tour Delphi, en version électronique = Q. 2.1*

Proposition soumise à délibération (premier tour Delphi):

***Donner la possibilité au médecin généraliste de prendre contact avec le médecin conseil pour demander à celui-ci une copie du rapport motivant sa décision concernant l'incapacité de travail de son patient.***

Comme le montre le tableau 9, au 1<sup>er</sup> tour Delphi, 35 experts sur 47 (74,5%) ont marqué leur accord sur cette proposition; 10 ne sont pas d'accord (21,3%) et 2 ne se sentent pas concernés (4,2%).<sup>27</sup>

Tableau 9 : Q4 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecins Généralistes (MG)	9			9
Médecins Travail (MT)	8		2	10
Médecins Conseil (MC)	5	4		9
Assureurs-loi (A. L.)		2		2
Fonction Publique (F. P.)	7	1		8
Représentants syndicats (Synd.)	4			4
Représentants employeurs (Employ.)	1	2		3
Citoyens patients (C.P.)	1	1		2
Ensemble des groupes	35	10	2	47

Des 10 experts en désaccord avec la proposition, 9 ont commenté leur réponse ; ci-dessous, les « tags » des commentaires :

- Monde différent (C.P.)

<sup>27</sup> Si l'on exclut du panel d'experts les deux (tout deux médecins du travail) qui ont déclaré ne pas être concerné par cette proposition, le niveau de consensus augmente, il passe de 74,5% à 77,8%, mais reste inférieur au seuil des 80%.

- Demande écrite MG/MC, motivation du MT, secret médical (A.L.)
- Différence M.C. (les mutuelles et les assureurs loi) (A.L.)
- Informel MG/MC, patient passeur (MC)
- Charge de travail, informel MG/MC (Employ.)
- Procédure existante (Employ.)
- Rapport réinsertion (MC)
- Si désaccord (F.P.)
- Conformité loi, informel MG MC (MC)

Ces différents commentaires peuvent se regrouper de la façon suivante<sup>28</sup> : certains experts pensent que le contact doit se faire de façon informelle afin d'éviter une surcharge de travail et/ou de respecter le rôle du patient dans l'interaction entre MG et MC. D'autres commentent qu'il conviendrait de limiter la proposition aux cas de réinsertion au travail. A partir de ces données, l'équipe de recherche a fait le choix de reformuler la proposition en la centrant sur le cadre légal existant.

Reformulation de la proposition (deuxième tour Delphi) :

« Sachant qu'actuellement, le certificat d'incapacité de travail destiné au médecin-conseil de la mutuelle comporte seulement une mention qui permet au médecin généraliste de demander une prise de contact en cas de contestation de l'acceptation de l'incapacité de travail,

***Pensez-vous qu'il serait utile d'étendre cette possibilité de demander une prise de contact au-delà de ce qui est prévu actuellement ? »***

La lecture du tableau 10 montre que sur 44 répondants au 2<sup>e</sup> tour, 33 experts (75%) ont exprimé leur accord, 9 (20,5%) leur désaccord, et deux (4,5%) se sont déclarés pas concernés.<sup>29</sup>

**Tableau 10 : Q2 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre**

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecins Généralistes (MG)	6	2		8
Médecins Travail (MT)	7	1	2	10
Médecins Conseil (MC)	7	2		9
Assureurs-loi (A.L.)	1	1		2
Fonction Publique (F.P.)	5	1		6
Représentants syndicaux (Synd.)	4			4
Représentants employeurs (Employ.)	2	1		3
Citoyens patients (C.P.)	1	1		2
Ensemble des groupes	33	9	2	44

<sup>28</sup> Voir la figure 2 pour le schéma interprétatif.

<sup>29</sup> Si on met de côté les deux experts qui se sont déclarés « pas concerné » (2 MT), le taux d'accord est de 78,6%. La proposition ne fait donc pas l'objet de consensus.



Parmi les neuf experts qui ne sont pas d'accord, deux (un MC et un FP) n'ont pas fait de commentaires. Notons que tous les groupes d'experts ont émis des commentaires sauf celui des syndicats. Les « tags » des commentaires sont les suivants :

- Accord patient, copie patient (CP) ;
- Déontologie professionnelle, rôle central patient (A.L.) ;
- Reprise (M C) ;
- Conformité loi (M G) ;
- Accord patient, informel MGMC (M T) ;
- Communication patient (M G) ;
- Procédure existante (Employ.).

Lors du 1<sup>er</sup> tour Delphi, le taux d'accord obtenu était de 74,5%, et il est de 75% lors du 2<sup>e</sup> tour. Le 2<sup>e</sup> tour n'a donc pas permis une avancée significative. L'analyse interprétative montre un glissement dans les foyers de tension entre les deux tours (figures 2 et 3).

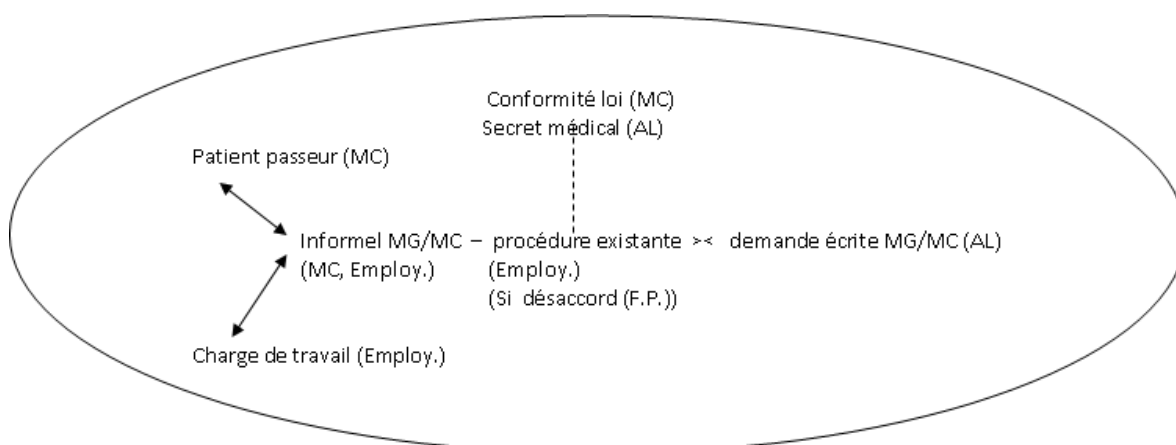


Figure 2 : Schéma interprétatif 1er tour Delphi

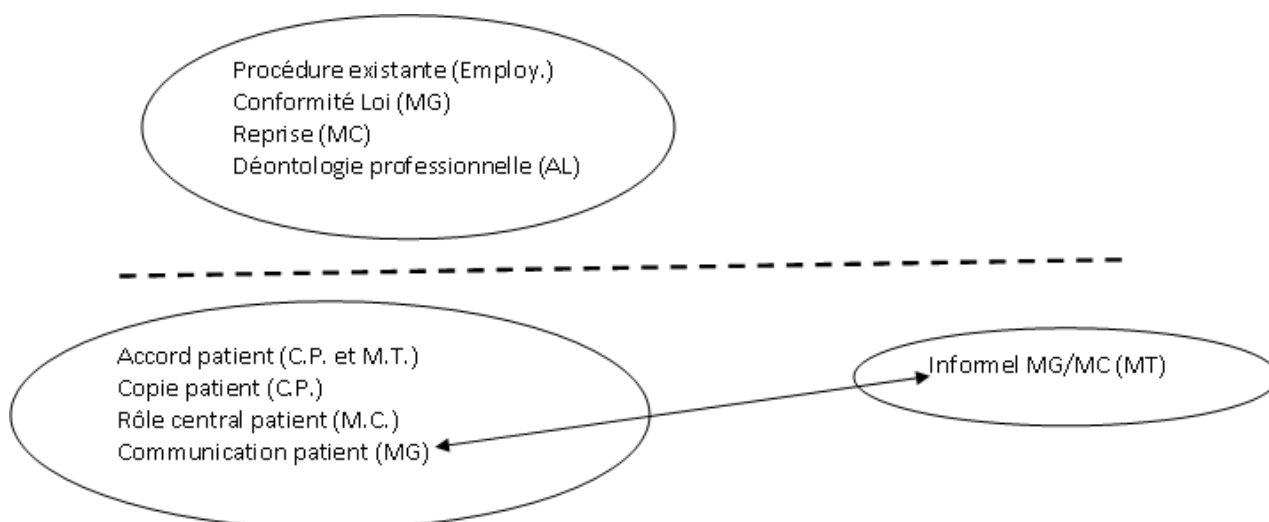


Figure 3 : Comparaison de deux schémas interprétatifs Q. 4 (1<sup>er</sup> tour)/ Q.2 (2<sup>e</sup> tour)

L'axe de tension identifié auparavant (mise en œuvre/contexte de la demande) a évolué vers une autre configuration. D'un côté on se réfère à une procédure existante et au « carcan légal », de l'autre la figure du patient est évoquée de manière importante. Non seulement il s'agit d'obtenir son accord mais il serait aussi, aux dires des MG et des MT, un acteur clé dans la demande d'une copie du rapport de la décision du MC.

Une autre lecture possible consiste à considérer les commentaires des MT et MC comme autant de prétextes (conformité à la loi, rôle central du patient, communication patient, contact informel entre MC et MG) mis en avant pour masquer l'enjeu principal : la collaboration interprofessionnelle. On pourrait labelliser cette façon d'esquiver la thématique étudiée en recourant à des arguments prétextes comme un **processus d'évitement**.

Ce type de lecture, comme on le verra dans la suite de l'analyse, peut s'appliquer de manière récurrente à d'autres propositions. Elle met bien en évidence l'intérêt réel pour la problématique traitée mais également les difficultés qui la caractérisent.

Quoi qu'il en soit, il faut conclure qu'une demande exprimée avec force par les MG lors de la 1<sup>ère</sup> phase de l'étude n'atteint pas un niveau de consensus suffisant selon les critères définis.

## 5.2 Question 3

### *Q.4 dans le 1<sup>er</sup> tour Delphi, en version électronique = Q.2.1*

La question 3 porte sur la mise en œuvre de la proposition précédente (une demande de prise de contact – du MG vers le MC – au-delà de ce qui est prévu actuellement). Elle est libellée de la façon suivante :

**Comment pensez-vous que cette mesure pourrait être réalisée ?**

Dans les réponses qualitatives de mise en œuvre de la proposition précédente (Q 2), les éléments procéduraux de mise en œuvre les plus fréquemment cités sont (par ordre décroissant) : la communication électronique, la standardisation, le SUMEHR, les coordonnées ; eHealth, carnet, dossier électronique, banque carrefour.

Tableau 11 : Q3 Propositions de mise en œuvre

communication électronique	6
accord patient	5
reprise	3
SUMEHR	2
coordonnées	2
standardisation	2
pas systématique	2

Le fait que certains experts pointent à nouveau la nécessité d'avoir l'accord du patient, qu'il existe une procédure et qu'elle ne doit être activée qu'en cas de désaccord entre MG et MC, renforce l'analyse interprétative de la question précédente, à savoir le fait que les experts recourent peut-être à des arguments prétextes (processus d'évitement).

### 5.3 Question 4

Q.5 dans le 1<sup>er</sup> tour Delphi, en version électronique = Q.2.2

Proposition soumise à délibération (premier tour Delphi):

**Le patient devrait marquer son accord pour une transmission du rapport du médecin-conseil à son médecin généraliste.**

A la lecture du tableau 12, on constate que 25 experts (53,2%) sont d'accord avec cette proposition, 18 (38,3%) y sont opposés et 4 (8,5%) ne se sentent pas concernés.

Tableau 12 : Q5 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecins Généralistes (MG)	6	3		9
Médecins Travail (MT)	3	4	3	10
Médecins Conseil (MC)	4	4	1	9
Assureurs-loi (A.L.)	2			2
Fonction Publique (F.P.)	6	2		8
Représentants syndicaux (Synd.)	2	2		4
Représentants employeurs (Employ.)		3		3
Citoyens patients	2			2
Ensemble des groupes	25	18	4	47

Sur les 18 experts, 8 (2 MC, 3 Empl, 1MT, 1 FP, 1 Syn) ne font pas de commentaires. Les « tags » des commentaires sont les suivants :

- Rôle central MG, sans accord patient (MT)
- Rôle central MG (MC)
- Si attestation MG (MC)
- Sans accord patient (MT)
- Secret médical (MT)
- Paternalisme MG (MG)
- Accord patient automatique, charge administrative, DMG (FP)
- Confiance Patient MG (MG)
- Confiance Patient MG (MG)
- Accord patient automatique (syndicaliste)

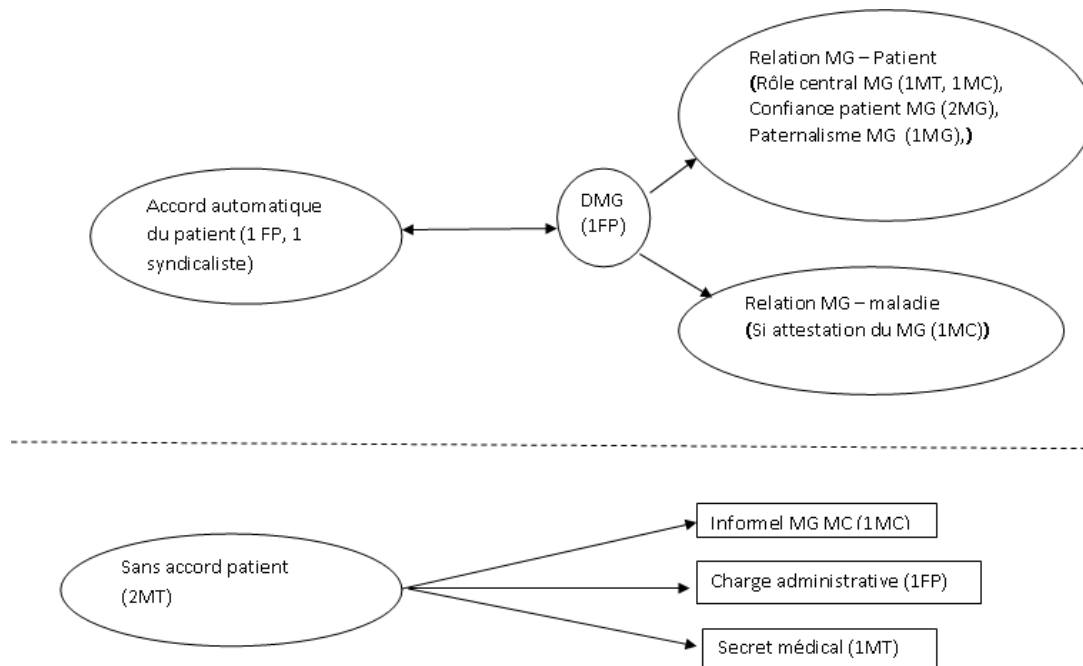


Figure 4 : Schéma interprétatif Q.5 (1<sup>er</sup> tour Delphi)

Parmi les 18 experts (38,3%) qui s'opposent à ce que le patient doive marquer son accord pour une transmission du rapport du MC à son MG, une partie estime que cet accord est donné de façon automatique ou implicite via la demande du DMG chez son MG. D'autres commentent que si c'est le MG qui a prescrit l'incapacité de travail, il est logique qu'il reçoive les rapports qui y sont liés. D'autres enfin pensent que la transmission peut se faire sans l'accord du patient ; le MC et le MG peuvent se contacter de façon informelle, ce qui diminue aussi la charge administrative.

A partir de ces données, l'équipe de recherche a fait le choix de reformuler la proposition en y incluant l'existence du DMG.

***Lorsqu'un dossier médical global (DMG) existe avec un médecin généraliste, pensez-vous qu'il est nécessaire de demander systématiquement l'accord du patient pour la transmission du rapport du médecin-conseil à son médecin généraliste ?***

Il importe de rappeler qu'à partir de l'analyse des commentaires émis au 1<sup>er</sup> tour Delphi, un nouvel élément a été introduit dans la proposition : le DMG. L'existence du DMG suppose que le patient a donné son accord écrit (renouvelé annuellement) pour l'échange d'information entre son MG et les spécialistes qu'il a consultés<sup>30</sup>. En tenant compte de ce fait, il semble logique de comparer le pourcentage des experts qui au 1<sup>er</sup> tour ont demandé un accord explicite du patient pour la transmission du rapport du MC au MG (53.2%), avec le pourcentage des experts (40.9%) qui au 2<sup>e</sup> tour se sont prononcés en faveur d'un accord systématique du patient malgré l'existence d'un DMG. Vu sous cet angle, on constate que le niveau de consensus a été nettement modifié par l'inclusion du

<sup>30</sup> Voir [http://www.inami.fgov.be/citizen/fr/medical-cost/SANTH\\_4\\_2.htm](http://www.inami.fgov.be/citizen/fr/medical-cost/SANTH_4_2.htm)

DMG dans la proposition, sans atteindre toutefois un niveau d'accord suffisant pour accepter la proposition.

En analysant le tableau 13, on constate que sur 44 répondants, 18 experts (40,9%) ont exprimé leur accord, 23 (52,3%) leur désaccord et trois (6,8%) se sont déclarés pas concerné.

**Tableau 13 : Q4 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre**

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecins Généralistes (MG)	4	4		8
Médecins Travail (MT)	3	6	1	10
Médecins Conseil (MC)	4	4	1	9
Assureurs-loi (A.L.)	2			2
Fonction Publique (F.P.)	2	4		6
Représentants syndicaux (Synd.)	1	2	1	4
Représentants employeurs (Employ.)		3		3
Citoyens patients (C.P.)	2			2
Ensemble des groupes	18	23	2	44

Parmi les 23 experts qui ne sont pas d'accord, 15 (2 syndicalistes, 2 MG, 3 MT, 3 employeurs, 3 MC et 2 FP) n'ont pas fait des commentaires. Nous n'analyserons ici que les commentaires des experts qui se sont prononcés en faveur de la systématique de la demande d'accord du patient. Parmi les 18 experts qui ont marqué leur accord, 9 (un AL, 3 MC, 2 MG, un MT, un FP et un synd.) n'ont pas fait de commentaires.

En comparant ce tableau au précédent (tableau 12), nous constatons que l'opposition relevée lors du premier tour persiste : d'un côté les groupes d'experts CP et AL restent sur leurs points de vue (demander l'accord du patient à chaque fois). Le groupe d'experts MC continue à être partagé (50% d'accord vs 50% pas d'accord). Les groupes d'experts (MT, Employ. et Synd.) sont plus favorables à la proposition tandis que le consensus a diminué au sein du groupe d'experts MG.

Tags des commentaires :

- Confiance PT MG (CP) (le DMG ne reflète pas nécessairement qu'il y ait une relation de confiance entre MG et Pt donc c'est mieux de systématiquement demander l'accord) ;
- Confiance PT MG (CP) (demander systématiquement l'accord du patient c'est protéger le patient) ;
- Confiance PT MG (MG) (demander systématiquement l'accord du patient permet d'augmenter la relation de confiance entre MG et PT) ;
- Confiance PT MG (FP) (demander systématiquement l'accord car la relation entre un MG et un PT peut être très sporadique même s'il existe un DMG) ;
- Accord automatique (MC) ;
- Accord éclairé (MT) (le patient doit savoir quelles sont les implications découlant de l'existence du DMG) ;
- Conformité loi (MT) ;
- Responsabiliser le PT (AL) ;

- Respect patient (MG) ;

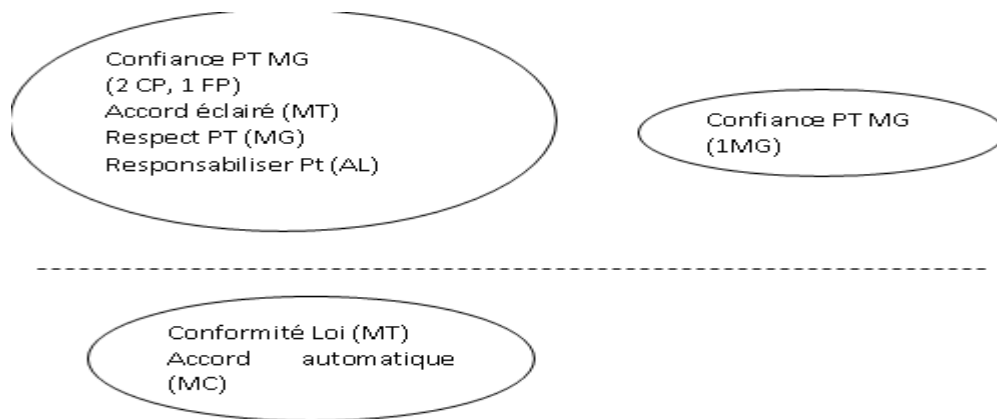


Figure 5 : Schéma interprétatif Q.5

Les deux commentaires en dessous de la ligne pointillée ne sont pas pris en compte dans l'analyse car, d'une certaine façon, ils n'éclairent en rien la problématique (figure 5). Bien plus, les experts MT et MC seraient, par la nature de leurs commentaires, à comptabiliser avec les experts ayant exprimé leur désaccord sur la systématique de la demande d'accord du patient dans le cas où un DMG existe.

Le noyau nodal semble se constituer autour de l'image du patient, en tant qu'être humain réflexif et impliqué, de ses droits (A) et de la qualité de la relation entre patient et médecin généraliste (B). Il est intéressant de souligner que cette vision est partagée par différents groupes d'experts dont les MG et les MT.

Dans le chef des experts de tous bords – à l'exception notable des CP – la confiance que le patient place dans son médecin traitant pour gérer l'ensemble de ses données de santé ne semble pas s'étendre aux questions administratives liées à la santé.

## 5.4 Question 5

*Q.6 dans le 1<sup>er</sup> tour Delphi, en version électronique = Q.3.1*

Proposition soumise à délibération (premier tour Delphi) :

***Le médecin du travail devrait transmettre le formulaire d'évaluation de santé au médecin généraliste du travailleur***

Comme on le constate à la lecture du tableau 14, au 1<sup>er</sup> tour Delphi, 30 experts (63,8%) sur 47 ont marqué leur accord sur cette proposition. Quinze (32%) ne sont pas d'accord et 2 (4,2%) ne se sentent pas concernés.

Tableau 14 : Q6 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecins Généralistes (MG)	8	1		9
Médecins Travail (MT)	2	8		10
Médecins Conseil (MC)	7	1	1	9
Assureurs-loi (A.L.)	1		1	2
Fonction Publique (F.P.)	6	2		8
Représentants syndicaux (Synd.)	3	1		4
Représentants employeurs (Employ.)	1	2		3
Citoyen patient (C.P.)	2			2
Ensemble des groupes	30	15	2	47

Des 15 experts en désaccord avec la proposition, 10 ont commenté leur réponse. Les « tags » des commentaires sont les suivants :

- Patient passeur, shopping médical (MT) ;
- Charge administrative, DMG, proposition procédure (MT) ;
- Accord patient automatique, contenu formulaire, inutile, proposition procédure, rôle du MT (MT) ;
- Inutile, procédure existante (MT) ;
- Inutile, carte SIS (MT) ;
- Inutile (MT) ;
- Patient passeur (MG) ;
- Collaboration interprofessionnelle, informel MG-MT, responsabilité patient (MT) ;
- Contenu formulaire (syndicat) ;
- Responsabilité patient (employ.).

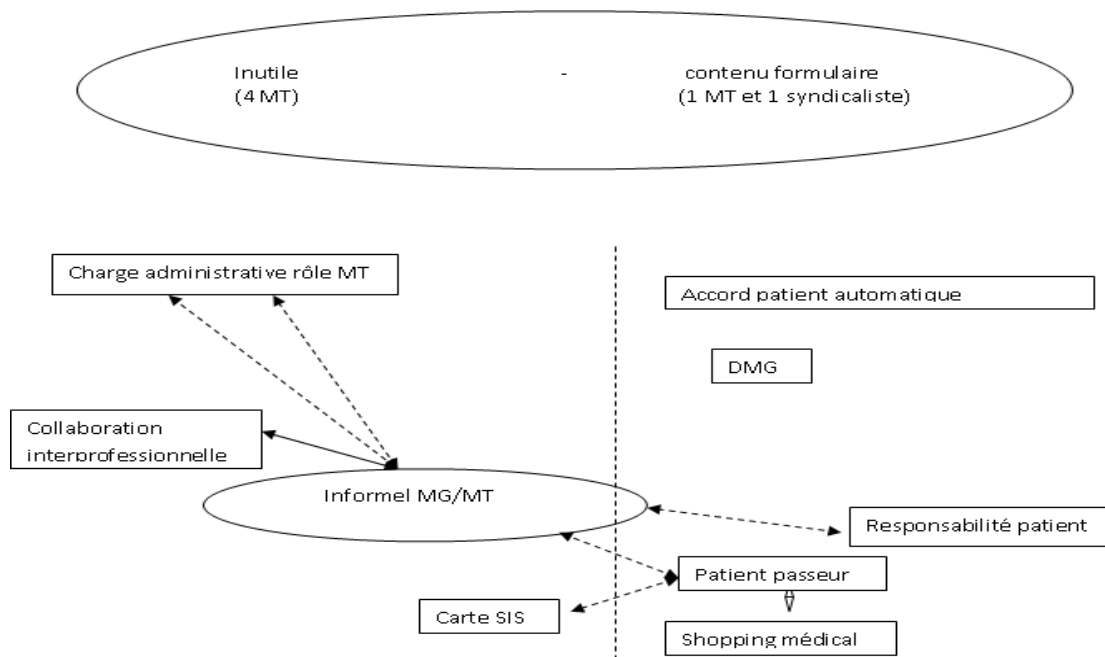


Figure 6 : Schéma interprétatif Q6 (1<sup>er</sup> tour Delphi)

Parmi les 15 experts qui s'opposent à cette proposition, 8 appartiennent au groupe d'experts médecins du travail. Selon l'ensemble des experts en désaccord, le médecin du travail ne devrait pas transmettre le formulaire d'évaluation de santé au médecin généraliste du travailleur car, soit cette démarche est inutile, soit le contenu du formulaire n'est pas adéquat. Pour d'autres, cette démarche devrait se faire de façon informelle, et différentes raisons sont invoquées : d'une part celles qui mettent en avant une surcharge de travail administratif et, de l'autre, celles qui s'articulent autour du patient (responsabilité patient, patient passeur).

A partir de ces données, l'équipe de recherche a fait le choix de reformuler la proposition en trois temps (Q.5, Q.6 et Q.7).

La première reformulation (Q5) (2<sup>e</sup> tour Delphi) est la suivante:

*« A la sixième question du 1<sup>er</sup> tour Delphi, 32% des participants, dont une majorité de médecins du travail, ont estimé que le médecin du travail ne devrait pas transmettre le formulaire d'évaluation de santé au médecin généraliste du travailleur. Ils pensent que cette démarche est inutile, que le contenu du formulaire ne s'y prête pas. Pour d'autres, cette démarche devrait se faire de façon informelle, et différentes raisons sont invoquées : « une surcharge de travail administratif », « c'est la responsabilité du patient », « le patient doit être le passeur de l'information ».*

Sachant en outre que :

1. à l'issue des évaluations de santé prévues par la réglementation, le médecin du travail (MT) remplit un formulaire d'évaluation de santé dont le format est déterminé par la loi ;



2. que sur ce formulaire, le médecin indique sa décision : « aptitude/inaptitude du travailleur », ou « aptitude moyennant certaines restrictions », ou « demande de mutation à un autre poste de travail » ;
3. que ce formulaire ne contient pas d'information médicale, mais que par contre les coordonnées du médecin du travail y figurent et qu'il est remis au travailleur à l'issue de l'examen avec copie à l'employeur ;

**Pensez-vous que la transmission au médecin généraliste du travailleur du formulaire d'évaluation de santé, portant l'identification du médecin du travail, faciliterait la communication ultérieure entre ces deux médecins ?**

Lors du premier tour Delphi, le taux d'accord obtenu était de 63,8%. A la lecture du tableau 15, on remarque que sur 44 répondants au 2<sup>e</sup> tour, 26 experts (59,1%) ont exprimé leur accord, 11 (25%) leur désaccord et sept (15,9%) se sont déclarés pas concernés.

**Tableau 15 : Q5 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre**

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecins Généralistes (MG)	8			8
Médecins Travail (MT)	3	7		10
Médecins Conseil (MC)	5	1	3	9
Assureurs-loi (A.L.)	1		1	2
Fonction Publique (F.P.)	5	1		6
Représentants syndicaux (Synd.)	3		1	4
Représentants employeurs (Employ.)	1	2		3
Citoyens patients (C.P.)			2	2
Ensemble des groupes	26	11	7	44

Tous les experts en désaccord (n=11) ont commenté leurs réponses. Les « tags » des commentaires sont les suivants :

- Inutile (2 MT) ;
- Responsabilité PT, système banque carrefour (MT) ;
- Informatisation, efficacité, inutile (MT) ;
- EHealth, (MT ; MT) ;
- Responsabilité PT (FP ; MT ; MT ; MT) ;
- Rôle central MC (MC) ;
- Charge administrative, responsabilité pt (employeur) ;
- Contenu formulaire (employeur) ;

Avant d'analyser les commentaires, pointons que les groupes d'experts (MG, MT et MC) concernés au premier chef par cette étude n'affichent pas une position uniforme quant à la proposition : le groupe des MG est unanime dans son accord, le groupe des MC est un peu plus nuancé. C'est au sein du groupe des experts MT que le désaccord reste toujours le plus prégnant (comparé au 1<sup>er</sup> tour Delphi).

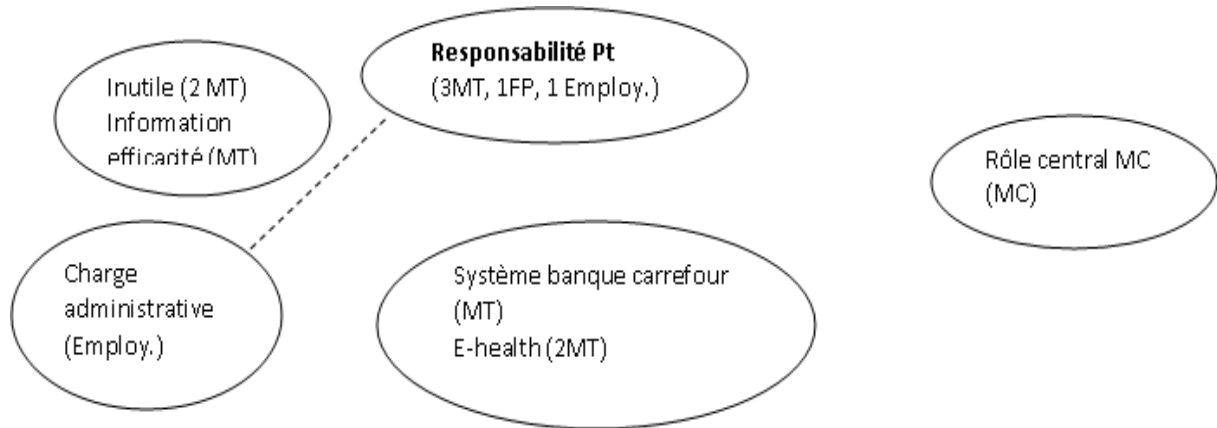


Figure 7 : Schéma interprétatif Q.5

Un des objectifs qui sous-tend cette proposition constitue le cœur même de l'étude commanditée (amélioration de la collaboration interprofessionnelle en cas d'incapacité de travail du travailleur). Or force est de constater ici qu'une des raisons évoquées de façon itérative par les experts opposés à la transmission du formulaire d'évaluation de santé consiste à mettre en avant la responsabilité du patient dans cette transmission. On attribue donc au patient la fonction de vecteur en l'investissant de la charge d'améliorer la collaboration interprofessionnelle, tout en évitant de parler de la responsabilité de l'émetteur du message.

Les experts nous parlent d'autre chose que de l'amélioration de la communication dans leurs commentaires. On peut se demander si la question a été bien comprise dans la mesure où elle n'a pas été pré-testée dans cette version.

Les autres raisons évoquées peuvent également se lire comme autant de prétextes mis en avant pour masquer l'enjeu principal : la collaboration interprofessionnelle. Ainsi, sont successivement évoqués, le manque de temps (charge administrative), l'intérêt de le faire (inutile) ou encore la mise en avant d'outils existants (banque carrefour, eHealth). On retrouve ici le **processus d'évitement** déjà évoqué lors de l'analyse de la question 2. Ce processus d'évitement se retrouve particulièrement bien illustrée par les commentaires des experts en désaccord concernant la question seize (est-il utile que le site web du SPF Emploi propose un registre des coordonnées de contact des médecins du travail ?).

## 5.5 Question 6

### Q.6 dans le 1<sup>er</sup> tour Delphi, en version électronique = Q.3.1

Deuxième temps de la même proposition concernant la transmission du formulaire d'évaluation de santé (deuxième tour Delphi) :

***Pensez-vous que la transmission du formulaire d'évaluation de santé au médecin généraliste du travailleur est utile lorsque la décision prise par le médecin du travail constitue pour le travailleur une restriction d'aptitude ou une inaptitude ?***

Lors du 1<sup>er</sup> tour Delphi, la proposition n'avait pas été formulée. Dès lors, on ne peut comparer le taux d'accord obtenu au 1<sup>er</sup> tour et au 2<sup>e</sup> tour Delphi. Comme on le voit au tableau 16, sur 43 répondants<sup>31</sup>, 27 experts (62,8%) ont exprimé leur accord, 11 (25,6%) leur désaccord et cinq (11,6%) se sont déclarés pas concernés.

**Tableau 16 : Q6 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre**

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecins Généralistes (MG)	6	2		8
Médecins Travail (MT)	4	6		10
Médecins Conseil (MC)	5		3	8
Assureurs-loi (A.L.)	1		1	2
Fonction Publique (F.P.)	5	1		6
Représentants syndicaux (Synd.)	3		1	4
Représentants employeurs (Employ.)	1	2		3
Citoyens patients (C.P.)	2			2
Ensemble des groupes	27	11	5	43

Tous les experts en désaccord ont commenté leurs réponses. Les « tags » des commentaires sont les suivants :

- Pratique MG (MT) ;
- Responsabiliser pt (MT) ;
- Responsabilité pt, système banque carrefour (MT) ;
- EHealth, proposition procédure (MT);
- Charge administrative, responsabilité pt, vision globale (FP) ;
- Pt passeur, responsabilité pt (MT) ;
- Charge administrative, inutile (MG) ;
- Charge administrative, procédure existante, réformer la profession MT 32 (MT) ;
- Charge administrative, pt passeur, responsabilité pt (employ.) ;
- Contenu formulaire (employ.).

Avant de passer à l'analyse interprétative, relevons la forte opposition de la part du groupe d'experts MT : six médecins du travail sur dix marquent leur désaccord quant à l'utilité de la transmission **du formulaire d'évaluation de santé au médecin généraliste.**

<sup>31</sup> Un MC n'a pas coché de réponse quantitative (échelle de Likert) mais a émis un commentaire.

<sup>32</sup> Ce code « reformuler profession MT » concerne en fait les modalités de la fonction du MT qui seraient, selon le médecin du travail à réformer.

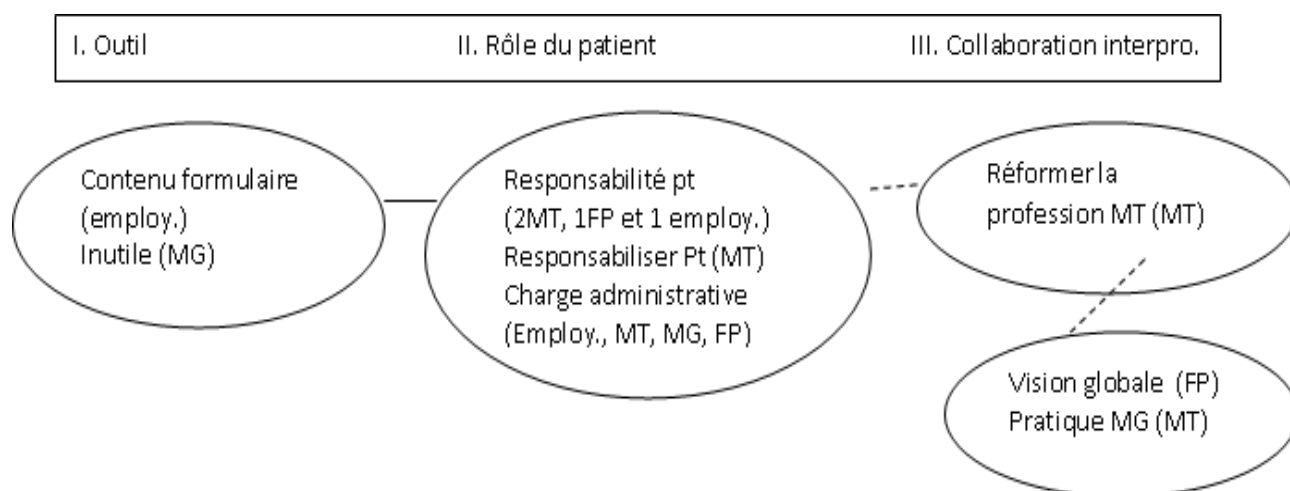


Figure 8 : Schéma interprétatif Q.6

Une des façons d'interpréter les commentaires émis par les experts est de les ranger dans trois ensembles différents en interaction (figure 8). Pour une part, les commentaires ont trait au formulaire lui-même (I. outil) considéré comme inutile et/ou dont le contenu est à revoir. Le deuxième ensemble de commentaires (II. Rôle du patient) se réfère au fait qu'il convient de, soit de responsabiliser le patient (de le convaincre qu'il prenne cela en charge), soit que c'est au patient qu'il incombe de s'occuper de la transmission (responsabilité pt). Ces deux réflexions font le lien avec le commentaire présent dans quatre groupes d'experts sur la charge administrative que signifierait la transmission du formulaire, fort variable selon le mode de transmission au MG (courrier postal, remise au patient,...). Enfin, le dernier ensemble (collaboration interprofessionnelle) met en évidence que pour mener à bien cette transmission, il conviendrait de réformer la profession de MT. Comme le commente un MT : *« Cela peut sembler utopique, mais il appartient au médecin du travail d'informer correctement le travailleur quant à ses droits par rapport à l'avis et / ou la décision du médecin du travail quand son devenir professionnel risque d'être mis en cause »*.

Même restreint à des situations précises – les restrictions d'aptitude (temporaire ou définitive) – le taux de désaccord des MT reste donc élevé et quelque peu surprenant.

## 5.6 Question 7

### Q.6 dans le 1<sup>er</sup> tour Delphi, en version électronique Q.3.1

Troisième temps de la même proposition concernant la transmission du formulaire d'évaluation de santé :

**Comment envisageriez-vous la mise en œuvre pratique de la transmission de ce formulaire ?**

Dans les réponses qualitatives de mise en œuvre de la proposition, les éléments de mise en œuvre les plus fréquemment cités sont (par ordre décroissant) : patient passeur, communication électronique, par courrier, système banque carrefour, DMI.

**Tableau 17 : Q7 Propositions de mise en œuvre**

patient passeur	12
communication électronique	7
par courrier	4
système banque carrefour	3
DME	3
responsabiliser patient	2
informel MG MT	2
accord patient	2
protection info	2

Il est intéressant de noter que la proposition de mise en œuvre la plus citée est « patient passeur »<sup>33</sup> ce qui tend à confirmer l'analyse interprétative précédente (question 6) concernant le ressenti des experts quant au rôle du patient dans la transmission du formulaire d'évaluation de santé.

La proposition « courrier électronique » est donnée sans précision. Les experts qui l'ont formulée ne donnent pas d'indication sur ses modalités ni les restrictions ou résistances éventuelles dont elle ferait éventuellement l'objet.

## 5.7 Question 8

*Q.7 dans le 1<sup>er</sup> tour Delphi, en version électronique = Q.3.2*

Proposition soumise à délibération (premier tour Delphi) :

***Le médecin du travail devrait transmettre au médecin généraliste du travailleur l'extrait de la « liste nominative des risques » qui concerne son patient.***

La lecture du tableau 18 permet de souligner qu'au 1<sup>er</sup> tour Delphi, 29 experts (63%) sur 46 ont marqué leur accord sur cette proposition. Onze (23,9%) ne sont pas d'accord et 6 (13,1%) ne se sentent pas concernés.

**Tableau 18 : Q7 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre**

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecins Généralistes (MG)	7	1	1	9
Médecins Travail (MT)	5	5		10
Médecins Conseil (MC)	4	2	3	9
Assureurs-loi (A.L.)		1	1	2
Fonction Publique (F.P.)	6	1	1	8
Représentants syndicaux (Synd.)	4			4
Représentants employeurs (Employ.)	2	1		3
Citoyens patients (C.P.)	1			1
Ensemble des groupes	29	11	6	46

<sup>33</sup> La signification du « tag » patient passeur est que c'est le patient lui-même qui assure la transmission du document du MT au MG.

Des 11 experts en désaccord avec la proposition, 10 ont commenté leur réponse. Les tags des commentaires sont les suivants:

- Inutile, MG pas compétent, rôle MI (A.L.) ;
- Pratique MT (MT) ;
- Proposition procédure (passeport) (MT) ;
- Pas systématique, pertinence (MC) ;
- Charge administrative (MT) ;
- MG pas compétent (MT ; MC ; MT) ;
- Info pour MC (MC) ;
- Pas systématique (MG) ;
- Informel MG/MT, inutile (Emplay.).

A noter que « Inutile » est un commentaire repris par les employeurs<sup>34</sup>, les MC, les MT et AL.

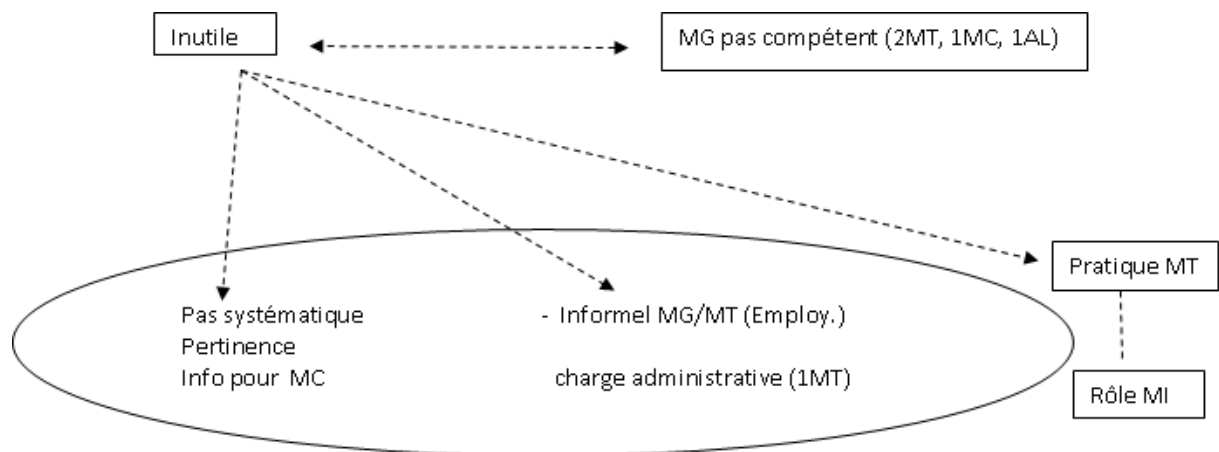


Figure 9 : Schéma interprétatif Q.7

Parmi les experts qui ne sont pas d'accord que le MT transmette au MG du travailleur l'extrait de la liste nominative des risques qui concerne son patient, la raison principale est son inutilité (contenu) en lien avec le fait que le MG ne comprendrait pas les informations reprises dans la liste. D'autres raisons invoquées portent sur la procédure en elle-même (systématicité, caractère formel et la charge administrative induite).

<sup>34</sup> A noter qu'un représentant des employeurs est d'accord avec l'idée de transmettre la liste nominative de risques aux MG mais, dans ses commentaires, il considère cela inutile...

A partir de ces données, l'équipe de recherche a fait le choix de reformuler la proposition en deux temps (Q.8 et Q.9). La première reformulation (Q8) (2<sup>e</sup> tour Delphi) est la suivante :

« *Circulation des informations émanant du médecin du travail*

*A la septième question du premier tour Delphi, 23,9% des participants ne sont pas d'accord que le médecin du travail (MT) transmette au médecin généraliste (MG) du travailleur l'extrait de la liste nominative des risques qui concerne son patient. Ils trouvent cette démarche inutile ; le MG ne comprendrait pas les informations reprises dans la liste. D'autres désaccords portent sur la procédure en elle-même (systématicité, caractère formel et charge administrative induite).*

« *Sachant que le cadre légal actuel prévoit déjà que toute transmission d'information du médecin du travail vers le médecin généraliste est soumise à l'accord du patient.*

*Sachant qu'en fonction du cadre légal actuel, chaque entreprise dispose d'une « liste nominative des risques » et que cette liste reprend pour chaque fonction ou poste de travail de l'entreprise les risques professionnels associés et le nom du ou des travailleurs qui y sont exposés. »*

***Pensez-vous qu'il serait utile pour le médecin généraliste du travailleur de recevoir du médecin du travail un extrait de cette liste nominative énumérant les risques professionnels retenus pour la fonction occupée par le travailleur ?***

Lors du 1<sup>er</sup> tour Delphi, le taux d'accord obtenu était de 63%. A la lecture du tableau 19, on constate que sur 44 répondants au 2<sup>e</sup> tour, 29 experts (65,9%) ont exprimé leur accord, 11 (25%) leur désaccord et quatre (9,1%) se sont déclarés pas concernés.

**Tableau 19 : Q8 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre**

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecins Généralistes (MG)	6	2		8
Médecins Travail (MT)	5	5		10
Médecins Conseil (MC)	7		2	9
Assureurs-loi (A.L.)	1	1		2
Fonction Publique (F.P.)	5		1	6
Représentants syndicaux (Synd.)	3		1	4
Représentants employeurs (Employ.)	1	2		3
Citoyens patients (C.P.)	1	1		2
Ensemble des groupes	29	11	4	44

Tous les experts en désaccord ont commenté leurs réponses. Les tags des commentaires sont :

- Procédure difficile, reprise (MT) ;
- Charge administrative, informel MG MT (MT) ;
- Inutile (MT) ;
- Initiative employeur, pas systématique (CP) ;

- MG pas compétent (MT ; MT ; A.L) ;
- Pas systématique, reprise (MG) ;
- Paternalisme MG35, pt passeur (MG) ;
- Pratique MT, qualité info (MT) ;
- Intérêt employeur, inutile (employ.) ;
- Contenu liste, inutile (employ.).

Avant d'analyser les commentaires émis, soulignons que différents groupes d'experts présentent des avis très opposés sur la proposition. C'est le cas des MT (cinq en faveur/cinq contre), des AL (un pour/un contre), des CP (un pour/un contre). Le groupe d'experts représentant les employeurs est plutôt opposé à cette proposition. Ce qui interpelle dans ces oppositions, c'est celle des MT qui se démarquent de manière très tranchée de la position affichée par leurs confrères MG et MC.

Les commentaires sur l'inutilité de transmettre au MG un extrait de la liste nominative des risques professionnels retenus pour la fonction occupée par le travailleur peuvent s'articuler autour de quatre pôles (contenu, collaboration interprofessionnelle, patient et faisabilité).

Si nous nous concentrons sur les raisons évoquées par les MT, il apparaît que dans le chef de deux MT, ce qui est en question c'est la compétence même de son confrère MG : l'absence de connaissances spécifiques des MG quant à l'environnement professionnel et les impacts possibles sur la santé de leur patient. Dans le chef des trois autres MT, les commentaires ont trait soit à la faisabilité de la transmission de l'extrait de la liste nominative (procédure difficile, charge administrative), soit au contexte de la transmission (en cas de reprise), soit au contenu même (qualité info)<sup>36</sup>. Les objections des MT sont à prendre en compte puisqu'ils sont les seuls à bien connaître le contenu de la liste nominative des risques. Malgré le fait que certains pensent qu'ils ne

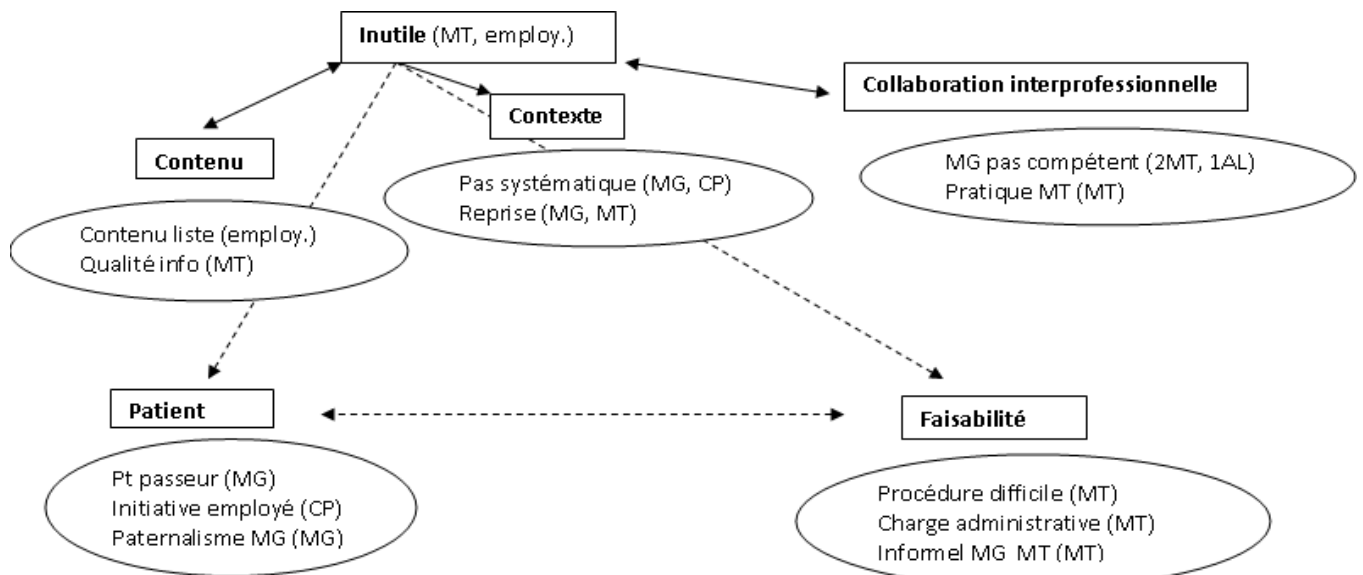


Figure 10 : Schéma interprétatif Q.8 (2° tour Delphi)

lui-même au patient ce type d'informations ?

<sup>36</sup> Mais on est en droit de se demander si ce commentaire ne constitue pas en soi un paravent derrière lequel on se réfugie, soit le processus d'évitement (ne pas répondre à la problématique débattue) mis à jour dans l'analyse de la question 5.



la comprendraient pas, la majorité des MG souhaiterait recevoir cette liste.

L'analyse interprétative des commentaires émis laisse entrevoir que deux pistes pourraient être envisagée pour augmenter le consensus au sein de la communauté des professionnels de santé :

- Travailler l'information (lisibilité et pertinence) contenue dans la liste nominative ;
- Circonscrire le contexte de la transmission (c.-à-d. en cas de reprise du travail)

Les commentaires des employeurs, qui ne sont pas unanimes, peuvent refléter un possible conflit d'intérêt. La liste pourrait en effet contribuer à faire mieux connaître à l'extérieur de l'entreprise les risques inhérents à son activité.

## 5.8 Question 9

*Q.7 dans le 1<sup>er</sup> tour Delphi, en version électronique = Q.3.2*

Deuxième temps de la même proposition concernant la transmission de l'extrait de la liste de risques professionnels au MG (2<sup>e</sup> tour Delphi):

***Comment envisageriez-vous la mise en œuvre de la transmission de cette information entre le médecin du travail et le médecin généraliste ?***

Dans les réponses qualitatives de mise en œuvre de cette proposition, les éléments les plus fréquemment cités (par ordre décroissant) sont : communication électronique, patient passeur, protection info, DMG, standardisation, eHealth, système banque carrefour, par courrier (tableau 20).

Tableau 20 : Q9 Propositions de mise en œuvre

Communication électronique	8
Patient passeur	6
Pas systématique	5
Protection info	4
DMG	4
Standardisation	3
Rôle central MG	3
eHealth	2
Système banque carrefour	2
Par courrier	2

Soulignons que dans les commentaires émis, on retrouve bien présente l'idée que la transmission ne doit pas être systématique ce qui, en soi, tend à renforcer les pistes dégagées lors de l'analyse de la question précédente.

## 5.9 Question 10

### Q.8 dans le 1<sup>er</sup> tour Delphi, en version électronique Q.3.3

Proposition soumise à délibération (premier tour Delphi):

**Le médecin du travail devrait transmettre au médecin généraliste du travailleur une description résumée (1 page A4 maximum) de l'activité exercée par le patient au sein de l'entreprise**

A la lecture du tableau 21, on constate qu'au 1<sup>er</sup> tour Delphi, 29 experts (63%) sur 46 ont marqué leur accord sur cette proposition. Quinze (32,6%) ne sont pas d'accord et 2 (4,4%) ne se sentent pas concernés.

Tableau 21 : Q8 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecins Généralistes (MG)	8	1		9
Médecins Travail (MT)	4	5		9
Médecins Conseil (MC)	7	1	1	9
Assureurs-loi (A.L.)		1	1	2
Fonction Publique (F.P.)	5	3		8
Représentant syndicaux (Synd.)	3	1		4
Représentants employeurs (Employ.)	1	2		3
Citoyens patients (C.P.)	1	1		2
Ensemble des groupes	29	15	2	46

13 experts font des commentaires<sup>37</sup>. Les « tags » des commentaires sont les suivants :

- Rôle central patient (CP) ;
- Pas systématique, rôle MI (AL) ;
- Charge de travail, rôle central patient, rôle employeur (MT) ;
- Procédure impossible (MT) ;
- Charge de travail, informel MG MT, MG pas compétent, procédure impossible (MT) ;
- Procédure impossible (MT) ;
- Pas systématique (FP) ;
- Méfiance, rôle central MC (MC) ;
- EHealth, pas systématique, pertinence (MG) ;
- Revoir code, rôle employeur, rôle MT (MT) ;
- Charge de travail (FP) ;
- Responsabilité patient (Employ.) ;
- Charge de travail, pratique MT (Employ.).

<sup>37</sup> Les deux experts qui ne commentent pas leur désaccord sont un syndicaliste et un fonctionnaire.

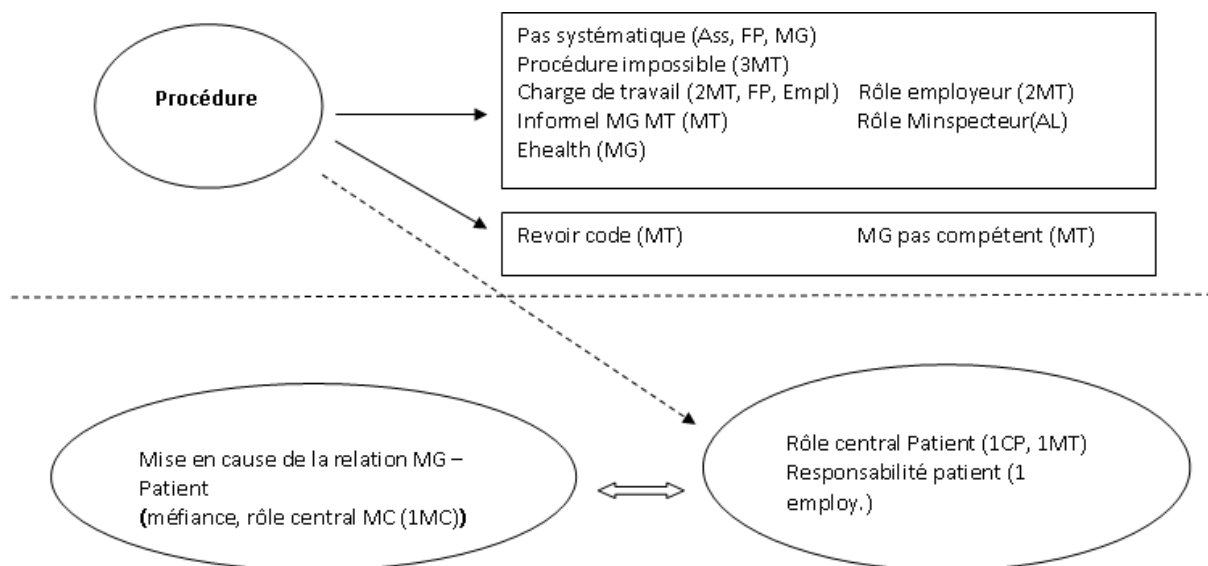


Figure 11 : Schéma interprétatif Q.8 (1<sup>er</sup> tour Delphi)

Au vu de ce schéma, les raisons évoquées pour commenter le désaccord portent surtout sur la procédure (systématicité, rôle central patient, faisabilité, charge de travail, caractère formel, utilisation de support existant) et le contenu.

A partir de ces données, l'équipe de recherche a fait le choix de reformuler la proposition en trois temps (Q.10, Q.11 et Q.12).

La première reformulation (Q10) (2<sup>e</sup> tour Delphi) est la suivante:

« Circulation des informations émanant du médecin du travail

*A la huitième question du premier tour Delphi, 32,6% des participants, et notamment les médecins du travail, n'étaient pas favorables à ce que le médecin du travail transmette au médecin généraliste du travailleur une description résumée de l'activité exercée par le patient au sein de l'entreprise. Les commentaires portaient surtout sur la procédure (systématicité, rôle central du patient, faisabilité, charge de travail induite, caractère formel, utilisation de supports existants) et le contenu ».*

**Pensez-vous qu'une description résumée de l'activité exercée par le travailleur au sein de l'entreprise, établie par le médecin du travail (ou un de ses collaborateurs), serait utile pour le médecin généraliste du travailleur ?**

Lors du 1<sup>er</sup> tour Delphi, le taux d'accord obtenu était de 63,0%. En analysant le tableau 22, on constate qu'au 2<sup>e</sup> tour sur 44 répondants, 28 experts (63,6%) ont exprimé leur accord, 14 (31,8%) leur désaccord et deux (4,6%) se sont déclarés pas concernés.

Tableau 22 : Q10 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecins Généralistes (MG)	6	2		8
Médecins Travail (MT)	4	6		10
Médecins Conseil (MC)	7	1	1	9
Assureurs-loi (A.L.)	1	1		2
Fonction Publique (F.P.)	4	2		6
Représentants syndicaux (Synd.)	4			4
Représentants employeurs (Employ.)	2	1		3
Citoyens patients (C.P.)		1	1	2
Ensemble des groupes	28	14	2	44

Trois experts en désaccord n'ont pas commenté leurs réponses<sup>38</sup>. Les « tags » des 11 autres commentaires sont les suivants :

- Rôle central pt (CP) ;
- Echange informel MGMT, MG pas compétent, pt passeur (AL) ;
- Inutile, visite d'entreprise (MT) ;
- Anamnèse professionnelle, procédure impossible, standardisation (MT) ;
- Pas de standardisation, procédure impossible, pt passeur (MT) ;
- Qualité info (MT ; MT) ;
- Pas systématique (FP) ;
- Communication électronique, DMG, pas systématique, protection info (FP) ;
- Rôle central MC (MC) ;
- Charge de travail (employ.).

Avant d'analyser ces commentaires, relevons que la communauté des professionnels de santé n'est pas unanime quant à l'utilité, pour le MG, de la description résumée de l'activité exercée par le travailleur. A nouveau, on constate que c'est le groupe d'experts MT qui par son niveau de désaccord se démarque des deux autres groupes d'experts MG et MC. D'un côté, on marque un intérêt (MG), de l'autre, on (MT) considère que cela n'intéressera pas.

<sup>38</sup> Un MT et deux MG.

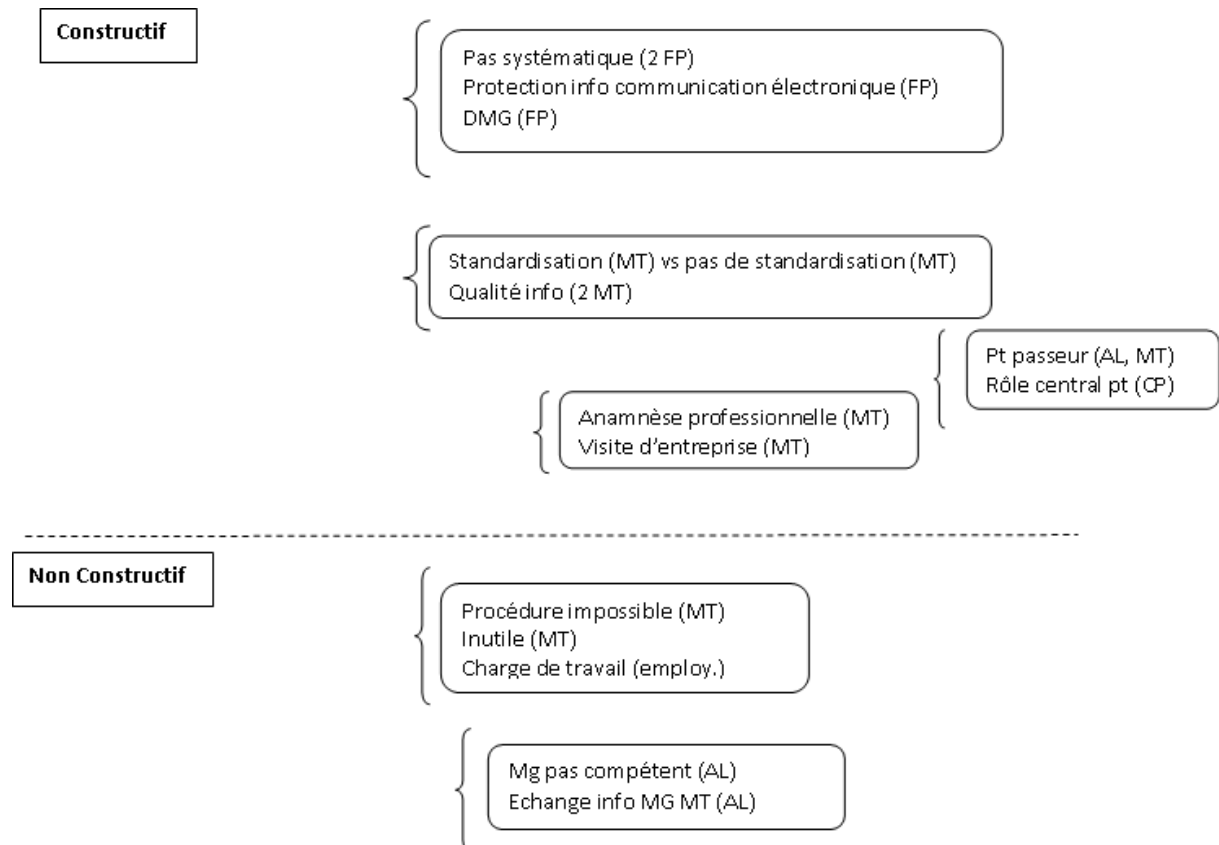


Figure 12 : Schéma interprétatif Q 10

La classification des commentaires centrée sur la procédure proposée peut s'établir sur base d'une vision axiologique : commentaires constructifs/commentaires non constructifs. D'un côté, il y a des commentaires constructifs permettant d'envisager une reformulation de la proposition, de l'autre des commentaires catégoriques, véritables obstacles empêchant une telle mise en place de la proposition. Ces derniers commentaires s'articulent autour de la procédure même, de son inutilité et de son inapplicabilité (charge de travail) et sur les compétences des professionnels.

Une autre lecture possible part de l'objectif même de la question (et de l'étude en général), stimuler la collaboration interprofessionnelle. Or, de ce point de vue, force est de constater que le processus qualifié de processus d'évitement (voir Q2, Q5) consistant à esquiver le sujet même de l'étude est sans doute également à l'œuvre ici. Ainsi, la qualité de l'info et sa standardisation peuvent se comprendre comme de possibles paravents permettant de ne pas se positionner face à la thématique abordée. Il en va de même pour ce qui est des commentaires « Patient passeur » qui peuvent être considérés (cf. Q5) comme une stratégie de faire reposer la charge d'améliorer la collaboration interprofessionnelle sur les épaules d'autres personnes (instrumentalisation du patient) alors que l'on sait que cela ne fonctionne pas aujourd'hui (de même pour l'échange info MG MT).

Alors que la littérature souligne l'intérêt de l'anamnèse professionnelle en médecine générale, les praticiens concernés en tant que receveurs de l'information (MG et MC) confirment leur intérêt pour la procédure proposée. D'après les commentaires, l'opposition des MT, émetteurs de l'information, semble concerner plutôt la faisabilité que l'intérêt intrinsèque de la procédure ; il faut remarquer qu'ils ne remettent pas en cause la compétence de leurs confrères MG.

## 5.10 Question 11

*Q.8 dans le 1<sup>er</sup> tour Delphi, en version électronique = Q.3.3*

Deuxième temps de la même proposition concernant la description résumée de l'activité exercée par le travailleur (2<sup>e</sup> tour Delphi):

**Comment envisageriez-vous la mise en œuvre pratique de la transmission de cette description ?**

Dans les réponses qualitatives de mise en œuvre de cette proposition, les éléments les plus fréquemment cités sont (par ordre décroissant) : communication électronique, patient passeur, échange info MG MT, fiche de poste, DMG, par courrier, eHealth (tableau 23).

Tableau 23 : Q11 Propositions de mise en œuvre

Patient passeur	7
Communication électronique	6
Échange info MG MT	4
Fiche de poste	4
DMG	3
Contenu formulaire	2
Obligation employeur	2
Pas systématique	2
Par courrier	2
EHealth	2

Relevons dans les commentaires la diversité de ce qui est proposé mais aussi le fait que nous y retrouvons des éléments vus précédemment, comme patient passeur et échange d'info entre MG et MT, deux choses qui, dans la pratique actuelle des professionnels de santé, se sont avérées peu opérantes.

## 5.11 Question 12

*Q.8 dans le 1<sup>er</sup> tour Delphi, en version électronique = Q.3.3*

Troisième temps de la même proposition concernant la description résumée de l'activité exercée par le travailleur (2<sup>e</sup> tour Delphi) :

**Pensez-vous qu'il est souhaitable d'initier une action conjointe entre représentants des médecins du travail et des médecins généralistes afin de déterminer le contenu de cette description résumée?**

En analysant le tableau 24, on remarque que sur 43 répondants<sup>39</sup>, 27 experts (62,8%) ont exprimé leur accord, 10 (23,3%) leur désaccord et six (13,9%) se sont déclarés pas concernés. Cette proposition ne faisant pas partie du 1<sup>er</sup> tour Delphi, nous ne pouvons par conséquent comparer ces résultats. Nous pointerons davantage le fait que l'accord sur cette proposition au sein des groupes d'experts MG et experts MT est de 77,7%.

<sup>39</sup> Un expert du syndicat n'a pas coché de réponse quantitative (échelle de Likert).

Tableau 24 : Q12 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecins Généralistes (MG)	7	1		8
Médecins Travail (MT)	7	3		10
Médecins Conseil (MC)	3	2	4	9
Assureurs-loi (A.L.)	1	1		2
Fonction Publique (F.P.)	6			6
Représentants syndicaux (Synd.)	2		1	3
Représentants employeurs (Employ.)	1	2		3
Citoyens patients (C.P.)		1	1	2
Ensemble des groupes	27	10	6	43

Six experts en désaccord n'ont pas commenté leurs réponses<sup>40</sup>. Les 4 « tags » des commentaires exprimés sont les suivants :

- Charge administrative, PT passeur, responsabiliser PT, secret médical (AL) ;
- Procédure impossible (MC) ;
- Proposition procédure (MT) ;
- Charge de travail (employeur).

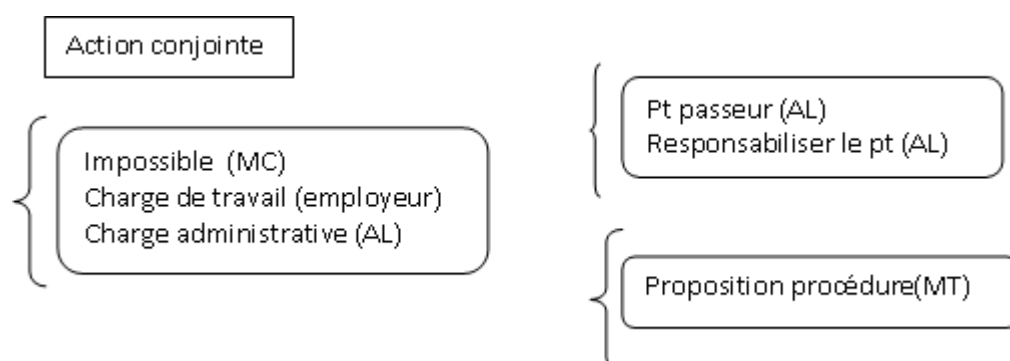


Figure 13 : Schéma interprétatif Q. 12

Les commentaires émis peuvent se regrouper en trois ensembles. Le premier met en avant que l'action conjointe n'est pas faisable, le deuxième focalise sur la figure du patient et le troisième propose une procédure (MT).

Afin de compléter cette analyse, nous reprenons ci-dessous les commentaires des experts ayant marqué leur accord. Sur les 27 experts, 18 n'ont pas commenté leur réponse quantitative (4 MT, 1 AL, 1 employeur, 3 FP, 3 MC, 4 MG et 2 syndicalistes). Les 9 autres ont fait les commentaires suivants :

<sup>40</sup> Un MG, deux MT, un MC, un employeur et un CP.

- Fiche de poste (MT)
- Anamnèse professionnelle (1 MT, 1 MG)
- Standardisation (3 FP, 1MT)
- Charge administrative (MG)
- Collaboration interprofessionnelle (MG)

Si nous laissons de côté le commentaire qui confirme que ce serait une belle façon de concrétiser la collaboration interprofessionnelle, les raisons évoquées en appui à l'avis positif émis ont trait à la nécessité d'une standardisation (3 FP, un MT) en lien avec celui de diminuer la charge administrative (MG). Quant aux autres commentaires, ils consistent en une énumération de ce qu'il serait possible de faire (et/ou déjà existant) : fiche de poste (MT), anamnèse professionnelle (MT et MG).

Le croisement de ces deux analyses, couplé avec celle des opinions par groupe d'experts tend à souligner que les MG et les MT sont favorables à ce type d'action conjointe et que le manque de consensus global n'est pas dû à un manque d'intérêt ou de compétences professionnelles. Les MT sont par ailleurs les mieux placés pour juger de la faisabilité de la procédure.

## 5.12 Question 13

*Q.9 dans le 1<sup>er</sup> tour Delphi, en version électronique = Q.3.4*

Proposition soumise à délibération (premier tour Delphi) :

***Constituer un résumé centralisé des risques professionnels encourus par le travailleur durant l'ensemble de sa carrière professionnelle, sur la base des informations recueillies lors des examens médicaux périodiques en médecine du travail.***

A la lecture du tableau 25, on constate qu'au 1<sup>er</sup> tour Delphi, 36 experts (78,3%) sur 46 ont marqué leur accord sur cette proposition. Sept ne sont pas d'accord (15,2%) et 3 (6,5%) ne se sentent pas concernés. Si on ne tenait pas compte des experts s'étant déclarés « pas concerné » (2 MC et 1 MG), le taux d'accord serait de 83,7%. La proposition serait dès lors acceptée.

**Tableau 25 : Q9 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre**

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecins Généralistes (MG)	8		1	9
Médecins Travail (MT)	9	1		10
Médecins Conseil (MC)	6	1	2	9
Assureurs-loi (A.L.)	2			2
Fonction Publique (F.P.)	6	2		8
Représentants syndicaux (Synd.)	3			3
Représentants employeurs (Employ.)	1	2		3
Citoyens patients (C.P.)	1	1		2
Ensemble des groupes	36	7	3	46



Des 7 experts en désaccord, six font des commentaires<sup>41</sup>, dont les tags sont les suivants :

- Pas systématique, procédure impossible (MT) ;
- Pertinence (CP) ;
- Rôle central MG (FP ; FP) ;
- Inutile (Employ.) ;
- Relativiser (ne contient pas tout) (Employ.).

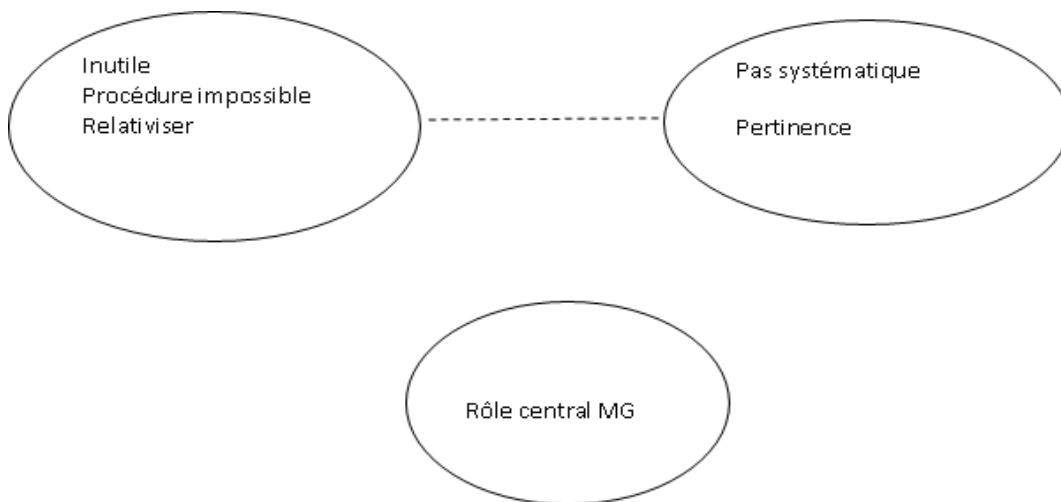


Figure 14 : Schéma interprétatif Q.9 (1<sup>er</sup> tour Delphi)

Parmi les participants qui marquent leur désaccord, on pointera les éléments suivants : procédure impossible, incluant le fait qu'il paraît extrêmement difficile de pouvoir englober tous les risques professionnels encourus par le travailleur dans le décours de sa carrière professionnelle ; systématisme en lien avec la pertinence. Enfin deux représentants de la fonction publique insistent sur le rôle central du MG dans la centralisation de ce type d'informations.

A partir de ces données, l'équipe de recherche a fait le choix de reformuler la proposition en trois temps (Q.13, Q.14 et Q.15).

La première reformulation (Q13 du 2<sup>e</sup> tour Delphi) est la suivante :

***Pensez-vous qu'il serait utile pour le médecin généraliste de disposer d'un résumé des expositions professionnelles du travailleur durant l'ensemble de sa carrière, établi sur la base d'une compilation des listes nominatives des risques successifs ?***

Lors du 1<sup>er</sup> tour Delphi, le taux d'accord obtenu était de 78,3%, et il est de 69,8% lors du 2<sup>e</sup> tour. L'augmentation de précision de la proposition a réduit le niveau de consensus. Les listes nominatives des risques sont légales et sont d'ores et déjà mises à jour chaque année. A la lecture du

<sup>41</sup> L'expert qui n'émet pas de commentaires est un médecin conseil.

tableau 26, on remarque que sur 43 répondants<sup>42</sup>, 30 experts (69,8%) ont exprimé leur accord, 9 (20,9%) leur désaccord et quatre (9,3%) se sont déclarés pas concernés.

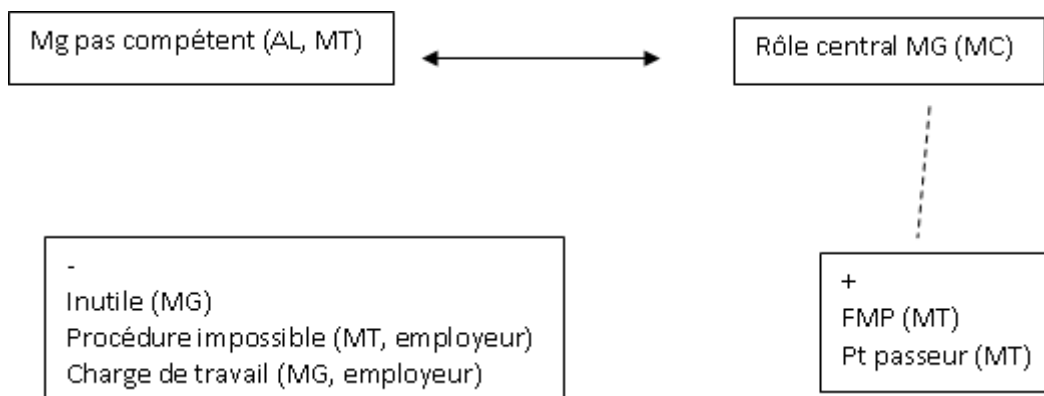
**Tableau 26 : Q13 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre**

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecins Généralistes (MG)	6	1		7
Médecins Travail (MT)	7	2	1	10
Médecins Conseil (MC)	4	3	2	9
Assureurs-loi (A.L.)	1	1		2
Fonction Publique (F.P.)	6			6
Représentants syndicaux (Synd.)	4			4
Représentants employeurs (Employ.)	1	2		3
Citoyens patients (C.P.)	1		1	2
Ensemble des groupes	30	9	4	43

Deux experts en désaccord n'ont pas commenté leurs réponses<sup>43</sup>. Les « tags » des commentaires des 7 autres sont les suivants :

- MG pas compétent (AL, MT) ;
- FMP, pt passeur (MT) ;
- Rôle central MG (MC) ;
- Charge de travail, inutile (MG) ;
- Charge de travail (employeur) ;
- Procédure impossible (employeur, MT).

Remarquons que les groupes d'experts médecins sont favorables à cette proposition à des degrés divers (MG 86%, MT 78%, MC 57%).



**Figure 15 : Schéma interprétatif Q 13**

<sup>42</sup> A partir de la question 13, un MG a cessé de répondre aux questions.

<sup>43</sup> Deux MC.

On relèvera une opposition référée aux compétences professionnelles. De même, on peut classer en deux grands ensembles les commentaires émis le long d'une ligne axiologique (+/-) : d'une part ce qui rend impossible d'accepter la proposition (inutilité, inapplicabilité, charge de travail), de l'autre ce qui pourrait être mis en place (le rôle du Fonds des maladies professionnelles (FMP) dans les mots d'un MT : « Une base de données commune serait nécessaire ; on avait proposé un document de liaison qui serait remis au travailleur à la fin de son exposition dont un exemplaire est transmis au FMP » ; le rôle du patient).

On constatera aussi la présence du processus d'évitement (cf. Q2, Q5, Q10) dans les commentaires émis. Ainsi, argumenter son opposition à la proposition en invoquant la figure du patient passeur ou bien d'un outil (FMP). Les commentaires des employeurs, qui ne sont pas unanimes, peuvent refléter un possible conflit d'intérêt : le résumé pourrait faciliter la diffusion à l'extérieur de l'entreprise des risques inhérents à son activité.

### 5.13 Question 14

*Q.9 dans le 1<sup>er</sup> tour Delphi, en version électronique = Q.3.4*

Deuxième temps de la même proposition concernant le résumé des expositions professionnelles du travailleur (deuxième tour Delphi) :

***Pensez-vous qu'un tel résumé des expositions professionnelles du travailleur devrait être centralisé au niveau d'un organisme public ?***

A la lecture du tableau 27, il s'avère que sur 43 répondants, 29 experts (67,4%) ont exprimé leur accord, 12 (27,9%) leur désaccord et deux (4,7%) se sont déclarés pas concernés.

Tableau 27 : Q14 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecins Généralistes (MG)	5	2		7
Médecins Travail (MT)	8	2		10
Médecins Conseil (MC)	7	1	1	9
Assureurs-loi (A.L.)	1	1		2
Fonction Publique (F.P.)	5	1		6
Représentants syndicaux (Synd.)	2	2		4
Représentants employeurs (Employ.)	1	2		3
Citoyens patients (C.P.)		1	1	2
Ensemble des groupes	29	12	2	43

Six experts en désaccord n'ont pas commenté leurs réponses<sup>44</sup>. Les « tags » des commentaires des 6 autres sont les suivants :

- « Pull » (info disponible, à transmettre sur demande) (MT) ;
- Parastatal (MT) ;
- Système banque carrefour (MG) ;
- Moyen financier (Syndic.) ;
- Charge travail (employ.) ;
- Intérêt employeur, moyens/fins (employ.).

Avant d'analyser ces commentaires, soulignons que parmi les groupes d'experts les plus directement concernés par cette proposition (MG, MT, MC et FP), celle-ci est bien acceptée.

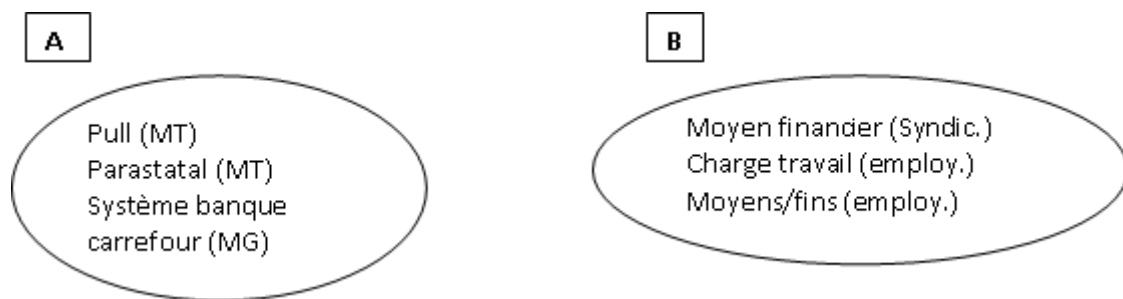


Figure 16 : Schéma interprétatif Q. 14

Les commentaires émis par les experts peuvent se classer dans deux ensembles distincts. D'un côté l'ensemble A qui met en évidence ce qui existe (système banque carrefour) ou peut être créé (pull ; parastatal) et, de l'autre, l'ensemble B dont la logique de raisonnement tourne autour de la faisabilité d'une telle proposition. Ce qui est intéressant de noter ici c'est que cette logique est celle utilisée par les représentants des partenaires sociaux alors qu'elle est absente des commentaires des groupes d'experts les plus concernés (MG, MT, MC et FP).

## 5.14 Question 15

*Q.9 dans le 1<sup>er</sup> tour Delphi, en version électronique = Q.3.4*

Troisième temps de la même proposition concernant le résumé des expositions professionnelles du travailleur (deuxième tour Delphi) :

***Pensez-vous qu'un tel résumé des expositions professionnelles du travailleur devrait être limité à un nombre restreint d'expositions professionnelles, soit celles connues comme susceptibles de causer des altérations de la santé à long terme ?***

<sup>44</sup> Un CP, un AL, un MC, un FP, un syndicaliste et un MG.

A la lecture du tableau 28, il apparaît que sur 43 répondants, 19 experts (44,2%) ont exprimé leur accord, 19 (44,2%) leur désaccord et cinq (11,6%) se sont déclarés pas concernés.

**Tableau 28 : Q15 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre**

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecins Généralistes (MG)	6	1		7
Médecins Travail (MT)	3	7		10
Médecins Conseil (MC)	5	3	1	9
Assureurs-loi (A.L.)	1	1		2
Fonction Publique (F.P.)	3	2	1	6
Représentants syndicaux (Synd.)		3	1	4
Représentants employeurs (Employ.)	1	2		3
Citoyens patients (C.P.)			2	2
Ensemble des groupes	19	19	5	43

Quatre experts en désaccord n'ont pas commenté leurs réponses<sup>45</sup>. Les tags des commentaires des 15 autres sont les suivants :

- Procédure existante (AL) ;
- Procédure difficile (2 MT) ;
- Pull, qualité info (MT) ;
- Qualité info (employ.) ;
- Qualité info (2 FP ; 3 MT ; 2 MC ; 1 MG) ;
- Qualité info (syndicaliste) ;
- Intérêt employeur (employ.).

Notons que les groupes d'experts spécialement concernés par cette proposition (MG, MT et MC) sont assez partagés : les MG y sont très favorables, les MC un peu moins alors que les MT y sont opposés. La majorité des tags des commentaires a trait au contenu même de l'information (qualité info). Toutefois, il convient de spécifier que par « qualité info », les experts se réfèrent à trois situations types :

- Analyse déficiente (le MT ne fait pas bien son travail, le patient a une mémoire non fiable) ;
- Une liste qui n'est pas complète ne sera pas bien utilisée (liste exhaustive, traçabilité) ;
- La liste ne peut être restrictive car les risques professionnels évoluent avec le temps.

Quant aux autres commentaires, ils consistent à pointer la difficulté de la mise en œuvre de la procédure.

Un enseignement important se dégage donc des commentaires émis : limiter le résumé des expositions professionnelles à un nombre restreint n'est pas une bonne piste à suivre.

<sup>45</sup> Un MC, un MT et deux syndicalistes

## 5.15 Question 16

### Q.11 dans le 1<sup>er</sup> tour Delphi, en version électronique = Q.4.2

Proposition soumise à délibération au premier tour Delphi :

**Le site Internet du SPF devrait proposer un bottin des coordonnées de contact des médecins généralistes, des médecins du travail et des médecins-conseil.**

Comme le montre le tableau 29, au 1<sup>er</sup> tour Delphi, 27 experts (57,5%) sur 47 ont marqué leur accord sur cette proposition. 18 ne sont pas d'accord (38,3%) et 2 (4,2%) ne se sentent pas concernés.

Tableau 29 : Q11 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecins Généralistes (MG)	7	2		9
Médecins Travail (MT)	7	3		10
Médecins Conseil (MC)	6	3		9
Assureurs-loi (A.L.)		2		2
Fonction Publique (F.P.)	5	3		8
Représentants syndicaux (Synd.)		3	1	4
Représentants employeurs (Employ.)	1	1	1	3
Citoyen patient (C.P.)	1	1		2
Ensemble des groupes	27	18	2	47

Sur les 18 experts, quatre (un AL, deux syndicalistes et un FP) ne font pas de commentaires. Les « tags » des commentaires des 14 autres sont les suivants :

- Attribution SPF, procédure existante (A.L.) ;
- Carte sociale, initiative existante (MC) ;
- Procédure existante, web Inami, web ordre (MT) ;
- Procédure difficile, Up to date (MC) ;
- EHealth (FP) ;
- Mercantilisme web, web ordre (MT) ;
- Reconnaissance MT/web ordre (MT) ;
- Ehealth, web ordre, web patient (CP) ;
- Concertation locale, up to date (MC) ;
- Ehealth (FP) ;
- Web ordre (MG) ;
- Protection info (MG) ;
- Pratique Mt (syndicaliste) ;
- Web sécurité sociale (employ.).

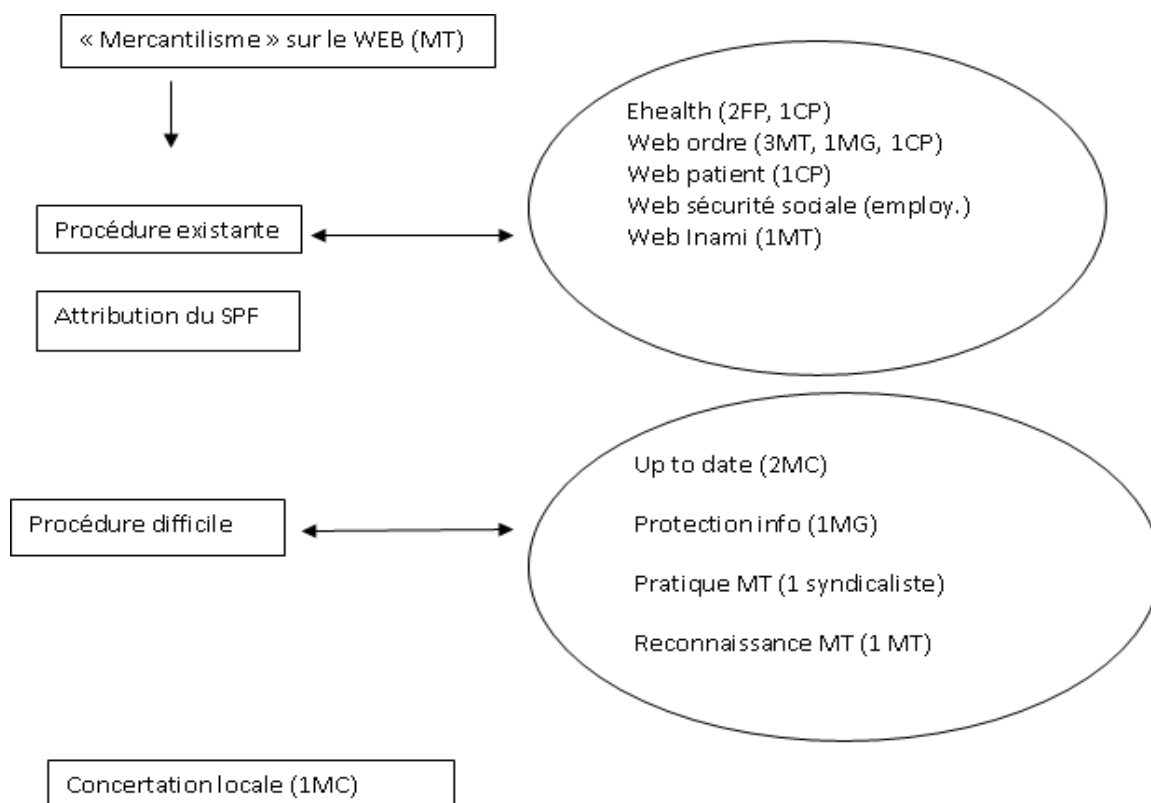


Figure 17 : Schéma interprétatif Q.11 (1<sup>er</sup> tour Delphi)

Le désaccord exprimé par les experts a trait essentiellement à la procédure. Soit les participants pointent l'existence de sites Web déjà fonctionnels (notamment celui de l'Ordre des médecins), soit ils soulignent les difficultés inhérentes à la mise sur pied de cette initiative (update des données, protection de l'information, le manque de visibilité des MT). De façon synthétique, l'analyse laisse entrevoir que le SPF Emploi aurait plutôt un rôle de coordination, c'est-à-dire de renvoi vers les liens de sites Web existants.

A partir de ces données, l'équipe de recherche fait le choix de reformuler la proposition en trois temps (Q.16, Q.17 et Q.18).

La première reformulation (Q.16 du 2<sup>e</sup> tour Delphi) est la suivante :

***Pensez-vous qu'il serait utile que le site web du SPF Emploi propose un registre des coordonnées de contact des médecins du travail ?***

Lors du premier tour Delphi, le taux d'accord obtenu était de 57,4%, et il atteint 74,4% lors du deuxième tour. On observe donc une nette augmentation du consensus même si la barre des 80%

n'est pas atteinte. Comme l'indique le tableau 30, sur 43 répondants au 2<sup>e</sup> tour, 32 experts (74,4%) ont exprimé leur accord, 9 (20,9%) leur désaccord et deux (4,7%) se sont déclarés pas concernés.<sup>46</sup>

**Tableau 30 : Q16 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre**

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecins Généralistes (MG)	7			7
Médecins Travail (MT)	6	4		10
Médecins Conseil (MC)	7	2		9
Assureur-loi (A.L.)	2			2
Fonction Publique (F.P.)	4	2		6
Représentants syndicaux (Synd.)	3		1	4
Représentants employeurs (Employ.)	1	1	1	3
Citoyens patients (C.P.)	2			2
Ensemble des groupes	32	9	2	43

Quatre experts en désaccord n'ont pas commenté leurs réponses<sup>47</sup>. Les « tags » des commentaires des 5 autres sont les suivants :

- Procédure difficile (MT) ;
- EHealth (MT) ;
- Reconnaissance MT, site web de l'Ordre (MT) ;
- Procédure existante (FP) ;
- Moyens/fins (employeur) ;

Pointons le fait que parmi les groupes d'experts les plus concernés par cette proposition (MG, MC et FP), celle-ci est bien accueillie : l'accord est total chez les MG, un peu moindre chez les MC et FP. Les MT sont plus réticents (40% pas d'accord).

Nous pouvons classer les commentaires émis en deux groupes (figure 18). D'une part, le groupe A explicite son désaccord en évoquant des outils déjà existants, et d'autre part, le groupe B met en avant la difficulté de mise en œuvre (MT), sans doute en relation avec la mobilité actuelle des MT d'un service à l'autre, ainsi que les moyens nécessaires pour y arriver (employeur).

<sup>46</sup> Si on ne tient pas compte des deux experts (un représentant d'une organisation syndicale et un représentant des organisations des employeurs) qui se déclarent « pas concerné », le taux d'accord est alors de 78%. La proposition n'atteint donc pas le niveau de consensus défini (80%).

<sup>47</sup> Deux MC, un MT et un FP.



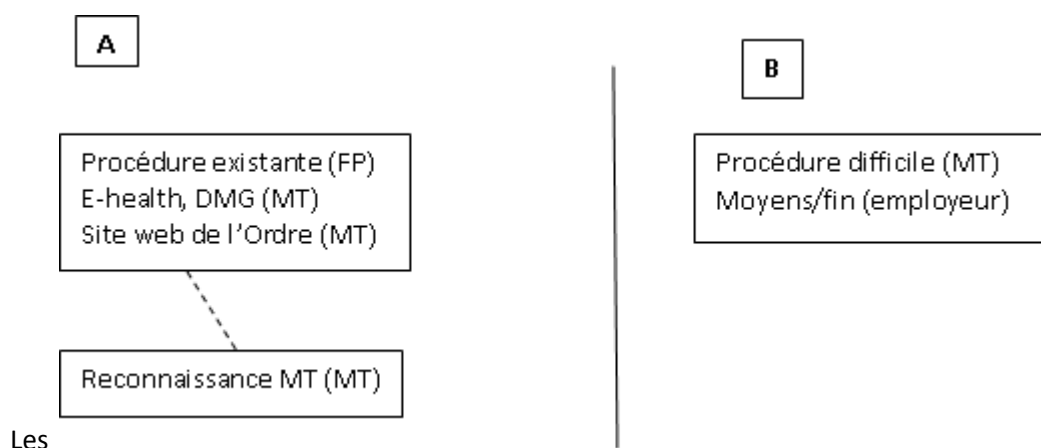


Figure 18 : Schéma interprétatif Q16

Si nous comparons les résultats obtenus pour cette question et la question 5, il est intéressant de noter que cette proposition est perçue plus positivement par les MT que celle portant sur la transmission du formulaire d'évaluation de santé comme facilitateur de mises en contact MG/MT.

## 5.16 Question 18

Q.11 dans le 1<sup>er</sup> tour Delphi, en version électronique = Q.4.2

Troisième temps de la même proposition (deuxième tour Delphi):

***Pensez-vous que l'INAMI devrait immatriculer les médecins du travail et les médecins-conseil de façon distincte des médecins généralistes afin de mieux les identifier dans les répertoires institutionnels (p. ex. : le site Internet de l'Ordre des médecins) ?***

A la lecture du tableau 31, il apparaît que sur 42 répondants<sup>48</sup>, 27 experts (64,3%) ont exprimé leur accord, 11 (26,2%) leur désaccord et quatre (9,5%) se sont déclarés pas concernés.

Tableau 31 : Q18 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecins Généralistes (MG)	7			7
Médecins Travail (MT)	6	4		10
Médecins Conseil (MC)	5	3	1	9
Assureur-loi (A.L.)		2		2
Fonction Publique (F.P.)	4	1		5
Représentants syndicaux (Synd.)	2	1	1	4
Représentants employeurs (Employ.)	1		2	3
Citoyens patients (C.P.)	2			2
Ensemble des groupes	27	11	4	42

<sup>48</sup> En plus du médecin généraliste qui n'a plus répondu à partir de la question 13, un expert de la FP n'a pas coché de réponse quantitative (échelle de Likert).

Cinq experts en désaccord n'ont pas commenté leurs réponses<sup>49</sup>. Les « tags » des commentaires des 6 autres sont les suivants :

- Pas compétence INAMI (AL, MT) ;
- Procédure difficile (MT) ;
- Inutile (FP, MC, MT) ;

Les MG sont d'accord à 100%, alors que les MC et les MT sont nettement plus réservés. L'unanimité des MG révèle peut-être une demande de reconnaissance de la spécificité de leur métier. Pour les MC et les MT, la situation est exactement l'inverse. Actuellement, l'accès à ces spécialités de la profession médicale, pratiquées en dehors du cadre de l'assurance-maladie, ne donne pas lieu à une modification de l'immatriculation à l'INAMI ; ces médecins, qui ne sont pourtant plus prestataires, restent des MG aux yeux de l'INAMI. Une immatriculation distincte pourrait entraîner la perte de certaines capacités de prescription (médicaments, soins, examens complémentaires), encore que rien ne soit défini à l'heure actuelle. On peut imaginer qu'une crainte des médecins concernés liée à cette « dégradation » potentielle n'ait influencé les réponses à cette question.



Figure 19 : Schéma interprétatif Q18

Si l'on fait abstraction de l'argument d'inutilité exprimé par un FP, un MC et un MT, les autres commentaires ont trait à la difficulté de mettre en œuvre cette proposition (MT) en lien avec le fait que celle-ci est hors du champ de compétences de l'institution concernée l'INAMI. Nous retrouvons dans ce deuxième ensemble de commentaires le processus d'évitement déjà abondamment commenté (Q.5, Q.10 et Q.13) (figure 19).

On pointera également le fait que dans le chef des experts MT, ni le formulaire, ni le site web ne leur conviennent. Comment dans ce cas imaginer un vecteur d'information qui permette que leurs coordonnées soient rapidement et clairement identifiables par leurs collègues professionnels de santé ?

<sup>49</sup> Deux MC, un MT, un AL et un syndicaliste.

## 6 Recommandations

### 6.1 Les zones d'accord pour une meilleure collaboration interprofessionnelle

Nous reprenons dans ce qui suit les propositions ayant obtenu un consensus lors du 1<sup>er</sup> tour Delphi. Pour chacune, nous synthétisons les commentaires émis par les groupes d'experts qui ont marqué leur accord avec la proposition<sup>50</sup>. En procédant de la sorte, notre intention est de pointer des éléments qu'ils seraient intéressants à prendre en compte dans la rédaction de directives concernant la collaboration interprofessionnelle en cas d'incapacité de travail. Enfin, nous attirons une nouvelle fois l'attention sur le fait que le seuil de consensus (80% et plus) utilisé dans cette étude s'aligne sur le standard de rigueur dans les recherches en soins de santé. Toutefois, il nous semble important de souligner qu'il faut également prêter attention aux propositions ayant obtenu entre 75 et 80% d'opinions favorables parmi les experts car elles sont très proches du consensus.

#### 6.1.1 Première proposition

*Autoriser le **médecin-conseil** et le **médecin généraliste** à demander une visite du travailleur chez le médecin du travail pendant l'incapacité de travail.*

Une grande partie des commentaires ont trait à la mise en œuvre concrète de la proposition. Parmi les différents éléments évoqués pour les MT, figurent les suivants (par ordre croissant): le délai (A.L.), la possibilité de simplifier les choses en officialisant cette possibilité via le CPPT (MT), la nécessaire préparation de la visite qui implique que le médecin demandeur précise les questions auxquelles il souhaite voir apporter une réponse (2 MT), la notion de contrainte éventuelle (3 MT et 1 Employ.) et donc l'accord du patient (2 MT, 1 C.P. et 2 F.P.) à solliciter ou non dans le cadre d'une telle demande. De même, pour les MG, une majorité des commentaires tournent autour de la mise en œuvre de la proposition. Et de façon identique, on constate que l'élément le plus cité concerne l'accord souhaitable voire indispensable du patient (2 MT, 1 MG, 1 C.P., 2 F.P. et 1 synd.).

Le 2<sup>e</sup> tour Delphi a permis de préciser que l'ensemble des professionnels de santé sont favorables à cette autorisation si la demande présente une utilité pour la réinsertion professionnelle du travailleur et donc ne souhaitent pas qu'intervienne une durée minimale de l'incapacité de travail du travailleur.

Dans ce contexte, il faut souligner que l'administration du SPF Emploi envisage d'apporter rapidement une modification à la procédure légale conditionnant actuellement une visite du travailleur chez le médecin du travail pendant l'incapacité de travail (appelée visite de pré-reprise) : le travailleur pourrait entrer en contact direct avec son service de médecine du travail sans devoir passer préalablement par l'employeur.

#### 6.1.2 Deuxième proposition

*Le site Internet du SPF Emploi devrait abriter à l'intention des médecins non spécialistes de la santé au travail une rubrique spécifique reprenant des informations pratiques concernant les missions du médecin du travail et l'organisation de la prévention et la protection en milieu du travail.*

Les commentaires émis par les experts favorables à cette proposition peuvent s'ordonner selon deux entrées. D'une part, les éléments qui concernent la mise en œuvre (procédure) :

---

<sup>50</sup> Le volume II du rapport comporte deux annexes (6 et 7) qui reprennent l'entièreté des commentaires émis pour chacune des propositions.

- utilisation de supports existants : DMG, eHealth, site web de l'Ordre des médecins, Domus Medica, site Beswic ;
- création d'un point-info ;
- caractéristiques souhaitées du support : accessibilité, rapidité, caractère didactique.

De l'autre, il s'agit de mises en garde à garder à l'esprit vis-à-vis de possibles dérives : les informations présentées doivent rester étrangères à tout esprit commercial (promotion de certains services) ; il faut privilégier la relation en face-à-face pour l'échange d'informations entre professionnels, et ne pas rendre obligatoire la consultation du site.

Il faut noter que les sites internet cités par les experts n'ont pas été conçus pour donner l'information qui était ciblée dans notre travail. Des modifications préalables de ces sites seraient nécessaires, soit pour identifier les médecins du travail (p.ex. sur le site de l'Ordre des Médecins), soit pour indiquer précisément à l'aide d'hyperliens les pages à consulter, lorsqu'elles existent (p. ex. sur le site [www.beswic.be](http://www.beswic.be) , particulièrement touffu).

### **6.1.3 Troisième proposition**

*Les représentants des médecins généralistes, des médecins du travail et des médecins-conseils élaborent des recommandations communes en matière de prise en charge des patients en absence de longue durée et de réinsertion professionnelle.*

On peut regrouper les commentaires émis à ce sujet dans trois catégories : le comment, le contenu des recommandations et la vigilance à avoir. Il est intéressant de noter qu'en matière de contenu, les commentaires portent sur d'autres domaines que l'incapacité de travail ou les ITT répétitives : vaccination, accident avec exposition au sang, protection de la maternité, dépistage précoce, situations de harcèlement, conditions de travail (exposition à la pollution), moyens de communication, accompagnement (coach), vision globale.....,

### **6.1.4 Quatrième proposition**

*Introduire la collaboration interprofessionnelle parmi les compétences transversales enseignées dès la formation initiale en médecine.*

Trois types de catégories sont apparus lors de l'analyse interprétative des commentaires émis : la pédagogie, le contenu et le cursus. Il nous semble intéressant de mettre en exergue les commentaires correspondant au contenu : droit social, législation INAMI, médecine légale et sociale, pathologie professionnelle et accidents de travail.

Il faut néanmoins reconnaître que les matières ne touchant pas directement à la clinique sont traditionnellement peu prisées des étudiants au cours des études de médecine. En outre, les facultés de médecine éprouvent déjà des difficultés à réguler le volume des matières et des connaissances jugées indispensables pour la formation initiale. Il faudra donc pour appliquer cette recommandation l'inscrire clairement dans les compétences à acquérir (les « key learning outcomes ») par le futur médecin et l'approche pédagogique pour les enseigner se devra d'être innovante et susciter la participation active des étudiants.

### 6.1.5 Cinquième proposition

*Favoriser la collaboration interprofessionnelle par la formation continuée des médecins généralistes, des médecins du travail et des médecins-conseils.*

Les divers commentaires peuvent se classer à partir de deux entrées : l'une la pédagogie (intégrer les journées nationales des diverses associations, organiser des congrès communs, ateliers interactifs, réunions au niveau provincial) et l'autre la vigilance à conserver vis-à-vis de la nature des incitants à participer, ou du système d'accréditation des MC.

### 6.1.6 Sixième proposition

*La communication électronique entre les trois professions concernées contribuera à améliorer la collaboration interprofessionnelle.*

Si un accord s'est dégagé sur le principe même de cette communication électronique, il faut nuancer l'accord quant à sa mise en pratique. Les commentaires les plus récurrents dans la question 15 concernent le patient (son accord, son implication) et la mise en œuvre (banque de données centrale, communication modulaire, plateforme sécurisée, serveur commun, intégré dans le DMI, standardisé).

La communication électronique est toutefois citée également dans plusieurs questions du deuxième tour du Delphi, qui n'ont pas recueilli de consensus suffisant (questions 7, 9, 11, 16). Les commentaires recueillis et les propositions de mise en pratique y sont peu construits et n'évoquent pas les difficultés rencontrées sur le terrain depuis des années par ceux qui ont en charge de rendre opérationnels les réseaux de communication. La relative lenteur de mise en place des composants d'eHealth ou du Réseau Santé Wallon sont là pour témoigner des embûches techniques ou organisationnelles qui parsèment la mise en place de ce type de service.

Il est difficile de conclure de cette étude si les experts consultés ont fait preuve d'une vision quelque peu utopique de la communication électronique, considérée comme le parangon d'une communication enfin efficace, ou qu'ils ont abrégé leurs commentaires par manque de temps, ou enfin que le manque de définition de la mise en pratique est une limite technique de la méthode Delphi, laissant trop peu de place à (ou donnant trop peu envie pour) des commentaires détaillés.

## 6.2 Les zones d'ombre pour une meilleure collaboration interprofessionnelle

### Lien avec les observations de la 1<sup>ère</sup> phase de l'étude

Contrairement à ce que nous écrivions en 2011 « *L'impression prévaut également que le cadre de référence sur lequel les participants à cette recherche se sont appuyés est surtout fondé sur le concept d'échange d'informations plus que sur une réelle collaboration interprofessionnelle* », les propositions qui ont recueilli un consensus visent à une meilleure connaissance réciproque des personnes et des pratiques via la formation (initiale et continuée), l'élaboration de recommandations professionnelles communes ou l'information générale sur le site du SPF Santé. Il faut toutefois souligner qu'il s'agit là d'accords impliquant des intervenants qui ne sont pas impliqués au quotidien dans le travail avec les patients/travailleurs, telles les universités et les organismes de formation continue. A ce titre, on peut craindre qu'il n'y ait dans ces accords une part de déclaration de bonnes intentions.

Dans le domaine de la communication, il faut constater que se trouvent confirmées certaines limitations émises lors des discussions qui ont lieu entre praticiens réunis au sein des groupes nominaux dans le cadre de la 1<sup>ère</sup> phase de l'étude Partnership (rapport final : <http://www.emploi.belgique.be/moduleDefault.aspx?id=34512>).

Ainsi « dans les propositions .... recueillies, ceux qui voudraient recevoir de l'information sont plus nombreux que ceux qui seraient d'accord d'en donner ». Ce déséquilibre dans l'échange des informations entre catégories professionnelles reste manifeste dans les résultats de l'enquête Delphi : plusieurs propositions concrètes n'ont pas rencontré un consensus suffisant parce qu'elles n'ont pas reçu l'assentiment du groupe de professionnels susceptible de fournir aux deux autres groupes l'information décrite dans la proposition (voir en particulier les résultats du 2<sup>e</sup> tour Delphi pour les questions 5, 6, 8, et 10).

Enfin, dans le domaine du partage de la décision entre les MG et les MC nous écrivions en 2011 « *Le partage de la décision quant à la mise en incapacité de travail ou à la reprise du travail devrait pouvoir être systématiquement motivée, et permettre un droit de réponse aisé* ». Il faut constater que dans ce domaine aucune avancée significative n'est engrangée, malgré une demande très forte en ce sens des médecins généralistes.

### **L'objet partagé de la collaboration potentielle**

Lors de la 1<sup>ère</sup> phase de l'étude, l'équipe de recherche avait souligné le fait que « les patients ont été assez absents des discussions ». La nature même de l'enquête Delphi ne permet pas de vérifier si la préoccupation pour le devenir du patient/travailleur a, ou non, influencé les opinions des différents professionnels de santé interrogés. Cependant des réflexions émises par certains experts qui ont accompagné le projet depuis sa première phase suggèrent qu'il s'agit peut-être d'un aspect essentiel qui sous-tend une collaboration effective entre les trois catégories de professionnels concernés. Ces experts ont en effet mentionné que pour qu'il y ait collaboration, il est nécessaire qu'elle porte sur un objet partagé par les trois professions. L'objet commun défini dans le cahier des charges de la présente recherche était explicitement un *travailleur en absence-maladie de longue durée*<sup>51</sup>. Or il n'est pas certain que cet objet puisse aujourd'hui être considéré comme un véritable objet partagé aux yeux de la majorité des médecins dans chaque groupe.

Si l'on considère les MG, les patients en incapacité de travail de longue durée constituent une part de leur charge de travail. En sus de la prise en charge clinique de la pathologie à l'origine de l'incapacité de travail, ces patients peuvent être demandeurs – à tort ou à raison – de nombreuses procédures administratives que, tant le patient que le MG, peuvent avoir du mal à gérer par méconnaissance des arcanes administratifs. L'interlocuteur du MG est dans ces cas souvent le MC, plus rarement le MT.

Il est probable que dans les représentations des MG, les *travailleurs* soient avant tout des *patients*. La recherche Partnership I a montré un désir de communication des MG avec les MT, mais aussi une grande méconnaissance de leur rôle, ce qui réduit d'autant les opportunités de collaboration.

Les *patients* des MG sont aussi des *assurés sociaux*. A ce titre, les interactions avec le médecin-conseil (MC) sont a priori plus nombreuses qu'avec les MT, tant dans la gestion des incapacités de

---

<sup>51</sup> Identifier les maladies de longue durée (d'origine professionnelle ou non) pour lesquelles une collaboration entre médecins généralistes, médecins du travail et médecins-conseils peut être pertinente pour favoriser le retour au travail des patients (extrait du cahier des charges du SPF Emploi)

travail que dans la gestion de nombreux aspects de soins (remboursement conditionnel de médicaments ou de prestations techniques). De ce point de vue les deux groupes partagent bien un objet commun défini en termes de patients. Ces nombreuses interactions MC-MG (non abordées dans la recherche) ont cependant un impact indirect sur l'objet de l'étude Partnership : la perception par les MG des procédures de contrôle mises en œuvre par les MC comme autant de tracasseries administratives inutiles ou de limitations injustifiées à leur liberté thérapeutique contribue à dégrader l'image des MC. Elle rend donc de facto plus difficile la notion d'une collaboration positive avec le MC pour la gestion des incapacités de travail de longue durée.

Pour les MT, l'objet de préoccupation est d'abord défini comme *un travailleur* et ce dernier est le plus souvent un adulte en apparente bonne santé, ce qui est cohérent avec la nature essentiellement préventive des missions du MT. Comme le souligne le rapport d'une étude récente sur le retour au travail<sup>52</sup>, le MT n'est pas toujours au courant de l'absence-maladie du travailleur, ou la découvre trop tardivement, du point de vue de la préparation d'une réintégration au travail. L'absence d'un processus structuré et systématique impliquant le MT en cas d'absence de longue durée, constitue un obstacle objectif au développement d'une collaboration précoce avec le MG et le MC pour favoriser le retour au travail. Il faut remarquer en outre que le client prioritaire du MT est l'entreprise et l'employeur. Dans un contexte de concurrence commerciale entre services médicaux du travail et d'effectifs de MT en décroissance, les MT se voient contraints de concentrer leur temps de travail sur les évaluations d'aptitude des travailleurs en bonne santé au dépens des démarches de réintégration de travailleurs rencontrant de gros problèmes de santé. Ce conflit latent entre deux aspects de leurs missions réglementaires est évoqué dans les commentaires de plusieurs MT en réponse aux propositions de l'enquête Delphi.

Enfin pour les MC, l'objet *travailleur en absence-maladie de longue durée* apparaît clairement comme une préoccupation bien réelle pour un certain nombre d'entre eux. Le contenu des discussions entre MC tenues dans le cadre de la 1<sup>ère</sup> phase (Partnership I) ont montré en outre le lien qu'ils font avec des conditions propres à la situation de travail du patient, en particulier dans les cas de décompensation psychique. Des attentes en matière de collaboration effective avec le MT ont été exprimées dans les réponses des MC à l'enquête Delphi. Il faut cependant remarquer que les MC partagent avec les MT des difficultés et limitations similaires : effectifs de médecins insuffisants par rapport aux missions attribuées, charges et pression administrative importantes. Cette réalité concrète de leur pratique a sans doute influencé les réserves émises par certains MC vis-à-vis des propositions soumises. Il faut souligner enfin que l'élargissement des missions des MC en faveur de la réintégration au travail<sup>53</sup> est relativement récent et n'a pas encore été pleinement intégré dans la pratique de tous les MC.

Ces éléments de contexte peuvent sans doute expliquer au moins en partie les résultats plutôt décevants en matière de consensus obtenus à l'issue des deux tours de l'enquête Delphi. Le réseau de recherche responsable de l'étude souhaite en effet mettre en évidence plusieurs zones d'ombre, ou difficultés, dans la perspective d'une meilleure collaboration entre professionnels de santé.

---

<sup>52</sup> Retour au travail après une absence de longue durée (projet HUT/P/MS-BB/PSY15/2), SPF Emploi mars 2012

<sup>53</sup> Art 153 § 2 des lois coordonnées : « .....Les médecins-conseils veillent également à la réinsertion socioprofessionnelle des titulaires en incapacité de travail ».

### **Quel rôle confier au patient ?**

Une seconde zone d'ombre concerne le rôle que devrait jouer le patient lui-même. Plusieurs professionnels semblent s'être « abrités » derrière le patient, sensé assurer la communication entre les professionnels. Vouloir « responsabiliser le patient » peut apparaître comme un sain principe en matière de santé. Si ce principe a incontestablement une valeur en matière de comportements de santé et de mode de vie, et cela dans la perspective de la prévention, il nous paraît pour le moins discutable d'en proposer l'application en matière d'échanges d'informations entre professionnels de santé. C'est non seulement discutable sur le plan du principe, mais plus encore sur le plan de l'efficacité pratique. Le constat de l'inefficacité actuelle de ce mode de communication – dont pourtant tous les acteurs sont en place – nous a conduits à décrire un processus d'évitement dans l'analyse de plusieurs questions (questions 2, 3, 5, 10 et 13). À l'évidence, il existe des résistances au changement, liées au temps disponible, aux contraintes administratives, à l'incompréhension, au manque de confiance mutuelle, etc. (ex. : les MT qui pensent que les MG ne pourront pas comprendre les informations qu'ils seraient amenés à transmettre).

Dans une démarche de réintégration au travail, il est évidemment essentiel que le patient-travailleur soit le moteur du processus et y adhère vraiment. Ceci implique qu'il soit tenu au courant des échanges d'information entre les différents médecins, mais il semble déraisonnable et irréaliste de faire reposer sur lui la substance même de la communication interprofessionnelle.

### **Le « Graal » de la communication électronique**

Comme souligné au point 6.1.6, de nombreux experts fondent de grands espoirs sur le développement de la communication électronique. Les autorités tant au niveau de l'INAMI que du SPF Santé publique et du SPF Emploi étudient actuellement la possibilité de mettre en place une « Chatbox » qui permettrait des échanges électroniques entre professionnels du secteur de la santé (description à l'Annexe 8 – Volume II).

Vu la complexité de la matière, nous pensons cependant que les procédures de communication électronique devront faire l'objet d'un examen soigneux. L'idéal serait que des représentants des professions et des administrations concernées puissent rejoindre des groupes de travail existants, par exemple au sein d'e-Health.

Par ailleurs, il nous semble opportun de rappeler que la communication entre professionnels de santé, tout spécialement entre les médecins généralistes et les médecins de travail, ne relève pas uniquement du support utilisé mais qu'elle s'inscrit également dans un contexte institutionnel qui peut influencer (faciliter ou freiner) la possibilité même d'entrer en communication. Par exemple, pour un médecin généraliste dont le patient travaille dans une petite entreprise, trouver l'interlocuteur médecin du travail responsable ou même identifier le service externe de médecine du travail qui emploie ce médecin peut s'apparenter à un véritable parcours d'obstacles.

### **La connaissance des conditions de travail**

Il est difficile d'accepter, au terme de cette étude, que rien ne puisse être entrepris pour améliorer de façon structurée l'information des MG et des MC concernant les conditions de travail du patient et les risques professionnels auxquels il est exposé. Il faut rappeler l'importance de l'anamnèse professionnelle en médecine générale mais aussi pour le MC. Tout le monde – et surtout les patients/travailleurs – a à y gagner. En dépit des souhaits et attentes exprimées par ces deux groupes, aucune des propositions concrètes issues de la 1<sup>ère</sup> phase de l'étude n'a cependant été



validée dans le cadre de l'enquête Delphi. De la discussion de ces résultats avec des spécialistes de la santé au travail, notamment dans le cadre d'une présentation au Fonds des maladies professionnelles, il ressort que la complexité des expositions professionnelles peut être très grande, en particulier dans le domaine des agents chimiques, mais aussi très variable au cours du temps en raison de la polyvalence des fonctions au sein des entreprises. Comme cette complexité et cette variabilité sont déjà difficiles à appréhender par des médecins formés dans ce domaine, il n'est pas surprenant, aux yeux de ces spécialistes, que les médecins du travail consultés dans le cadre de l'enquête Delphi aient exprimé des réserves quant à la possibilité de transférer des données utiles et compréhensibles à des confrères non formés, qu'ils soient MG ou MC.

L'équipe de recherche estime néanmoins qu'il appartient au groupe professionnel qui détient l'information de faire l'effort de transmission de cette information sous une forme compréhensible à l'intention des deux autres groupes professionnels qui en ont clairement exprimé le besoin. Afin de progresser sur cette question, il faudra donc explorer avec les experts du secteur de la médecine du travail la nature réelle des objections soulevées, et en particulier distinguer ce qui ressort de l'intérêt intrinsèque de l'information à transmettre (pertinence, standardisation, lisibilité, ...) et ce qui ressort du domaine de la faisabilité (charge de travail, temps disponible). Ensuite des groupes de travail mixtes (MG + MC + MT) devraient voir le jour pour préciser les besoins et les contenus à fournir. Une phase d'étude pourrait suivre afin de déterminer par exemple le format et la structure idéale du « descriptif résumé (1 page A4) de l'activité exercée par le patient au sein de l'entreprise ».

Dans l'immédiat, certains experts siégeant dans le comité d'accompagnement de la recherche ont suggéré que la fiche de poste de travail, téléchargeable à partir du site du SPF Emploi (Annexes 11 et 12 ; volume II), puisse servir de premier jalon pour l'élaboration de ce descriptif résumé.

### **L'identification des médecins du travail et des médecins-conseils**

Le moment est sans doute venu de faire avancer l'idée d'une immatriculation différenciée à l'INAMI des MT et des MC ; le fait que leur activité se déroule en dehors du fonctionnement financier de la sécu ne peut plus être un paravent ! Nous remarquons en effet que comme tous les autres médecins actifs dans le secteur curatif, ces deux groupes de médecins obtiennent leur agrément en tant que médecin-spécialiste du SPF Santé publique. En parallèle, il faudra définir les compétences résiduelles de ces médecins dans le cadre de la sécurité sociale, de façon à ne pas les « déshabiller » complètement, mais en permettant de les différencier clairement des MG.

Cependant, à court terme, nous pensons qu'il serait déjà possible d'œuvrer en ce sens par un référencement spécifique des MC et des MT au niveau du site web de l'Ordre des Médecins.

## **6.3 Les opinions des praticiens concernés**

Dans le décours de la réalisation de l'étude Partnership et en partie grâce à la dynamique des échanges interprofessionnels que l'étude a favorisés, les associations scientifiques des trois groupes de médecins, MG, MT et MC, ont organisé ensemble, avec l'appui du SPF Emploi, deux colloques consacrés à la gestion de l'incapacité de travail de longue durée.

Une journée d'étude francophone a été organisée à Bruxelles, le 10 novembre 2012, par la SSMG, la SSST et l'ASMA<sup>54</sup> avec pour thème « Et au boulot, ... ça va ? ». Cette journée a réuni environ 250 participants dont 63 médecins du travail, entre 70 et 80 médecins-conseils et environ 100 médecins généralistes. Des boîtiers de vote électronique ont été utilisés pour recueillir les opinions des participants et mesurer leurs connaissances de certaines dispositions réglementaires. L'Annexe 9 (volume II du rapport) reprend le programme de la journée et détaille les réponses obtenues.

Avec des objectifs similaires et le même support de boîtiers de vote électronique, la VWVA, la WVV<sup>55</sup>, et le « Updates Huisartsen Provincie Antwerpen » de l'Université d'Anvers, ont organisé le 8 décembre 2012, à Anvers, une demi-journée d'étude avec pour thème "Ziek thuis ... terug aan het werk". Ce colloque a réuni environ 150 médecins des trois professions. Certaines des propositions formulées dans le cadre de l'étude Partnership ont également été soumises au vote des participants. Les résultats détaillés sont repris à l'Annexe 10 (volume II) du rapport.

Ces deux colloques ont permis de tester concrètement le consensus de presque 400 praticiens issus des trois professions par rapport aux propositions suivantes :

**Tableau 32 : Réponses des praticiens aux propositions issues de l'étude Partnership**

Propositions		% tout a fait d'accord / d'accord		
		MG	MC	MT
1.1. Pensez-vous qu'il faudrait aussi autoriser le médecin-conseil à demander une visite du travailleur chez le MT pendant l'incapacité de travail ?	Fr	86	81	/
1.1. Vindt u dat men ook de verzekeringsarts de mogelijkheid zou moeten geven om tijdens de arbeidsongeschiktheid voor de werknemer een bezoek bij de bedrijfsarts aan te vragen?	NI	97		
1.2. Pensez-vous qu'il faudrait aussi autoriser le médecin généraliste à demander une visite du travailleur chez le MT pendant l'incapacité de travail ?	Fr	91	91	/
1.2. Vindt u dat men ook de huisarts de mogelijkheid zou moeten geven om tijdens de arbeidsongeschiktheid voor de werknemer een bezoek bij de bedrijfsarts aan te vragen?	NI	100		
5.1. Vindt u dat de wetenschappelijke en/of beroepsverenigingen van huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen gemeenschappelijke aanbevelingen zouden moeten uitwerken voor langdurige arbeidsongeschiktheid en re-integratie.?	NI	92		
5.3. Pensez-vous qu'il conviendrait de favoriser la collaboration interprofessionnelle par la formation continuée commune des MG, des MT et des MC ?	Fr	100	93	97
5.3. Vindt u dat het goed zou zijn om interprofessionele samenwerking te ondersteunen via de permanente vorming van HA, BA en VA?	NI	97		

<sup>54</sup> SSMG, Société scientifique de Médecine générale ; SSST, Société scientifique de Santé au travail ; ASMA, Association scientifique de Médecine d'Assurance

<sup>55</sup> VWVA, Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Arbeidsgezondheidskunde; WVV, Wetenschappelijke Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde.

On remarque donc que ces propositions qui ont été validées par les experts ayant participé à la procédure Delphi recueillent également un très large soutien parmi les praticiens concernés. Il importe cependant de nuancer les % obtenus durant les votes dans la mesure où ces deux colloques ont probablement attiré des praticiens a priori ouverts au principe de la collaboration interprofessionnelle.

## **7 Mise en perspective et conclusions**

Il n'est pas sans intérêt pour le développement souhaité de la collaboration interprofessionnelle de mettre en perspective les résultats de cette étude et en particulier de proposer une interprétation des résistances, ou à tout le moins, des réticences à plus de collaboration interprofessionnelle révélées par l'analyse qualitative des commentaires recueillis au cours de la procédure Delphi.

Deux éclairages sont proposés ci-après, celui de la sociologie des identités professionnelles et de la théorie critique d'une part, et celui des théories de la coopération dans le cadre de leur application en santé publique d'autre part.

### **7.1 Identité professionnelle et reconnaissance**

En suivant les écrits de sociologues et de psychosociologues (Sainsaulieu 1985, Berger et Luckmann 1986, Barbier 1996, Dubar 2000, Dejours 2007), l'identité professionnelle se caractérise par une série d'éléments. Entre autres, elle s'acquiert au sein du monde du travail, par l'incorporation de pratiques spécialisées. En d'autres termes, l'identité professionnelle prend corps à travers un vocabulaire et des procédures définis et construits en référence à un domaine précis d'activités.

Par ailleurs, la compréhension du processus identitaire au sens large participe de la reconnaissance de soi à travers autrui. Cette reconnaissance de soi est l'objet d'investigation du philosophe allemand Axel Honneth (2002, 2006). Ses recherches l'ont conduit à l'énonciation de ce qu'il a appelé la lutte pour la reconnaissance. Selon cette théorie, l'ensemble de nos rapports à autrui est traversé par des attentes de reconnaissance. En effet, l'image positive que nous pouvons avoir de nous-mêmes dépend du regard, des jugements et des comportements d'autrui à notre égard. C'est la raison pour laquelle nous restons toujours en attente de reconnaissance dans les interactions sociales. Honneth met en rapport trois formes de reconnaissance (affective, morale et juridique) avec trois formes de rapport positif à soi (confiance, estime et respect), eux-mêmes distribués dans trois sphères sociales distinctes (sphère privée de l'intime, sphère publique du travail et sphère publique du droit et de la politique). Le schéma suivant nous donne une vision d'ensemble de cette théorie.

Deux modes de reconnaissance nous semblent particulièrement éclairants dans le contexte de l'étude Partnership : la reconnaissance morale et la reconnaissance juridique.

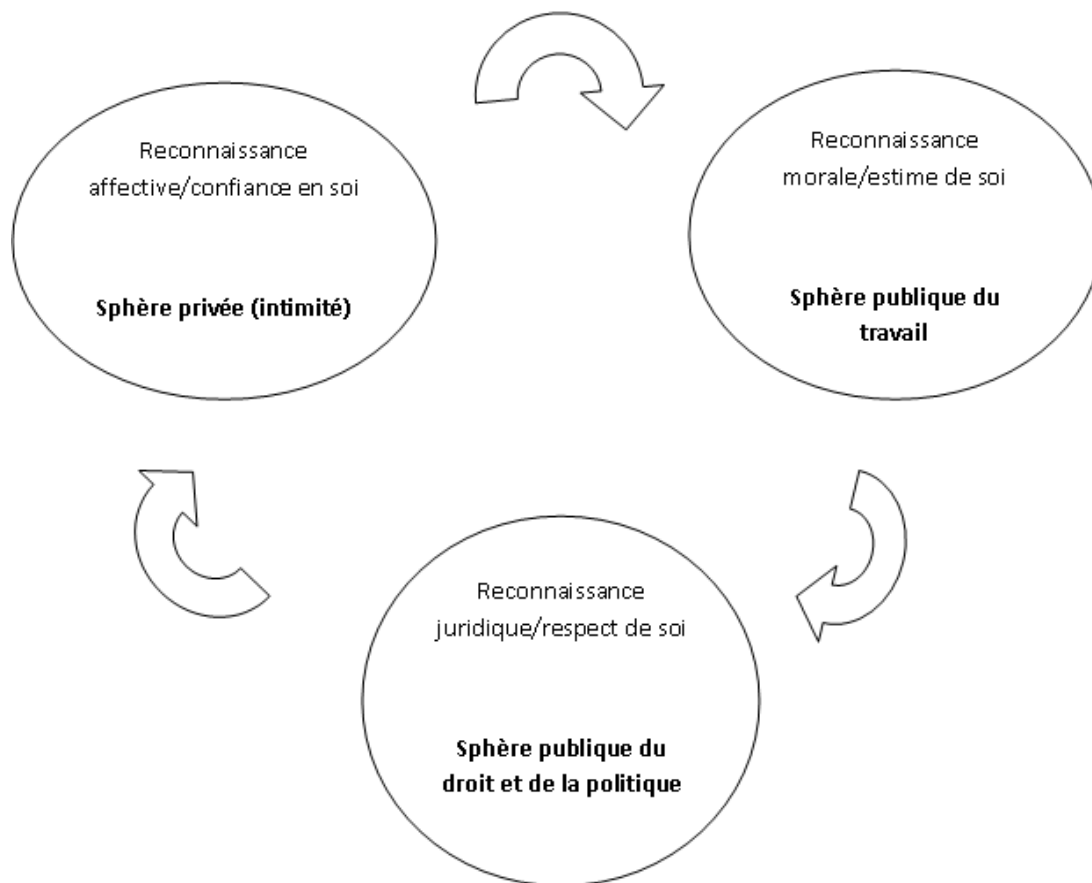


Figure 20 Théorie de la reconnaissance

La reconnaissance morale concerne la sphère publique du travail, la contribution de nos activités individuelles au bien de la société. Ce qui est recherché ici est l'« estime de soi », entendue comme la conviction de la fonction sociale de notre activité. Cette forme de reconnaissance morale permet ainsi à la personne de se rapporter positivement à ses qualités et à ses capacités concrètes.

La reconnaissance juridique a trait à la sphère publique du droit et de la politique. Elle est en lien avec les droits qui nous sont attribués.

Comment ces reconnaissances morale et juridique se déclinent-elles dans le discours des médecins des trois groupes professionnels? Quatre aspects peuvent être identifiés:

- Reconnaissance morale :
  - Le cloisonnement. Les pratiques propres à un professionnel de santé sont très spécifiques; par exemple, un médecin généraliste considère qu'élaborer des recommandations communes en matière de prise en charge des patients en arrêt de travail de longue durée et de réinsertion (Q.12 du 1<sup>er</sup> tour Delphi) est une excellente idée. En commentaires, il suggère des éléments à travailler en collaboration: "*Quelles démarches à faire lors d'une découverte de pollution, de mauvaises conditions de travail organisées structurellement par l'employeur...? Quelles démarches à faire lors de harcèlement au travail...? ....*";

- Le déni. L'autre n'a pas les capacités pour comprendre mon langage et les procédures mises en place ; par exemple, un médecin du travail commente à propos du résumé des expositions professionnelles : « ... *maar vraag is wat huisarts daarmee zal doen. Hij heeft geen kennis van beroepsrisico's, noch beroepsaandoeningen. Het zou hem misschien wel kunnen triggeren. Deze gegevens lijken eerder interessant voor epidemiologisch onderzoek en technische verzekeringsdossiers* ».
- *Reconnaissance juridique :*
- L'absence. Il y a des activités qui sont considérées comme ne faisant pas partie du champ du professionnel de santé ; par exemple, un médecin du travail commente à propos de l'utilité de la transmission du formulaire d'évaluation de santé au médecin généraliste du travailleur : « *Cela peut sembler utopique, mais il appartient au médecin du travail d'informer correctement le travailleur quant à ses droits par rapport à l'avis et / ou la décision du médecin du travail quand son devenir professionnel risque d'être mis en cause* »;
  - L'invisibilité. La spécificité du professionnel de santé n'est pas prise en compte ; par exemple, un médecin du travail commente : « *Il est à noter que l'ordre des médecins ne tient pas compte de la spécialisation en médecine du travail!* ».

## 7.2 Les théories de la coopération

Des chercheurs spécialisés en analyse des systèmes de santé ont récemment proposé un nouveau modèle théorique pour l'analyse des processus de coopération à l'œuvre dans le champ de la santé publique (de Rijk et al. 2007) : le modèle RDIC (« Resource Dependence Institutional Cooperation »).

Ce modèle apparaît particulièrement pertinent pour la mise en perspective des observations faites dans le cadre de la présente étude. Dans les facteurs favorisant ou non l'établissement de processus coopératifs, il distingue, à un premier niveau, la capacité à coopérer et la volonté de coopérer.

La capacité à coopérer dépend notamment des ressources disponibles (temps, ressources humaines, accès à des canaux de communication...) mais également des règles établies par les pouvoirs publics. Ces facteurs ont clairement été mis en évidence dans nos résultats : citons par exemple, le temps disponible pour les MT et les MC, leur disponibilité limitée en raison du nombre trop restreint de ces professionnels, l'ignorance des coordonnées de contact des autres professionnels, la rareté des impositions réglementaires en matière d'échanges réciproques d'information, etc...

Selon le modèle RDIC, le souhait de coopérer est potentiellement sous l'influence de trois groupes de facteurs : les règles établies par les pouvoirs publics, les perceptions que l'on a de l'interlocuteur avec qui il faudrait coopérer, et enfin le type de lien de dépendance entre les acteurs. Il est vrai en effet que les trois groupes de médecins étudiés dans le cadre du projet, exercent leur métier spécifique dans un cadre réglementaire qui leur est propre et qui modèle leurs comportements professionnels ; il n'est donc pas aisé pour chacun de saisir et de comprendre les ressorts des actions de l'autre. En ce qui concerne les perceptions, la première phase de l'étude Partnership a bien montré que les perceptions réciproques de la compétence de l'autre, du respect qu'il a pour votre travail, de l'écoute qu'il semble prêt à vous accorder, pouvaient en pratique constituer de sérieux obstacles à une coopération volontaire ou spontanée. La notion de dépendance mutuelle est un troisième facteur qui

fait écho de façon concrète aux observations de l'étude. Comme le soulignent les auteurs du modèle, lorsque le lien de dépendance implique un pouvoir d'un acteur sur un autre, il est malaisé d'envisager une coopération de nature positive ; dans le cadre ici étudié, ce type de dépendance caractérise, en partie, la relation entre MG et MC. La situation a priori la plus favorable est celle d'une dépendance symbiotique, c'est-à-dire la situation où deux acteurs ont besoin l'un de l'autre pour l'accomplissement de leurs missions. Cette situation renvoie naturellement à la question d'un but commun, ou d'un objet commun qui soit partagé par les trois groupes de médecins (Cf 6.2).

La préservation du lien d'emploi du patient devrait à l'avenir pouvoir représenter, pensons-nous, cet objectif commun qui serait poursuivi par chacun de ces médecins, MG, MT ou MC, dans le cadre de son rôle et de son positionnement spécifique.

### 7.3 L'originalité de la démarche méthodologique utilisée

Dans le déroulement des études Partnership I et II, deux techniques, correspondant à des approches spécifiques d'animation et de pilotage, ont été mobilisées : d'une part, une approche dite « *bottom-up* » (entretiens en groupes nominaux, Partnership I); de l'autre, une approche qualifiée de « *top-down* » (technique de consensus Delphi, Partnership II). L'utilisation de ces deux approches différentes mérite d'être soulignée car elle participe de l'originalité de la recherche réalisée : croiser des expériences vécues (par les professionnels de santé actifs sur le terrain) avec des visions distanciées des experts représentant divers niveaux de l'organisation des soins de santé et de la société civile. Cette double approche garantit ainsi que les recommandations émises dans le dernier chapitre de ce rapport ne sont pas le reflet du seul secteur des professionnels de santé, mais qu'elles tiennent compte aussi des opinions des différents interlocuteurs institutionnels (politiques, économiques et sociaux) impliqués, à des degrés divers, dans la problématique de l'incapacité de travail de longue durée.

### 7.4 Les suites possibles de l'étude réalisée

Les éléments de contexte évoqués plus hauts montrent si besoin en était, que l'évolution souhaitée vers une collaboration effective entre les trois professions médicales, risque de prendre des années, voire une génération, si des initiatives volontaristes ne sont pas prises par les pouvoirs publics. Les difficultés identifiées au cours de la présente recherche, entre autres, celles liées à la reconnaissance morale et juridique des professionnels de santé, renvoient aux différentes sphères dans lesquelles se place la collaboration interprofessionnelle.

**La sphère publique du travail.** Ainsi, dans un premier temps, des groupes de travail mixtes (administration + médecins) devraient voir le jour de façon à définir des modifications réalistes des habitudes de travail de chaque groupe professionnel en faveur d'une meilleure collaboration. Par modification réaliste, nous entendons notamment des modifications qui s'appliqueraient dans les cas où la nécessité d'une collaboration est la plus évidente. Le retour au travail des personnes en absence de longue durée en constitue un exemple mais d'autres situations méritent certainement une approche structurée. Dans l'immédiat, un état des lieux des pratiques de collaboration interprofessionnelle existant aux niveaux locaux peut s'avérer une amorce stimulante pour la concrétisation des groupes de travail mixtes. Les deux approches — top down et bottom-up —

utilisées tout au long du processus d'investigation de Partnership, ont fait du principe d'intéressement la pièce maitresse du dispositif à mettre en place.

**La sphère publique du droit et de la politique.** Ensuite, il conviendra que les autorités publiques promeuvent l'application effective des nouvelles pratiques de travail<sup>56</sup> par la voie de campagnes de sensibilisation ainsi que par l'adoption de nouvelles directives, règlements ou dispositions légales.

Enfin, l'équipe de recherche espère que l'existence même de ce rapport interpelle et stimule les personnes et institutions, étant partie prenante dans la collaboration interprofessionnelle, pour continuer le travail entrepris et œuvrer au changement.

---

<sup>56</sup> Mentionnons par exemple que, dans le cas de la visite de pré-reprise, le travailleur pourra bientôt entrer en contact direct avec le MT sans devoir passer préalablement par son employeur.

## 8 Bibliographie

- Akrich, M., Callon, M. et Latour, B. (1988). A quoi tient le succès des innovations ? : L'art de l'intéressement, Gérer et comprendre. *Annales des mines*, 11, 4-17.
- Alessandrini, E.A., Alpern, E.R., Chamberlain, J.M., Shea, J.A. & Gorelick, M.H. (2010). A new diagnosis grouping system for child emergency department visits. *Academic Emergency Medicine*, 17:204-213.
- Apostolidis, T. (2003). Représentations sociales et triangulation : enjeux théorico-méthodologiques. In Abric, J-L. Méthodes d'étude des représentations sociales. Toulouse : ERES, pp.13-35
- Bardecki, M. (1984). Participants' response to the Delphi method: An attitudinal perspective. *Technological Forecasting and Social Change*, 25(3): 281-292.
- Bardin, L. (2007). L'analyse de contenu. Paris : PUF.
- Barbier, JM. (1996). *L'analyse des pratiques : questions conceptuelles*. In Blanchard-Laville, CL. et Fablet, D. (Éds). *L'analyse des pratiques professionnelles*. Paris : L'Harmattan, pp. 27-49.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1986). *La construction sociale de la réalité*. Paris : Méridiens Klincksieck.
- Blanchet, A. & Gotman, A. (2009). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin.
- Bryman, A.E. (2004). Triangulation and measurement.
- Dejours, CH. (2007). Vulnérabilité psychopathologique et nouvelles formes d'organisation du travail (approche étiologique). *L'Information psychiatrique*, 83 : 269-75.
- de Rijk, A., van Raak, A., van der Made, J. (2007) A new theoretical model for cooperation in public health settings : the RDIC Model. *Qualitative Health Research* 17(8):1103-1116.
- Dubar, CL. (2000). *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*. Paris, Armand Colin.
- Ekionea, J.P., Bernard, P. & Plaisent, M. (2011) Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. *Recherches Qualitatives*, Vol. 29(3), pp. 168-192.
- Fernández Sueiro, JL., Roura, X. et al. (2011). Documento SER de consenso sobre el uso de terapias biológicas en la artritis psoriásica. *Reumatología Clínica*, 7(3):179-188.
- Halcomb, E.J. & Andrew, S. (2005). Triangulation as a method for contemporary nursing research. *Nurse Researcher*, 13 (2): 71-82.
- Honneth, A. (2002). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Édition du Cerf.
- Honneth, A. (2006). *La Société du mépris. Vers une nouvelle théorie critique*. Paris : La Découverte.



- Keeney, S., Hasson, F. & Mc Kenna, H. (2006). Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of advanced nursing*, 53(2), 205-212.
- Kelle, U. (2001). Sociological explanations between micro and macro and the integrations of qualitative and quantitative methods. *Forum: qualitative social research*, Vol 2 (1), Art 5, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs010159>.
- Kiessling, C., Dieterich, A., Fabry, G., Hölzer, H., Langewitz, W., Mühlhous, I., Pruskil, S., Scheffer, S. & Schubert, S. (2010). Communication and social competencies in medical education in German – speaking countries: the Basel consensus statement. *Patient Education and Counseling*, 81:259-266.
- Gómez Reino, J., Loza, E. et al. (2011). Consenso SER sobre la gestión de riesgo del tratamiento con terapias biológicas en pacientes con enfermedades reumáticas. *Reumatología clínica*, 7(5):284-298.
- Green, B., Jones, M., Hughes, D. & Williams, A. (1999). Applying the Delphi technique in a study of GPs' information requirements. *Health and social Care in the community*, 7 (3), 198-205.
- Janssen, A., Diekema, E., Van Dolder, R., Kollée, L., Ostendorp, R. & Nijhuis –van der Sanden, M. (2012). Development of a movement quality measurement tool for children. *Physical Therapy*, 92(4), 574-594.
- Jones, J. & Hunter, D. (1995). Consensus methods for medical and health services research. *British medical journal*, volume 311, 376-380.
- Landeta, J. (2006). Current validity of the Delphi method in social sciences. *Technological forecasting & social change*, 73, 467-482.
- Landeta, J. & Barrutia, J. (2011). People consultation to construct the future: a Delphi application. *International journal of forecasting*, 27, 134-151.
- Langlands, RL, Jorn, AF, Kelly, CM & Kitchener, BA. (2008). First aid recommendations fo psychosis: using the Delphi method to gain consensus between Mental Health consumers, carers, and clinicians. *Schizophrenia bulletin*, vol.24 (3), 435-443.
- Magalhaes, L. & Galheigo, SM. (2010). Enabling international communication among Brazilian occupational therapists: seeking consensus on occupational terminology. *Occupational Therapy International*, 17:113-124.
- Martín Mola, E., Hernández, B. et al. (2011). Consenso de uso de rituximab en artritis reumatoide. Un documento con recomendaciones basadas en la evidencia. *Reumatología clínica*, 7(1):30-44.
- Moran-Ellis, J.; Alexander, V.D.; Cronin, A.; Dickinson, M.; Fielding, J.; Sleney, J. & Thomas, H. (2006). Triangulation and integration: processes, claims and implications. *Qualitative Research* 6(1):45-59.
- Negura, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS [En ligne]* <http://sociologies.revues.org/993>
- Okoli, C. & Pawlowski, S.D. (2004). The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information & Management*, 42(1):15-29.

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2010). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.

Palisano, R., Rosenbaum, P., Bartlett, D. & Livingston, M.H. (2008). Content validity of the expanded and revised gross motor function classification system. *Development Medicine & Child Neurology*, 50:744-750.

Piram, M., Frenkel, J., Gattorno, M. et al. (2011). A preliminary score for the assessment of disease activity in hereditary recurrent fevers: results from the AIDAI consensus conference. *Ann Rheum Dis*, 70:309-314.

Powell, C. (2003). Methodological issues in nursing research. The Delphi technique: myths and realities. *Journal of advanced nursing*, 41 (4), 376-382.

Reetoo, K.N., Harrington, J.M. & Macdonald, E.B. (2005). Required competencies of occupational physicians: a Delphi survey of UK customers. *Occupational & Environmental Medicine*, 62, 406-413.

Sainsaulieu, R. (1985). *L'identité au travail*. Paris : Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.

Sayal, K., Amarasinghe, M., Robotham, S., Coope, C., Ashworth, M., Day, C., Tylee, A. & Simonoff, E. (2012). Quality standards for child and adolescent mental health in primary care. *BMC Family practice*, 13:51.

Swanborn, P.G. (1996). A common base for quality control criteria in quantitative and qualitative research. *Quality & Quantity*, 30:19-35.

The Cobatrice collaboration (2011). International standards for programmes of training in intensive care medicine in Europe. *Intensive Care Med*, 37:385-393.

## 9 Annexes au rapport

### Annexe 1 : questionnaire du 1<sup>er</sup> tour Delphi (fr)

Cher Confrère, Chère Consœur, Madame, Monsieur,

Le questionnaire ci-dessous fait partie d'une étude commanditée à trois départements universitaires (Université de Liège et K-U Leuven) par le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. La première phase a porté sur les moyens d'améliorer la collaboration interprofessionnelle entre médecins généralistes, médecins du travail et médecins-conseils, pour une meilleure prise en charge des problèmes de santé liés au travail.

Les avis et souhaits de ces trois professions médicales ont été recueillis dans chaque communauté linguistique en 2010-2011 par la technique du groupe nominal, lors de rencontres mono-disciplinaires. Le rapport final listait une série de propositions visant à améliorer la collaboration interprofessionnelle (voir <http://www.emploi.belgique.be/moduleDefault.aspx?id=34512>).

La deuxième phase de l'étude, à laquelle vous êtes convié, poursuit le triple objectif de :

- a) déterminer quelles propositions rencontrent l'approbation du plus grand nombre d'experts (monde médical, syndical, patronal, mutuelliste, usagers et autorités publiques) ;
- b) avancer dans la concrétisation de ces propositions ;
- c) réfléchir sur les aspects techniques et législatifs en lien avec la mise en place de ces propositions.

*Des propositions vont vous être présentées dans les écrans suivants.*

***Pour chaque proposition nous vous demandons de commenter vos réponses (expliquer votre choix, formuler des suggestions pour la mise en œuvre de la proposition) et d'exprimer votre opinion sur une échelle graduée.***

Ce questionnaire est conçu de telle façon à ne pas vous prendre plus d'une demi-heure.

En vous remerciant pour votre collaboration et votre disponibilité.

**1. Mise en relation du médecin généraliste, du médecin du travail et du médecin-conseil lors d'une incapacité de travail de longue durée**

Sachant qu'actuellement

a) seul le patient/travailleur peut demander, via son employeur, une visite chez le médecin du travail (appelée visite de pré-reprise) pendant la période d'incapacité de travail, et à condition que celle-ci dépasse 28 jours ;

b) que cette visite lui permet de discuter de son état de santé avec le médecin, d'envisager avec lui les conditions qui faciliteraient une reprise du travail, et en particulier d'examiner les possibilités d'adaptation de son poste de travail.

**1.1. Pensez-vous qu'il faudrait aussi autoriser le médecin-conseil à demander une visite du travailleur chez le médecin du travail pendant l'incapacité de travail ?**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas concerné
----------------------	-----------------	---------------------	----------------------	--------------

Espace commentaire

Avez-vous des suggestions ou des remarques pour la mise en œuvre pratique de cette mesure ?

**1.2. Pensez-vous qu'il faudrait aussi autoriser le médecin généraliste à demander une visite du travailleur chez le médecin du travail pendant l'incapacité de travail ?**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas concerné
----------------------	-----------------	---------------------	----------------------	--------------

Espace commentaire

Avez-vous des suggestions ou des remarques pour la mise en œuvre pratique de cette mesure ?

**1.3. Pour que cette demande du médecin-conseil ou du médecin généraliste soit recevable, la durée de l'incapacité de travail devrait être à votre avis de minimum ?**

4 semaines	8 semaines	12 semaines	Autre (précisez)	Pas concerné
------------	------------	-------------	------------------	--------------

Espace commentaire

Avez-vous des suggestions ou des remarques pour la mise en œuvre pratique de cette mesure ?

**2. Motivation des décisions des médecins-conseils**

**2.1. Pensez-vous que le médecin généraliste devrait avoir la possibilité de demander une copie du rapport motivant la décision du médecin-conseil concernant l'incapacité de travail de son patient ?**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas concerné
----------------------	-----------------	---------------------	----------------------	--------------

Espace commentaire

Avez-vous des suggestions ou des remarques pour la mise en œuvre pratique de cette mesure ?

**2.2. Pensez-vous que le patient devrait marquer son accord pour une transmission du rapport du médecin-conseil à son médecin généraliste ?**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas concerné
----------------------	-----------------	---------------------	----------------------	--------------

Espace commentaire

Avez-vous des suggestions ou des remarques pour la mise en œuvre pratique de cette mesure ?

### 3. Circulation des informations émanant du médecin du travail

Sachant que le cadre légal actuel prévoit déjà que toute transmission d'information du médecin du travail vers le médecin généraliste (ou le médecin traitant) est soumise à l'accord du patient.

Sachant en outre que :

a) à l'issue des évaluations de santé prévues par la réglementation, le médecin du travail remplit une fiche d'évaluation de santé dont le format est déterminé par la loi ;

b) que sur cette fiche, le médecin indique sa décision : aptitude/inaptitude du travailleur, ou aptitude moyennant certaines restrictions, ou demande de mutation à un autre poste de travail ;

c) que cette fiche ne contient pas d'information médicale, mais par contre que les coordonnées du médecin du travail y figurent et qu'elle est remise au travailleur à l'issue de l'examen et qu'une copie est transmise à l'employeur.

#### 3.1. Pensez-vous que le médecin du travail devrait transmettre le formulaire d'évaluation de santé au médecin généraliste du travailleur ?

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas concerné
----------------------	-----------------	---------------------	----------------------	--------------

Espace commentaire

Avez-vous des suggestions ou des remarques pour la mise en œuvre pratique de cette mesure ?

Sachant que le cadre légal actuel prévoit déjà que toute transmission d'information du médecin du travail vers le médecin généraliste (ou le médecin traitant) est soumise à l'accord du patient.

Sachant que la loi impose à l'employeur de communiquer au médecin du travail la « liste nominative des risques » et que cette liste reprend pour chaque fonction ou poste de travail de l'entreprise les risques professionnels associés et le nom du ou des travailleurs qui y sont exposés.

#### 3.2. Pensez-vous que le médecin du travail devrait transmettre au médecin généraliste du travailleur l'extrait de la « liste nominative des risques » qui concerne son patient ?

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas concerné
----------------------	-----------------	---------------------	----------------------	--------------

Espace commentaire

Avez-vous des suggestions ou des remarques pour la mise en œuvre pratique de cette mesure ?

Sachant que le cadre légal actuel prévoit déjà que toute transmission d'information du médecin du travail vers le médecin généraliste (ou le médecin traitant) est soumise à l'accord du patient.

**3.3. Pensez-vous que le médecin du travail devrait transmettre au médecin généraliste du travailleur une description résumée (1 page A4 maximum) de l'activité exercée par le patient au sein de l'entreprise ?**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas concerné
----------------------	-----------------	---------------------	----------------------	--------------

Espace commentaire

Avez-vous des suggestions ou des remarques pour la mise en œuvre pratique de cette mesure ?

**3.4. Pensez-vous qu'il serait souhaitable de constituer un résumé centralisé des risques professionnels encourus par le travailleur durant l'ensemble de sa carrière professionnelle, sur la base des informations recueillies lors des examens médicaux périodiques en médecine du travail ?**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas concerné
----------------------	-----------------	---------------------	----------------------	--------------

Espace commentaire

Avez-vous des suggestions ou des remarques pour la mise en œuvre pratique de cette mesure ?

#### 4. Développement du site Internet du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale

**4.1. Pensez-vous que le site Internet du SPF devrait abriter à l'intention des médecins non spécialistes de la santé au travail une rubrique spécifique reprenant des informations pratiques concernant les missions du médecin du travail et l'organisation de la prévention et la protection en milieu du travail ?**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas concerné
----------------------	-----------------	---------------------	----------------------	--------------

Espace commentaire

Avez-vous des suggestions ou des remarques pour la mise en œuvre pratique de cette mesure ?

**4.2. Pensez-vous que le site Internet du SPF devrait proposer un bottin des coordonnées de contact des médecins généralistes, des médecins du travail et des médecins-conseils ?**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas concerné
----------------------	-----------------	---------------------	----------------------	--------------

Espace commentaire

Avez-vous des suggestions ou des remarques pour la mise en œuvre pratique de cette mesure ?

#### 5. Formation professionnelle

**5.1. Pensez-vous que les représentants des médecins généralistes, des médecins du travail et des médecins-conseils devraient travailler à l'élaboration de recommandations communes en matière de prise en charge des patients en absence de longue durée et de définition des trajets de réinsertion ?**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas concerné
----------------------	-----------------	---------------------	----------------------	--------------



Espace commentaire

Avez-vous des propositions d'autres problématiques qui pourraient faire l'objet de recommandations ?

**5.2. Pensez-vous qu'il conviendrait d'introduire la collaboration interprofessionnelle parmi les compétences transversales enseignées dès la formation initiale en médecine ?**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas concerné
----------------------	-----------------	---------------------	----------------------	--------------

Espace commentaire

Avez-vous des suggestions ou des remarques pour la mise en œuvre pratique de cette mesure ?

**5.3. Pensez-vous qu'il conviendrait de favoriser la collaboration interprofessionnelle par la formation continuée des médecins généralistes, des médecins du travail et des médecins-conseils ?**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas concerné
----------------------	-----------------	---------------------	----------------------	--------------

Espace commentaire

Avez-vous des suggestions ou des remarques pour la mise en œuvre pratique de cette mesure ?

**6. Développement de la communication électronique**

**6.1. Pensez-vous que le développement de la communication électronique entre les trois professions concernées contribuera à améliorer la collaboration interprofessionnelle ?**

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas concerné
----------------------	-----------------	---------------------	----------------------	--------------

Espace commentaire

Avez-vous des suggestions ou des remarques pour la mise en œuvre pratique de cette mesure ?

**6.2. Pouvez-vous expliquer comment vous verriez le développement des flux d'informations électroniques évoqués à la question 6.1. ?**

Espace commentaire

**6.3. Quels obstacles voyez-vous au développement de la communication électronique entre les trois professions concernées?**

Espace commentaire

**6.4. Quelles protections souhaiteriez-vous mettre au développement de la communication électronique entre les trois professions concernées?**

Espace commentaire

## Annexe 2 : vragenlijst voor de eerste ronde Delphi (nl)

Beste collega, mevrouw, mijnheer,

Onderstaande vragenlijst maakt deel uit van een studie die drie universitaire teams van de Université de Liège en de KU Leuven uitvoeren voor de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociale dialoog. Het gaat om een Delphi studie die de tweede fase vormt binnen een project met als doel heeft de interprofessionele samenwerking tussen huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen te verbeteren. Dit alles met het oog op een betere aanpak van werkgerelateerde gezondheidsproblemen.

In het eerste deel van het onderzoek (2010-2011) werd binnen iedere beroepsgroep in beide taalgemeenschappen informatie verzameld via de nominale groepstechniek. Het eindrapport beschreef een aantal voorstellen om de interprofessionele samenwerking te verbeteren (<http://www.werk.belgie.be/moduleDefault.aspx?id=34512>).

De tweede fase van het onderzoek, waarvoor u wordt uitgenodigd, heeft drie doelstellingen :

- d) Bepalen welke voorstellen de meest ruime goedkeuring kunnen wegdragen van deskundigen terzake (medische beroepsgroepen, vakbond, werkgevers, ziekenfondsen, gebruikers en publieke overheid);
- e) Verder uitwerken van de voorstellen;
- f) Nadenken over de technische en juridische aspecten van de uitvoering.

*Op de volgende schermen zullen een aantal voorstellen beschreven worden.*

***Bij elk voorstel vragen we u om uw bedenkingen te formuleren (uw keuze te verduidelijken, suggesties te geven omtrent het in praktijk brengen van het voorstel) en om uw oordeel te geven op een puntenschaal.***

Het beantwoorden van de vragenlijst neemt niet meer dan een half uur in beslag.

Uw antwoorden zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden. De gegevensverwerking gebeurt anoniem.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

**1. Contact en overleg tussen huisarts, bedrijfsarts en verzekeringsarts bij een arbeidsongeschiktheid van lange duur**

Wetende dat momenteel

a) alleen de patiënt/werknemer tijdens de arbeidsongeschiktheid een bezoek kan aanvragen bij de bedrijfsarts (met name 'het bezoek voorafgaand aan de werkhervatting', aan te vragen via de werkgever en mogelijk van zodra de arbeidsonderbreking 28 dagen overschrijdt);

b) dit bezoek toelaat om de gezondheidstoestand te bespreken met de bedrijfsarts, waarbij samen de voorwaarden onderzocht worden die een terugkeer naar het werk faciliteren en vooral welke de mogelijkheden zijn tot aanpassing van de werkpost

**1.1. Vindt u dat men ook de verzekeringsarts de mogelijkheid zou moeten geven om tijdens de arbeidsongeschiktheid voor de werknemer een bezoek bij de bedrijfsarts aan te vragen?**

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing voor mij
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	------------------------------

Commentaar

Heeft u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

**1.2. Vindt u dat men ook de huisarts de mogelijkheid zou moeten geven om tijdens de arbeidsongeschiktheid voor de werknemer een bezoek bij de bedrijfsarts aan te vragen?**

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Heeft u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

**1.3. Vanaf welke duur van de arbeidsongeschiktheid zou de aanvraag door de verzekeringsarts of de huisarts mogelijk moeten zijn ?**

4 weken	8 weken	12 weken	Ander (preciseer)	Niet van toepassing
---------	---------	----------	-------------------	---------------------

Commentaar

Heeft u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

## **2. Motivering van de beslissingen van de verzekeringsarts**

### **2.1. Vindt u dat de huisarts de mogelijkheid zou moeten hebben om een kopie van het verslag aan te vragen waarop de beslissing van de verzekeringsarts over de (on)geschiktheid gebaseerd is?**

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Heeft u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

### **2.2. Vindt u dat de patiënt zijn akkoord zou moeten geven voor het bezorgen van het verslag van de verzekeringsarts aan zijn huisarts?**

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Heeft u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

## **3. Verspreiding van informatie door de bedrijfsarts**

Wetende dat het huidig wettelijk kader voorziet dat elke informatieoverdracht van de bedrijfsarts naar de huisarts het akkoord van de patiënt vereist.

En wetende dat :

- a) bij iedere gezondheidsbeoordeling die door de wet voorzien is, de bedrijfsarts het formulier gezondheidsbeoordeling, waarvan de vorm vastgelegd werd door de wet, invult ;
- b) dat op dit formulier de arts zijn beslissing aanduidt : geschiktheid/ongeschiktheid van de werknemer, of geschikt mits bepaalde beperkingen, of aanvraag mutatie naar een andere werkpost ;
- c) dat dit formulier geen medische informatie bevat, maar wel de contactgegevens van de bedrijfsarts en dat ze aan de werknemer bezorgd wordt bij de gezondheidsbeoordeling en dat een kopie wordt bezorgd aan de werkgever.

**3.1. Vindt u dat de bedrijfsarts het gezondheidsbeoordelingsformulier zou moeten bezorgen aan de huisarts van de werknemer?**

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Heeft u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

Wetende dat het huidig wettelijk kader voorziet dat elke informatieoverdracht van de bedrijfsarts naar de huisarts het akkoord van de patiënt vereist.

Wetende dat de wet de werkgever verplicht om de « naamlijsten van het gezondheidstoezicht » te bezorgen aan de bedrijfsarts en dat deze lijst voor elke functie of werkpost in de onderneming de beroepsrisico's beschrijft en de naam vermeldt van de werknemers die aan de risico's zijn blootgesteld.

**3.2. Vindt u dat de bedrijfsarts het fragment uit de "naamlijst van het gezondheidstoezicht" dat betrekking heeft op zijn patiënt zou moeten doorgeven aan de huisarts?**

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Heeft u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

Wetende dat het huidig wettelijk kader voorziet dat elke informatieoverdracht van de bedrijfsarts naar de huisarts het akkoord van de patiënt vereist.

**3.3. Vindt u dat de bedrijfsarts een beknopte beschrijving (maximum 1 A4 pagina) van de door de patiënt uitgeoefende activiteit in de onderneming aan de huisarts van de werknemer zou moeten bezorgen?**

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Heeft u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

**3.4. Denkt u dat het wenselijk is om een gecentraliseerd overzicht op te stellen van de beroepsrisico's waaraan een werknemer gedurende zijn gehele loopbaan werd blootgesteld, op basis van de informatie die de bedrijfsarts verzamelde tijdens de periodieke gezondheidsbeoordelingen?**

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Heeft u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

**4. Uitbreiding van de website van de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociale dialoog**

**4.1. Vindt u dat de website van de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociale dialoog een gedeelte zouden moeten voorzien met praktische informatie over de rol van de bedrijfsarts en de organisatie van de preventie en bescherming op het werk ter intentie van de artsen die niet gespecialiseerd zijn in de arbeidsgeneeskunde ?**

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Heeft u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

**4.2. Vindt u dat de website van de FOD Waso een databank met contactgegevens van huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen zou moeten bevatten?**

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Heeft u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

**5. Opleiding en vorming**

**5.1. Vindt u dat de wetenschappelijke en/of beroepsverenigingen van huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen gemeenschappelijke aanbevelingen zouden moeten uitwerken op het vlak van beleid ten aanzien van patiënten die langdurig arbeidsongeschikt zijn en het bepalen van re-integratietrajecten ?**

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Heeft u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

**5.2. Vindt u dat het goed zou zijn om interprofessionele samenwerking op te nemen in de transversale competenties die onderwezen worden vanaf de basisopleiding geneeskunde?**

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------



Commentaar

Heeft u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

**5.3. Vindt u dat het goed zou zijn om interprofessionele samenwerking te ondersteunen via de permanente vorming van huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen?**

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Heeft u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

**6. Elektronische gegevensuitwisseling**

**6.1. Denkt u dat de ontwikkeling van de elektronische gegevensuitwisseling tussen de drie betrokken beroepsgroepen zal bijdragen tot het verbeteren van de interprofessionele samenwerking?**

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Heeft u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

**6.2. Kan u uitleggen hoe u zich de ontwikkeling van de elektronische gegevensuitwisseling, vermeld in vraag 6.1., voorstelt ?**

Commentaar

**6.3. Welke obstakels ziet u voor de ontwikkeling van de elektronische gegevensuitwisseling tussen de drie betrokken beroepsgroepen?**

Commentaar

**6.4. Welke beveiligingsmaatregelen zou u willen zien bij de ontwikkeling van de elektronische gegevensuitwisseling tussen de drie betrokken beroepsgroepen?**

Commentaar

## Annexe 3 : questionnaire du 2<sup>e</sup> tour Delphi (fr)

### Question 1

---

A la troisième question du premier tour Delphi, 15 experts (32,6%) ont exprimé une autre opinion que celles proposées concernant la durée minimum de l'incapacité de travail à partir de laquelle la demande du médecin conseil ou du médecin généraliste serait recevable. Parmi les opinions exprimées, celles qui reviennent le plus souvent sont : « pas de limite », « dès que possible ».

**Pensez-vous que le médecin généraliste ou le médecin-conseil devrait pouvoir demander une visite du travailleur chez le médecin du travail si cela est utile ou nécessaire pour sa réinsertion professionnelle, et ce quelle que soit la durée de l'incapacité de travail? (échelle de Likert)**

### Question 2

---

A la quatrième question du premier tour Delphi, 74,5% des participants pensent que le médecin généraliste (MG) devrait avoir la possibilité de demander une copie du rapport motivant la décision du médecin-conseil (MC) concernant l'incapacité de travail de son patient. Un peu plus d'un cinquième des participants (21,3%) ne sont pas d'accord avec cette proposition. Ils pensent que le contact doit se faire de façon informelle afin d'éviter une surcharge de travail et/ou de respecter le rôle du patient dans l'interaction entre MG et MC. Une autre raison invoquée est de limiter la proposition aux cas de réinsertion au travail.

« Sachant qu'actuellement, le certificat d'incapacité de travail destiné au médecin-conseil de la mutuelle comporte seulement une mention qui permet au médecin généraliste de demander une prise de contact en cas de contestation de l'acceptation de l'incapacité de travail. »

**Pensez-vous qu'il serait utile d'étendre cette possibilité de demander une prise de contact au-delà de ce qui est prévu actuellement ? (Likert plus commentaires)**

### Question 3

---

A la quatrième question du premier tour Delphi, 74,5% des participants pensent que le médecin généraliste (MG) devrait avoir la possibilité de demander une copie du rapport motivant la décision du médecin-conseil (MC) concernant l'incapacité de travail de son patient. Un peu plus d'un cinquième des participants (21,3%) ne sont pas d'accord avec cette proposition. Ils pensent que le contact doit se faire de façon informelle afin d'éviter une surcharge de travail et/ou de respecter le rôle du patient dans l'interaction entre MG et MC. Une autre raison invoquée est de limiter la proposition aux cas de réinsertion au travail.

« Sachant qu'actuellement, le certificat d'incapacité de travail destiné au médecin-conseil de la mutuelle comporte seulement une mention qui permet au médecin généraliste de demander une prise de contact en cas de contestation de l'acceptation de l'incapacité de travail. »

**Comment pensez-vous que cette mesure pourrait être réalisée ? (commentaires)**

---

#### Question 4

---

A la cinquième question du premier tour Delphi, 38,3% des participants n'estiment pas qu'il faille demander au patient son accord pour une transmission du rapport du médecin-conseil (MC) à son médecin généraliste (MG). Plusieurs commentaires précisent que cet accord est donné de façon automatique ou implicite via la demande de dossier médical global (DMG) chez son MG car, dans ce cadre, la relation entre MG et patient est une relation de confiance. Une variante de cette vision considère que si c'est le MG qui a prescrit l'incapacité de travail, il est logique qu'il reçoive les rapports qui y sont liés. Par conséquent il s'ensuit qu'il n'est pas nécessaire de demander (à chaque reprise) l'accord du patient.

D'autres répondants considèrent que la transmission peut se faire sans l'accord du patient ; le MC et le MG peuvent se contacter de façon informelle, ce qui diminue aussi la charge administrative.

**Lorsqu'un dossier médical global (DMG) existe avec un médecin généraliste, pensez-vous qu'il est nécessaire de demander systématiquement l'accord du patient pour la transmission du rapport du médecin-conseil à son médecin généraliste ? (échelle de Likert plus commentaire)**

#### Question 5

---

A la sixième question du premier tour Delphi, 32% des participants, dont une majorité de médecins du travail, ont estimé que le médecin du travail ne devrait pas transmettre le formulaire d'évaluation de santé au médecin généraliste du travailleur. Ils pensent que cette démarche est inutile, que le contenu du formulaire ne s'y prête pas. Pour d'autres, cette démarche devrait se faire de façon informelle, et différentes raisons sont invoquées : « une surcharge de travail administratif », « c'est la responsabilité du patient », « le patient doit être le passeur de l'information ».

Sachant en outre que :

- a) à l'issue des évaluations de santé prévues par la réglementation, le médecin du travail (MT) remplit un formulaire d'évaluation de santé dont le format est déterminé par la loi ;
- b) que sur ce formulaire, le médecin indique sa décision : « aptitude/inaptitude du travailleur », ou « aptitude moyennant certaines restrictions », ou « demande de mutation à un autre poste de travail » ;
- c) que ce formulaire ne contient pas d'information médicale, mais que par contre les coordonnées du médecin du travail y figurent et qu'il est remis au travailleur à l'issue de l'examen avec copie à l'employeur.

**Pensez-vous que la transmission au médecin généraliste du travailleur du formulaire d'évaluation de santé, portant l'identification du médecin du travail, faciliterait la communication ultérieure entre ces deux médecins ? (échelle Likert)**

## Question 6

---

A la sixième question du premier tour Delphi, 32% des participants, dont une majorité de médecins du travail, ont estimé que le médecin du travail ne devrait pas transmettre le formulaire d'évaluation de santé au médecin généraliste du travailleur. Ils pensent que cette démarche est inutile, que le contenu du formulaire ne s'y prête pas. Pour d'autres, cette démarche devrait se faire de façon informelle, et différentes raisons sont invoquées : « une surcharge de travail administratif », « c'est la responsabilité du patient », « le patient doit être le passeur de l'information ».

Sachant en outre que :

- a) à l'issue des évaluations de santé prévues par la réglementation, le médecin du travail (MT) remplit un formulaire d'évaluation de santé dont le format est déterminé par la loi ;
- b) que sur ce formulaire, le médecin indique sa décision : « aptitude/inaptitude du travailleur », ou « aptitude moyennant certaines restrictions », ou « demande de mutation à un autre poste de travail » ;
- c) que ce formulaire ne contient pas d'information médicale, mais que par contre les coordonnées du médecin du travail y figurent et qu'il est remis au travailleur à l'issue de l'examen avec copie à l'employeur.

**Pensez-vous que la transmission du formulaire d'évaluation de santé au médecin généraliste du travailleur est utile lorsque la décision prise par le médecin du travail constitue pour le travailleur une restriction d'aptitude ou une inaptitude? (Likert)**

## Question 7

---

A la sixième question du premier tour Delphi, 32% des participants, dont une majorité de médecins du travail, ont estimé que le médecin du travail ne devrait pas transmettre le formulaire d'évaluation de santé au médecin généraliste du travailleur. Ils pensent que cette démarche est inutile, que le contenu du formulaire ne s'y prête pas. Pour d'autres, cette démarche devrait se faire de façon informelle, et différentes raisons sont invoquées : « une surcharge de travail administratif », « c'est la responsabilité du patient », « le patient doit être le passeur de l'information ».

Sachant en outre que :

- a) à l'issue des évaluations de santé prévues par la réglementation, le médecin du travail (MT) remplit un formulaire d'évaluation de santé dont le format est déterminé par la loi ;
- b) que sur ce formulaire, le médecin indique sa décision : « aptitude/inaptitude du travailleur », ou « aptitude moyennant certaines restrictions », ou « demande de mutation à un autre poste de travail » ;
- c) que ce formulaire ne contient pas d'information médicale, mais que par contre les coordonnées du médecin du travail y figurent et qu'il est remis au travailleur à l'issue de l'examen avec copie à l'employeur.

**Comment envisageriez-vous la mise en œuvre pratique de la transmission de ce formulaire ? (commentaires)**

## Question 8

---

A la septième question du premier tour Delphi, 23,9% des participants ne sont pas d'accord que le médecin du travail (MT) transmette au médecin généraliste (MG) du travailleur l'extrait de la liste nominative des risques qui concerne son patient. Ils trouvent cette démarche inutile ; le MG ne comprendrait pas les informations reprises dans la liste. D'autres désaccords portent sur la procédure en elle-même (systématicité, caractère formel et charge administrative induite).

« Sachant que le cadre légal actuel prévoit déjà que toute transmission d'information du médecin du travail vers le médecin généraliste est soumise à l'accord du patient.

Sachant qu'en fonction du cadre légal actuel, chaque entreprise dispose d'une « liste nominative des risques » et que cette liste reprend pour chaque fonction ou poste de travail de l'entreprise les risques professionnels associés et le nom du ou des travailleurs qui y sont exposés. »

**Pensez-vous qu'il serait utile pour le médecin généraliste du travailleur de recevoir du médecin du travail un extrait de cette liste nominative énumérant les risques professionnels retenus pour la fonction occupée par le travailleur? (échelle Likert)**

## Question 9

---

A la septième question du premier tour Delphi, 23,9% des participants ne sont pas d'accord que le médecin du travail (MT) transmette au médecin généraliste (MG) du travailleur l'extrait de la liste nominative des risques qui concerne son patient. Ils trouvent cette démarche inutile ; le MG ne comprendrait pas les informations reprises dans la liste. D'autres désaccords portent sur la procédure en elle-même (systématicité, caractère formel et charge administrative induite).

« Sachant que le cadre légal actuel prévoit déjà que toute transmission d'information du médecin du travail vers le médecin généraliste est soumise à l'accord du patient.

Sachant qu'en fonction du cadre légal actuel, chaque entreprise dispose d'une « liste nominative des risques » et que cette liste reprend pour chaque fonction ou poste de travail de l'entreprise les risques professionnels associés et le nom du ou des travailleurs qui y sont exposés. »

**Comment envisageriez-vous la mise en œuvre de la transmission de cette information entre le médecin du travail et le médecin généraliste ? (commentaires)**

## Question 10

---

A la huitième question du premier tour Delphi, 32,6% des participants, et notamment les médecins du travail, n'étaient pas favorables à ce que le médecin du travail transmette au médecin généraliste du travailleur une description résumée de l'activité exercée par le patient au sein de l'entreprise. Les commentaires portaient surtout sur la procédure (systématicité, rôle central du patient, faisabilité, charge de travail induite, caractère formel, utilisation de supports existants) et le contenu.

**Pensez-vous qu'une description résumée de l'activité exercée par le travailleur au sein de l'entreprise, établie par le médecin du travail (ou un de ses collaborateurs), serait utile pour le médecin généraliste du travailleur? (échelle Likert)**

### Question 11

---

A la huitième question du premier tour Delphi, 32,6% des participants, et notamment les médecins du travail, n'étaient pas favorables à ce que le médecin du travail transmette au médecin généraliste du travailleur une description résumée de l'activité exercée par le patient au sein de l'entreprise. Les commentaires portaient surtout sur la procédure (systématicité, rôle central du patient, faisabilité, charge de travail induite, caractère formel, utilisation de supports existants) et le contenu.

**Comment envisageriez-vous la mise en œuvre pratique de la transmission de cette description ? (commentaires)**

### Question 12

---

A la huitième question du premier tour Delphi, 32,6% des participants, et notamment les médecins du travail, n'étaient pas favorables à ce que le médecin du travail transmette au médecin généraliste du travailleur une description résumée de l'activité exercée par le patient au sein de l'entreprise. Les commentaires portaient surtout sur la procédure (systématicité, rôle central du patient, faisabilité, charge de travail induite, caractère formel, utilisation de supports existants) et le contenu.

**Pensez-vous qu'il est souhaitable d'initier une action conjointe entre représentants des médecins du travail et des médecins généralistes afin de déterminer le contenu de cette description résumée ? (échelle Likert plus commentaires)**

### Question 13

---

A la neuvième question du premier tour Delphi, il y a presque consensus (78,3%). Parmi les participants qui marquent leur désaccord, on relève les éléments suivants : procédure impossible, incluant le fait qu'il paraît extrêmement difficile de pouvoir englober tous les risques professionnels supportés par le travailleur dans le décours de sa carrière professionnelle ; caractère systématique, en lien avec la pertinence. Enfin deux représentants des autorités publiques insistent sur le rôle central du médecin généraliste dans la centralisation de ce type d'informations.

**Pensez-vous qu'il serait utile pour le médecin généraliste de disposer d'un résumé des expositions professionnelles du travailleur durant l'ensemble de sa carrière, établi sur la base d'une compilation des listes nominatives des risques successifs ? (échelle de Likert)**

### Question 14

---

A la neuvième question du premier tour Delphi, il y a presque consensus (78,3%). Parmi les participants qui marquent leur désaccord, on relève les éléments suivants : procédure impossible, incluant le fait qu'il paraît extrêmement difficile de pouvoir englober tous les risques professionnels supportés par le travailleur dans le décours de sa carrière professionnelle ; caractère systématique, en lien avec la pertinence. Enfin deux représentants des autorités publiques insistent sur le rôle central du médecin généraliste dans la centralisation de ce type d'informations.

**Pensez-vous qu'un tel résumé des expositions professionnelles du travailleur devrait être centralisé au niveau d'un organisme public? (échelle de Likert)**

### Question 15

---

A la neuvième question du premier tour Delphi, il y a presque consensus (78,3%). Parmi les participants qui marquent leur désaccord, on relève les éléments suivants : procédure impossible, incluant le fait qu'il paraît extrêmement difficile de pouvoir englober tous les risques professionnels supportés par le travailleur dans le décours de sa carrière professionnelle ; caractère systématique, en lien avec la pertinence. Enfin deux représentants des autorités publiques insistent sur le rôle central du médecin généraliste dans la centralisation de ce type d'informations.

**Pensez-vous qu'un tel résumé des expositions professionnelles du travailleur devrait être limité à un nombre restreint d'expositions professionnelles, soit celles connues comme susceptibles de causer des altérations de la santé à long terme ? (échelle de Likert)**

### Question 16

---

Plus d'un tiers des participants (38,3%) ont marqué leur désaccord à la onzième question du premier tour Delphi. Ce désaccord porte essentiellement sur la procédure. Soit les participants pointent l'existence de sites Web déjà fonctionnels (notamment celui de l'Ordre des médecins – Ordomedic.be), soit ils soulignent les difficultés inhérentes à la mise sur pied de cette initiative (mise à jour des données, protection de l'information, manque de visibilité des MT). De façon synthétique, l'analyse laisse entrevoir que le SPF Emploi devrait plutôt avoir un rôle de coordination, c'est-à-dire de renvoi vers des sites web existants à partir de son propre site internet.

**Pensez-vous qu'il serait utile que le site web du SPF Emploi propose un registre des coordonnées de contact des médecins du travail ? (échelle de Likert)**

### Question 17

---

Plus d'un tiers des participants (38,3%) ont marqué leur désaccord à la onzième question du premier tour Delphi. Ce désaccord porte essentiellement sur la procédure. Soit les participants pointent l'existence de sites Web déjà fonctionnels (notamment celui de l'Ordre des médecins – Ordomedic.be), soit ils soulignent les difficultés inhérentes à la mise sur pied de cette initiative (mise à jour des données, protection de l'information, manque de visibilité des MT). De façon synthétique, l'analyse laisse entrevoir que le SPF Emploi devrait plutôt avoir un rôle de coordination, c'est-à-dire de renvoi vers des sites web existants à partir de son propre site internet.

**Pensez-vous que l'INAMI devrait fournir sur son site les coordonnées des médecins-conseil de toutes les mutuelles ? (échelle de Likert)**

---



## Question 18

---

Plus d'un tiers des participants (38,3%) ont marqué leur désaccord à la onzième question du premier tour Delphi. Ce désaccord porte essentiellement sur la procédure. Soit les participants pointent l'existence de sites Web déjà fonctionnels (notamment celui de l'Ordre des médecins – Ordomedic.be), soit ils soulignent les difficultés inhérentes à la mise sur pied de cette initiative (mise à jour des données, protection de l'information, manque de visibilité des MT). De façon synthétique, l'analyse laisse entrevoir que le SPF Emploi devrait plutôt avoir un rôle de coordination, c'est-à-dire de renvoi vers des sites web existants à partir de son propre site internet.

**Pensez-vous que l'INAMI devrait immatriculer les médecins du travail et les médecins-conseil de façon distincte des médecins généralistes afin de mieux les identifier dans les répertoires institutionnels (p. ex. : le site Internet de l'Ordre des médecins) ? (échelle de Likert)**

## Annexe 4 : vragenlijst voor de 2<sup>de</sup> ronde Delphi (nl)

### Vraag 1

---

Bij de eerste vraag van eerste Delphi ronde gaven 15 experten (32,6%) een ander voorstel met betrekking tot de minimale ongeschiktheidsduur vanaf dewelke een aanvraag door de verzekeringsarts of de huisarts mogelijk zou moeten zijn. De voorstellen die het meest voorkwamen waren: geen limiet, zo vroeg mogelijk.

**Denkt u dat de huisarts of de verzekeringsarts het consult bij de bedrijfsarts moeten kunnen aanvragen wanneer het nuttig of nodig kan zijn voor de professionele re-integratie, en dit zonder enige tijdsbeperking? (Likert)**

### Vraag 2

---

Bij de vierde vraag van de eerste Delphi ronde vonden 74,5% van de deelnemers dat de huisarts de mogelijkheid zou moeten hebben om een kopie van het verslag aan te vragen waarop de beslissing van de verzekeringsarts over de (on)geschiktheid gebaseerd is. Iets meer dan een vijfde van de deelnemers (21,3%) was niet akkoord met dit voorstel. Men denkt dat het contact informeel moet verlopen om werkoverlast te beperken en/of om de rol van de patiënt in de interactie tussen huisarts en verzekeringsarts te respecteren. Een ander bemerking is om het voorstel te beperken tot gevallen van re-integratie op het werk.

Wetende dat momenteel het ongeschiktheidsattest voor de verzekeringsarts alleen de mogelijkheid biedt aan de huisarts om een contact aan te vragen in geval van betwisting van de erkenning van de arbeidsongeschiktheid.

**Denkt u dat het nuttig zou zijn om deze mogelijkheid tot contactname door de verzekeringsarts uit te breiden? (Likert en commentaar)**

### Vraag 3

---

Bij de vierde vraag van de eerste Delphi ronde vonden 74,5% van de deelnemers dat de huisarts de mogelijkheid zou moeten hebben om een kopie van het verslag aan te vragen waarop de beslissing van de verzekeringsarts over de (on)geschiktheid gebaseerd is. Iets meer dan een vijfde van de deelnemers (21,3%) was niet akkoord met dit voorstel. Men denkt dat het contact informeel moet verlopen om werkoverlast te beperken en/of om de rol van de patiënt in de interactie tussen huisarts en verzekeringsarts te respecteren. Een ander bemerking is om het voorstel te beperken tot gevallen van re-integratie op het werk.

Wetende dat momenteel het ongeschiktheidsattest voor de verzekeringsarts alleen de mogelijkheid biedt aan de huisarts om een contact aan te vragen in geval van betwisting van de erkenning van de arbeidsongeschiktheid.

**Hoe denkt u dat men dit voorstel kan realiseren? (commentaar)**

---

#### Vraag 4

---

Bij de vijfde vraag van de eerste Delphi ronde vonden 38,3% van de deelnemers niet dat de patiënt zijn akkoord moet geven voor het bezorgen van het verslag van de verzekeringsarts aan zijn huisarts. Meerdere deelnemers vinden dat dit akkoord automatisch of impliciet gegeven wordt bij het aanvragen van een globaal medisch dossier (GMD) bij de huisarts; in dit kader is er een vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt. Een andere visie is dat wanneer het de huisarts is die de ongeschiktheid voorschrijft het logisch is dat hij de verslagen ontvangt die hiermee te maken hebben. Daaruit volgt dat het niet nodig is om (telkens) het akkoord van de patiënt te vragen.

Anderen zijn van mening dat het bezorgen van het verslag kan zonder akkoord van de patiënt; de verzekeringsarts en de huisarts kunnen elkaar ook informeel contacteren, en dit vermindert ook de werklast.

**Denkt u dat er indien er een globaal medisch dossier is bij de huisarts, het nodig is om systematisch het akkoord van de patiënt te vragen voor het bezorgen van het verslag van de verzekeringsarts aan zijn huisarts?**

#### Vraag 5

---

Bij de zesde vraag van de eerste Delphi ronde vonden 32% van de deelnemers, waaronder een meerderheid bedrijfsartsen, dat de bedrijfsarts het gezondheidsbeoordelingsformulier niet zou moeten bezorgen aan de huisarts van de werknemer. Men vindt dit nutteloos, en de inhoud van het formulier is daar niet voor geschikt. Voor anderen zou dit informeel moeten gebeuren en zij geven daar de volgende redenen voor: een extra administratieve belasting, het is de verantwoordelijkheid van de patiënt, het is de patiënt die de informatie doorgeeft.

Wetende dat:

- a) bij iedere gezondheidsbeoordeling die door de wet voorzien is, de bedrijfsarts het formulier gezondheidsbeoordeling, waarvan de vorm vastgelegd werd door de wet, invult ;
- b) dat op dit formulier de arts zijn beslissing aanduidt : geschiktheid/ongeschiktheid van de werknemer, of geschikt mits bepaalde beperkingen, of aanvraag mutatie naar een andere werkpost;
- c) dat dit formulier geen medische informatie bevat, maar wel de contactgegevens van de bedrijfsarts en dat ze aan de werknemer bezorgd wordt bij de gezondheidsbeoordeling en dat een kopie bezorgd wordt aan de werkgever.

**Denkt u dat het bezorgen van het formulier gezondheidsbeoordeling, met de contactgegevens van de bedrijfsarts, de latere samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts zou faciliteren? (Likert schaal)**

#### Vraag 6

---

Bij de zesde vraag van de eerste Delphi ronde vonden 32% van de deelnemers, waaronder een meerderheid bedrijfsartsen, dat de bedrijfsarts het gezondheidsbeoordelingsformulier niet zou moeten bezorgen aan de huisarts van de werknemer. Men vindt dit nutteloos, en de inhoud van het formulier is daar niet voor geschikt. Voor anderen zou dit informeel moeten gebeuren en zij geven

daar de volgende redenen voor: een extra administratieve belasting, het is de verantwoordelijkheid van de patiënt, het is de patiënt die de informatie doorgeeft.

Wetende dat:

- a) bij iedere gezondheidsbeoordeling die door de wet voorzien is, de bedrijfsarts het formulier gezondheidsbeoordeling, waarvan de vorm vastgelegd werd door de wet, invult ;
- b) dat op dit formulier de arts zijn beslissing aanduidt : geschiktheid/ongeschiktheid van de werknemer, of geschikt mits bepaalde beperkingen, of aanvraag mutatie naar een andere werkpost;
- c) dat dit formulier geen medische informatie bevat, maar wel de contactgegevens van de bedrijfsarts en dat ze aan de werknemer bezorgd wordt bij de gezondheidsbeoordeling en dat een kopie bezorgd wordt aan de werkgever.

**Denkt u dat het nuttig is dat de bedrijfsarts het gezondheidsbeoordelingsformulier bezorgd aan de huisarts van de werknemer indien er een afwijkende geschiktheid is (geschiktheid mits beperkingen of ongeschiktheid)?**

#### **Vraag 7**

---

Bij de zesde vraag van de eerste Delphi ronde vonden 32% van de deelnemers, waaronder een meerderheid bedrijfsartsen, dat de bedrijfsarts het gezondheidsbeoordelingsformulier niet zou moeten bezorgen aan de huisarts van de werknemer. Men vindt dit nutteloos, en de inhoud van het formulier is daar niet voor geschikt. Voor anderen zou dit informeel moeten gebeuren en zij geven daar de volgende redenen voor: een extra administratieve belasting, het is de verantwoordelijkheid van de patiënt, het is de patiënt die de informatie doorgeeft.

Wetende dat:

- a) bij iedere gezondheidsbeoordeling die door de wet voorzien is, de bedrijfsarts het formulier gezondheidsbeoordeling, waarvan de vorm vastgelegd werd door de wet, invult ;
- b) dat op dit formulier de arts zijn beslissing aanduidt : geschiktheid/ongeschiktheid van de werknemer, of geschikt mits bepaalde beperkingen, of aanvraag mutatie naar een andere werkpost;
- c) dat dit formulier geen medische informatie bevat, maar wel de contactgegevens van de bedrijfsarts en dat ze aan de werknemer bezorgd wordt bij de gezondheidsbeoordeling en dat een kopie bezorgd wordt aan de werkgever.

**Hebt u suggesties voor het in de praktijk brengen van deze maatregel? (open vraag)**

#### **Vraag 8**

---

Bij de zevende vraag van de eerste Delphi ronde waren 23,9% van de deelnemers niet akkoord dat de bedrijfsarts het fragment uit de « overzichtslijst van de gezondheidsrisico's » dat betrekking heeft op de patiënt zou moeten doorgeven aan de huisarts. Men vindt dit nutteloos; de huisarts zou de informatie op deze lijst niet begrijpen. Anderen gaan niet akkoord omwille van de procedure (het systematische en formeel karakter, de extra administratieve belasting).

Wetende dat het huidig wettelijk kader voorziet dat elke informatieoverdracht van de bedrijfsarts naar de huisarts (of de behandelende arts) het akkoord van de patiënt vereist.

Wetende dat volgens het huidig wettelijk kader elke onderneming beschikt over een « overzichtslijst van de gezondheidsrisico's » en dat deze lijst voor elke functie of werkpost in de onderneming de beroepsrisico's beschrijft en de naam vermeldt van de werknemers die aan de risico's zijn blootgesteld.

**Denkt u dat het nuttig zou zijn voor de huisarts van de werknemer om van de bedrijfsarts het fragment uit de lijst van de gezondheidsrisico's te ontvangen dat kort de beroepsrisico's van de werkpost van de werknemer opsomt en uitlegt? (Likert)**

#### **Vraag 9**

---

Bij de zevende vraag van de eerste Delphi ronde waren 23,9% van de deelnemers niet akkoord dat de bedrijfsarts het fragment uit de « overzichtslijst van de gezondheidsrisico's » dat betrekking heeft op de patiënt zou moeten doorgeven aan de huisarts. Men vindt dit nutteloos; de huisarts zou de informatie op deze lijst niet begrijpen. Anderen gaan niet akkoord omwille van de procedure (het systematische en formeel karakter, de extra administratieve belasting).

Wetende dat het huidig wettelijk kader voorziet dat elke informatieoverdracht van de bedrijfsarts naar de huisarts (of de behandelende arts) het akkoord van de patiënt vereist.

Wetende dat volgens het huidig wettelijk kader elke onderneming beschikt over een « overzichtslijst van de gezondheidsrisico's » en dat deze lijst voor elke functie of werkpost in de onderneming de beroepsrisico's beschrijft en de naam vermeldt van de werknemers die aan de risico's zijn blootgesteld.

**Hebt u suggesties voor het in de praktijk brengen van de informatieoverdracht tussen bedrijfsarts en huisarts? (open vraag)**

#### **Vraag 10**

---

Bij de achtste vraag van de eerste Delphi ronde gingen 32,6% van de deelnemers, en met name de bedrijfsartsen, niet akkoord dat de bedrijfsarts een beknopte beschrijving van de door de patiënt uitgeoefende activiteit in de onderneming zou moeten bezorgen. De opmerkingen gingen voornamelijk over de procedure (het systematisch karakter, centrale rol van de patiënt, uitvoerbaarheid, werkbelasting, het formeel karakter, gebruik van bestaande systemen) en de inhoud.

**Denkt u dat een beknopte beschrijving opgesteld door de bedrijfsarts (of door zijn medewerkers) van de door de werknemer uitgevoerde activiteit in de onderneming, nuttig zou zijn voor de huisarts van de werknemer?(Likert)**

#### **Vraag 11**

---

Bij de achtste vraag van de eerste Delphi ronde gingen 32,6% van de deelnemers, en met name de bedrijfsartsen, niet akkoord dat de bedrijfsarts een beknopte beschrijving van de door de patiënt uitgeoefende activiteit in de onderneming zou moeten bezorgen. De opmerkingen gingen

voornamelijk over de procedure (het systematisch karakter, centrale rol van de patiënt, uitvoerbaarheid, werkbelasting, het formeel karakter, gebruik van bestaande systemen) en de inhoud.

**Hebt u suggesties voor het in de praktijk brengen van de informatieoverdracht tussen bedrijfsarts en huisarts? (open vraag)**

#### **Vraag 12**

---

Bij de achtste vraag van de eerste Delphi ronde gingen 32,6% van de deelnemers, en met name de bedrijfsartsen, niet akkoord dat de bedrijfsarts een beknopte beschrijving van de door de patiënt uitgeoefende activiteit in de onderneming zou moeten bezorgen. De opmerkingen gingen voornamelijk over de procedure (het systematisch karakter, centrale rol van de patiënt, uitvoerbaarheid, werkbelasting, het formeel karakter, gebruik van bestaande systemen) en de inhoud.

**Denkt u dat het wenselijk is een gezamenlijk initiatief met vertegenwoordigers van bedrijfsartsen en huisartsen op te starten om de inhoud van deze beknopte beschrijving te bepalen? (Likert)**

#### **Vraag 13**

---

Over de negende vraag van de eerste Delphi ronde is er bijna consensus (78,3%). De deelnemers die niet akkoord gaan, wijzen op de volgende punten: de procedure is onmogelijk, het lijkt heel moeilijk om alle beroepsrisico's die de werknemer gelopen heeft tijdens zijn carrière te omvatten, het systematisch karakter en vraag naar pertinentie. Ten slotte benadrukken twee vertegenwoordigers van de overheid de centrale rol van de huisarts bij de centralisatie van dergelijke gegevens.

**Denkt u dat het nuttig zou zijn voor de huisarts om te beschikken over een overzicht van de beroepsrisico's waaraan de werknemer gedurende zijn gehele loopbaan werd blootgesteld, opgesteld op basis van een compilatie van de opeenvolgende overzichtslijsten van de gezondheidsrisico's? (Likert)**

#### **Vraag 14**

---

Over de negende vraag van de eerste Delphi ronde is er bijna consensus (78,3%). De deelnemers die niet akkoord gaan, wijzen op de volgende punten: de procedure is onmogelijk, het lijkt heel moeilijk om alle beroepsrisico's die de werknemer gelopen heeft tijdens zijn carrière te omvatten, het systematisch karakter en vraag naar pertinentie. Ten slotte benadrukken twee vertegenwoordigers van de overheid de centrale rol van de huisarts bij de centralisatie van dergelijke gegevens.

**Denkt u dat een dergelijk overzicht van de beroepsrisico's waaraan de werknemer werd blootgesteld gecentraliseerd zou moeten worden bij een overheidsinstelling? (Likert)**

---

### Vraag 15

Over de negende vraag van de eerste Delphi ronde is er bijna consensus (78,3%). De deelnemers die niet akkoord gaan, wijzen op de volgende punten: de procedure is onmogelijk, het lijkt heel moeilijk om alle beroepsrisico's die de werknemer gelopen heeft tijdens zijn carrière te omvatten, het systematisch karakter en vraag naar pertinentie. Ten slotte benadrukken twee vertegenwoordigers van de overheid de centrale rol van de huisarts bij de centralisatie van dergelijke gegevens.

**Denkt u dat een dergelijk overzicht van de beroepsrisico's waaraan de werknemer werd blootgesteld enkel opgesteld zou moeten worden voor een beperkt aantal beroepsrisico's, namelijk voor diegene waarvan geweten is dat ze mogelijk gezondheidsproblemen veroorzaken op lange termijn?**

### Vraag 16

---

Meer dan één derde van de deelnemers (38,3%) ging niet akkoord met de elfde vraag uit de eerste Delphi ronde. De redenen om niet akkoord te gaan hebben voornamelijk te maken met de procedure. Deelnemers wijzen ofwel op het bestaan van websites die al functioneel zijn (met name de website van de Orde van geneesheren – Ordomedic.be), ofwel benadrukken ze de moeilijkheden bij de uitwerking van dit voorstel (up to date houden van de gegevens, bescherming van de informatie, gebrekkige zichtbaarheid van de bedrijfsartsen). Samenvattend toont de analyse dat de FOD Waso eerder een coördinerende rol zou moeten vervullen, en vanaf de eigen website zou moeten doorverwijzen naar bestaande websites.

**Denkt u dat het nuttig zou zijn dat de website van de FOD Waso een register bevat met de contactgegevens van de bedrijfsartsen? (Likert)**

### Vraag 17

---

Meer dan één derde van de deelnemers (38,3%) ging niet akkoord met de elfde vraag uit de eerste Delphi ronde. De redenen om niet akkoord te gaan hebben voornamelijk te maken met de procedure. Deelnemers wijzen ofwel op het bestaan van websites die al functioneel zijn (met name de website van de Orde van geneesheren – Ordomedic.be), ofwel benadrukken ze de moeilijkheden bij de uitwerking van dit voorstel (up to date houden van de gegevens, bescherming van de informatie, gebrekkige zichtbaarheid van de bedrijfsartsen). Samenvattend toont de analyse dat de FOD Waso eerder een coördinerende rol zou moeten vervullen, en vanaf de eigen website zou moeten doorverwijzen naar bestaande websites.

**Denkt u dat het RIZIV op zijn website de contactgegevens van verzekeringsartsen van alle mutualiteiten zou moeten vermelden? (Likert)**

### Vraag 18

---

Meer dan één derde van de deelnemers (38,3%) ging niet akkoord met de elfde vraag uit de eerste Delphi ronde. De redenen om niet akkoord te gaan hebben voornamelijk te maken met de procedure. Deelnemers wijzen ofwel op het bestaan van websites die al functioneel zijn (met name de website van de Orde van geneesheren – Ordomedic.be), ofwel benadrukken ze de moeilijkheden bij de uitwerking van dit voorstel (up to date houden van de gegevens, bescherming van de

informatie, gebrekkige zichtbaarheid van de bedrijfsartsen). Samenvattend toont de analyse dat de FOD Waso eerder een coördinerende rol zou moeten vervullen, en vanaf de eigen website zou moeten doorverwijzen naar bestaande websites.

**Denkt u dat het RIZIV de bedrijfsartsen en de verzekeringsartsen apart zou moeten registreren van de huisartsen om hen zo beter te kunnen identificeren in institutionele repertoires (b.v. de website van de Orde van geneesheren)? (Likert)**

---



## Annexe 5 : consensus et absence d'opposition de groupe (1<sup>er</sup> tour Delphi).

Vérification de l'absence d'opposition au sein de chaque groupe d'experts.

Tableau 1. Q1 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecin Généraliste (M.G.)	8	1		9
Médecin Travail (M.T.)	7	3		10
Médecin Conseil (M.C)	8	1		9
Assureur Loi (A.L.)	2			2
Fonction Publique (F.P.)	7	1		8
Syndicats (Synd.)	2	2		4
Employeurs (Employ.)	3			3
Citoyen patient (C.P.)	1	1		2
Ensemble des groupes	38	9		47

Tableau 2. Q2 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecin Généraliste (M.G.)	9			9
Médecin Travail (M.T.)	9	1		10
Médecin Conseil (M.C)	7	1	1	9
Assureur Loi (A.L.)	1		1	2
Fonction Publique (F.P.)	7	1		8
Syndicats (Synd.)	3	1		4
Employeurs (Employ.)	2	1		3
Citoyen patient (C.P.)	1	1		2
Ensemble des groupes	39	6	2	47

Tableau 3. Q10 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecin Généraliste (M.G.)	8	1		9
Médecin Travail (M.T.)	9	1		10
Médecin Conseil (M.C)	8	1		9
Assureur Loi (A.L.)	2			2
Fonction Publique (F.P.)	7	1		8
Syndicats (Synd.)	2	1	1	4
Employeurs (Employ.)	2	1		3
Citoyen patient (C.P.)	2			2
Ensemble des groupes	40	6	1	47

Tableau 4. Q12 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre<sup>57</sup>

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecin Généraliste (M.G.)	9			9
Médecin Travail (M.T.)	10			10
Médecin Conseil (M.C)	8			8
Assureur Loi (A.L.)	2			2
Fonction Publique (F.P.)	7	1		8
Syndicats (Synd.)	4			4
Employeurs (Employ.)	3			3
Citoyen patient (C.P.)	2			2
Ensemble des groupes	45	1		46

Tableau 5. Q13 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecin Généraliste (M.G.)	7	2		9
Médecin Travail (M.T.)	9	1		10
Médecin Conseil (M.C)	8	1		9
Assureur Loi (A.L.)	2			2
Fonction Publique (F.P.)	6	2		8
Syndicats (Synd.)	4			4
Employeurs (Employ.)	3			3
Citoyen patient (C.P.)	2			2
Ensemble des groupes	41	6		47

Tableau 6. Q14 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecin Généraliste (M.G.)	9			9
Médecin Travail (M.T.)	10			10
Médecin Conseil (M.C)	9			9
Assureur Loi (A.L.)	2			2
Fonction Publique (F.P.)	7	1		8
Syndicats (Synd.)	4			4
Employeurs (Employ.)	2	1		3
Citoyen patient (C.P.)	2			2
Ensemble des groupes	45	2		47

Tableau 7. Q15 Consensus/absence de consensus par groupe d'experts en nombre

Groupe d'experts	D'accord	Pas d'accord	Pas concerné	Total
Médecin Généraliste (M.G.)	7	2		9
Médecin Travail (M.T.)	9	1		10
Médecin Conseil (M.C)	8	1		9
Assureur Loi (A.L.)	2			2
Fonction Publique (F.P.)	7	1		8
Syndicats (Synd.)	4			4
Employeurs (Employ.)	2	1		3
Citoyen patient (C.P.)	1		1	2
Ensemble des groupes	39	6	1	47

<sup>57</sup> Un médecin conseil n'a pas coché de réponse quantitative.