

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

Synthèse du rapport final

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)



Synthèse de l'étude Partnership II

Table des matières

1	Introduction.....	4
2	Méthodologie	4
2.1	Choix de la technique de collecte des données	5
2.1.1	Méthode Delphi.....	5
2.1.2	Logiciel Mesydel	6
2.2	Construction du questionnaire.....	6
2.2.1	Questionnaire - 1 ^{er} tour Delphi.....	6
2.2.2	Questionnaire - 2 ^e tour Delphi	6
2.3	Constitution du panel d'experts.....	6
2.4	Critères de qualité des méthodes utilisées	7
2.4.1	Technique Delphi.....	7
2.4.2	Analyse qualitative	8
2.5	Critères retenus pour définir la notion de consensus	8
3	Premier et deuxième tour Delphi.....	9
3.1	Participation au 1 ^{er} et au 2 ^e tour Delphi.....	9
3.2	Analyse des résultats quantitatifs : consensus versus désaccord.....	9
3.3	Analyse qualitative	11
4	Recommandations.....	11
4.1	Les zones d'accord pour une meilleure collaboration interprofessionnelle.....	11
4.1.1	Première proposition	11
4.1.2	Deuxième proposition	12
4.1.3	Troisième proposition.....	12
4.1.4	Quatrième proposition	12
4.1.5	Cinquième proposition.....	13
4.1.6	Sixième proposition.....	13
4.2	Les zones d'ombre pour une meilleure collaboration interprofessionnelle.....	13
	Lien avec les observations de la 1 ^{ère} phase de l'étude.....	13
	L'objet partagé de la collaboration potentielle.....	14
	Quel rôle confier au patient ?	15

Le « Graal » de la communication électronique	16
La connaissance des conditions de travail	16
L'identification des médecins du travail et des médecins-conseils	17
5 Mise en perspective et conclusions	17
5.1 Identité professionnelle et reconnaissance	17
5.2 Les théories de la coopération	19
5.3 L'originalité de la démarche méthodologique utilisée.....	20
5.4 Les suites possibles de l'étude réalisée	20
6 Bibliographie.....	21
Annexe 1 : questionnaire du 1 ^{er} tour Delphi	23
Annexe 2 : questionnaire du 2 ^e tour Delphi	31

1 Introduction

Au terme de l'étude commanditée en 2010-2011 par le Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale¹ « *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*, une liste de propositions concrètes avait été soumise au SPF Emploi.

Avant toute mise en application, 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 Delphi semblait convenir le mieux pour cet exercice.

Suite au dépôt du rapport de la 1^{ère} phase de l'étude (consultable via <http://www.emploi.belgique.be/moduleDefault.aspx?id=34512>), le SPF Emploi a décidé de financer une 2^e 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 »².

2 Méthodologie

Le schéma de la figure 1 (page suivante) permet d'avoir une vue d'ensemble sur le processus méthodologique mobilisé dans le cadre de la 2^e phase de l'étude, désignée par l'acronyme Partnership II.

¹Désigné dans le reste du rapport en tant que « SPF Emploi »

² Extrait de la convention de collaboration HUT/DIRECT/2011/AP/4 , p 2.

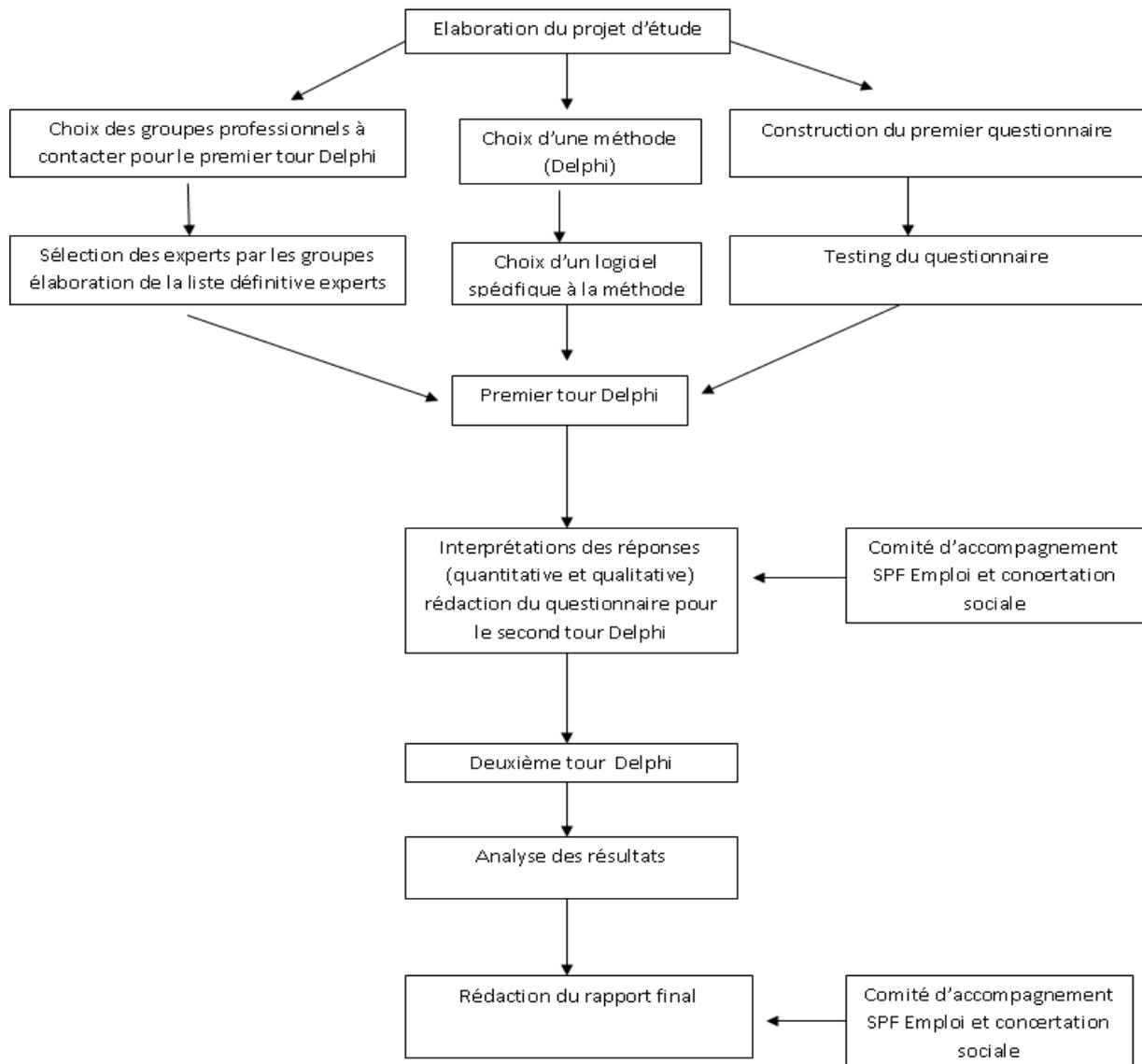


Figure 1 : Schéma de l'étude Partnership II

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, cette technique est actuellement d'application dans de très nombreux champs scientifiques, entre autres, celui de la médecine.

Selon Landeta (2006, p. 468), la technique Delphi se définit 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 de l'étude commanditée par le SPF Emploi se prête particulièrement bien à l'utilisation de ce type de technique dont les principales caractéristiques sont les suivantes :

- Processus itératif comportant des tours ou « rondes » : les experts sont 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 constitue 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 médié par l'une équipe de recherche.

2.1.2 Logiciel Mesydel

Le support utilisé pour procéder aux rondes Delphi doit être à la fois facile d'emploi, fiable et permettre une analyse quantitative et qualitative des données collectées (voir 3.4.2.). Après investigation, l'équipe de recherche a décidé d'utiliser le logiciel Mesydel développé par Stéphane Rieppi, sociologue et membre du laboratoire Spiral (ULg), et Martin Ercicum.

2.2 Construction du questionnaire

2.2.1 Questionnaire - 1^{er} tour Delphi

Afin de rédiger une première version du questionnaire, les chercheurs se sont basés sur les recommandations mises en avant par la recherche Partnership I. Cette première version a été finalisée lors d'une réunion de travail de l'équipe de recherche, traduite ensuite en néerlandais par N.S. et 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. La dernière version du questionnaire a été pré-testée auprès de différents groupes professionnels.

Le questionnaire se compose de 18 questions : les 15 premières comportent une échelle de Likert (cinq positions) ainsi qu'un espace pour des commentaires ; les 3 dernières sont strictement qualitatives, c'est-à-dire que l'expert est invité à exprimer comment il voit la mise en œuvre d'une proposition concrète (par exemple le développement de la communication électronique).

2.2.2 Questionnaire - 2^e 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 identifié celles qui ne le faisaient pas. Ces dernières ont été reformulées en fonction des commentaires émis lors du premier tour par les participants et les membres du comité d'accompagnement, pour tenter d'augmenter le niveau de consensus.

2.3 Constitution du panel d'experts

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

Une fois les institutions listées, le nombre d'expert à consulter a été établi (tableau 1).

Tableau 1 : Nombre d'experts par organisme d'affiliation pressentis pour participer à la procédure 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
TOTAL	31	30	9	70

Un total de 61 experts ont accepté de participer à l'étude Partnership II.

2.4 Critères de qualité des méthodes utilisées

2.4.1 Technique Delphi

La revue de littérature effectuée montre que les indicateurs et les instruments mobilisés pour évaluer la qualité d'une enquête de type Delphi sont en général :

- 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 dépasser 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 l'intervalle de temps entre la

fin du premier tour et le début du second, des changements législatifs importants ne soient intervenus (J. Landeta 2006, J. Landeta & J. Barrutia 2011) ;

- Qualité et intensité de la participation ;
- Existence d'un comité d'accompagnement.

2.4.2 Analyse qualitative

Le travail d'analyse des données se compose de 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 raisons du désaccord. Quels sont les éléments en lien avec le rejet de telle ou telle proposition ? L'analyse des désaccords est un élément particulièrement pertinent pour reformuler les propositions qui sont présentées au deuxième tour. Par ailleurs, la compréhension en profondeur des éléments en lien avec le désaccord (tant du 1^{er} tour que du 2^e 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.

Le corpus sur lequel a porté l'analyse qualitative entreprise 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. La validité de l'analyse qualitative se fonde sur la triangulation, soit le fait que plusieurs chercheurs, si possible de formation différente, participent indépendamment à l'interprétation des données.

Dans le cadre de cette étude, les deux chercheurs en charge de l'analyse qualitative 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 à l'aide d'un chercheur d'une autre spécialité (médecine du travail, médecine générale, ou médecine assurantielle).

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 pourra être amené à promulguer des textes ou des recommandations pour améliorer la collaboration interprofessionnelle dans la prise en charge des pathologies d'origine professionnelle.

La revue de littérature met en évidence qu'il n'existe pas de guidelines universellement acceptés. Certains auteurs (Keeney, 2006: 210) avancent que 75% doit être considéré comme un seuil minimal. Dans cette 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;
- b. Absence de position négative dans un groupe. Si dans un groupe d'experts, une proposition est unanimement rejetée, alors la proposition n'a pas obtenu de consensus, et elle sera à nouveau soumise, moyennant modification, à l'ensemble du panel d'experts lors du 2^e tour Delphi.

3 Premier et deuxième tour Delphi

3.1 Participation au 1^{er} et au 2^e 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, soit 77%, ont participé effectivement (tableau 2). 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 – avaient été invités au deuxième tour. De ces 47 experts, seuls trois n'ont pas participé. Ces taux de participation élevés (77% et 93,6% au 2^e tour) sont le résultat d'un travail intense de relance de la part des deux chercheurs responsables.

Tableau 2 : Taux de participation aux 1^{er} et 2^e tours Delphi par groupes d'experts

Groupes d'experts	FR	NL	1 ^e tour (nombre)	(%)	FR	NL	2 ^e tour (nombre)	(%)
Médecins généralistes (MG)	6	3	9/12	19,1	5	3	8/9	18,2
Médecins du travail (MT)	5	5	10/11	21,3	5	5	10/10	22,7
Médecins conseils (MC)	3	6	9/9	19,1	3	6	9/9	20,4
Assureurs-loi (A.L.)	1	1	2/2	4,2	1	1	2/2	4,6
Fonction publique (F.P.)	5	3	8/11	17,1	3	3	6/8	13,6
Représentants syndicaux (Synd.)	3	1	4/5	8,5	3	1	4/4	9,1
Représentants employeurs (Employ.)	2	1	3/6	6,4	2	1	3/3	6,8
Citoyens patients (C.P.)	1	1	2/5	4,2	1	1	2/2	4,6
Total	26	21	47/61	100	23	21	44/47	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 employés 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 réduit.

Il faut souligner que lors du 2^e tour, la contribution relative de chaque groupe d'experts à l'ensemble du panel est restée relativement similaire à celle du 1^{er} tour, sauf pour celui de la fonction publique.

3.2 Analyse des résultats quantitatifs : consensus versus désaccord

Le tableau 3 ci-dessous permet de visualiser les questions pour lesquelles il y a eu consensus parmi l'ensemble des experts consultés et celles pour lesquelles il n'y a pas eu consensus. Les pourcentages affichés, question par question, se rapportent à l'opinion positive des experts en regard de la question posée.

Tableau 3 : Consensus ou absence de consensus lors des 1^{er} et 2^e tours Delphi (en %)

Questions du tour 1	Pourcentage de consensus	Questions du tour 2	Pourcentage de 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%		

A la lecture de ce tableau, il apparaît clairement qu'une série de propositions ont fait l'objet d'un consensus lors du premier tour. Il s'agit de :

- autoriser le **médecin-conseil** à demander une visite du travailleur chez le médecin du travail pendant l'incapacité de travail (Q. 1, 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 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.).

Il apparaît que le 2^e 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).
- l'INAMI devrait fournir sur son site les coordonnées des médecins-conseils de toutes les mutualités (Q.17).

3.3 Analyse qualitative

L'analyse qualitative des désaccords étant à la base de la reformulation des propositions du deuxième tour ainsi que des recommandations émises au point 4, nous renvoyons le lecteur intéressé par les détails de cette analyse au Chapitre 5 du rapport final.

4 Recommandations

4.1 Les zones d'accord pour une meilleure collaboration interprofessionnelle

Nous reprenons dans ce qui suit les propositions ayant obtenu un consensus lors du 1^{er} tour Delphi. Pour chacune, nous synthétisons les commentaires émis par les groupes d'experts qui ont marqué leur accord avec la proposition.

Il faut rappeler 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, mais il nous semble 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.

4.1.1 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 points évoqués figurent les éléments suivants (par ordre croissant): le délai, la possibilité de simplifier les choses en officialisant cette possibilité via le CPPT, la nécessaire préparation de la visite qui implique que le médecin demandeur précise les questions auxquelles il souhaite voir apporter une réponse, la notion de contrainte éventuelle et donc l'accord du patient à solliciter ou non dans le cadre d'une telle demande.

Le 2^e tour 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 ils ne souhaitent pas qu'intervienne une durée minimale d'incapacité de travail du travailleur.

Dans ce contexte, il faut souligner que le SPF Emploi envisage d'apporter une modification à la procédure conditionnant actuellement une visite du travailleur chez le médecin du travail pendant l'arrêt de travail (dite visite de pré-reprise) afin de permettre au travailleur d'entrer directement en contact avec le service de médecine du travail sans devoir passer préalablement par l'employeur.

4.1.2 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) :

- 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, particulièrement touffu actuellement).

4.1.3 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.

Les commentaires émis peuvent être regroupés en 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 : vaccinations, accidents avec exposition au sang, protection de la maternité, dépistage précoce, situations de harcèlement, conditions de travail (exposition à la pollution),

4.1.4 Quatrième proposition

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

Trois catégories sont apparues lors de l'analyse interprétative des commentaires émis : la pédagogie, le contenu et le cursus. En matière de contenu, les éléments suivants ont été mentionnés par les experts : 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.

4.1.5 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, des ateliers interactifs, des 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.

4.1.6 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 (Q.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,...).

La communication électronique est toutefois citée également dans plusieurs questions du 2^e tour Delphi, qui n'ont pas recueilli de consensus suffisant (Q.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 la clé 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.

4.2 Les zones d'ombre pour une meilleure collaboration interprofessionnelle

Lien avec les observations de la 1^{ère} 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^{ère} phase de l'étude Partnership. 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 groupes professionnels est 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.

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^{ère} 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*³. 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 certes une part de leur charge de travail, et 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.

³ 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)

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 travail que dans la gestion de nombreux aspects des 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 ont pu avoir une influence indirecte 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 apparence 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 travail⁴, le MT n'est pas toujours au courant de l'absence-maladie du travailleur, ou la découvre trop tardivement, que pour pouvoir préparer la réintégration au travail. L'absence d'un processus 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. En outre le client prioritaire du MT reste 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^{ère} phase de l'étude 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 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 travail⁵ 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.

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

⁴ Retour au travail après une absence de longue durée (projet HUT/P/MS-BB/PSY15/2), SPF Emploi, mars 2012

⁵ Art 153 § 2 des lois coordonnées : «Les médecins-conseils veillent également à la réinsertion socioprofessionnelle des titulaires en incapacité de travail ».

les professionnels. Vouloir « responsabiliser le patient » peut apparaître comme un excellent principe en matière de santé. Si ce principe a incontestablement une valeur en matière de prévention et d'adaptation des comportements de santé, il paraît pour le moins discutable d'en proposer l'application en matière d'échanges d'informations entre professionnels de santé. C'est surtout discutable sur le plan de l'efficacité pratique. L'inefficacité actuelle de ce mode de communication – dont pourtant tous les acteurs sont en place – est évidente et nous a conduits à décrire un processus d'évitement dans l'analyse de plusieurs questions (Q.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 4.1.6, 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.

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 faciliter ou freiner, selon les cas, 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^{ère} 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, 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 ».

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 du SPF Santé publique leur agrément en tant que médecin-spécialiste. 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.

5 Mise en perspective et conclusions

Il n'est pas sans intérêt pour le développement souhaité de la collaboration interprofessionnelle de proposer une interprétation 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.

5.1 Identité professionnelle et reconnaissance

En suivant les écrits de sociologues et de psychosociologues (Sainsaulieu 1985, Berger et Luckmann 1986, Barbier 1996, Dubar 2000, Dejourné 2007), l'identité professionnelle se caractérise par une série d'éléments qui prennent corps, au sein du monde du travail, à travers un vocabulaire et des procédures définies 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. Comme l'ont montré les travaux du philosophe allemand Axel Honneth (2002, 2006), on peut parler de 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, et c'est pourquoi 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.

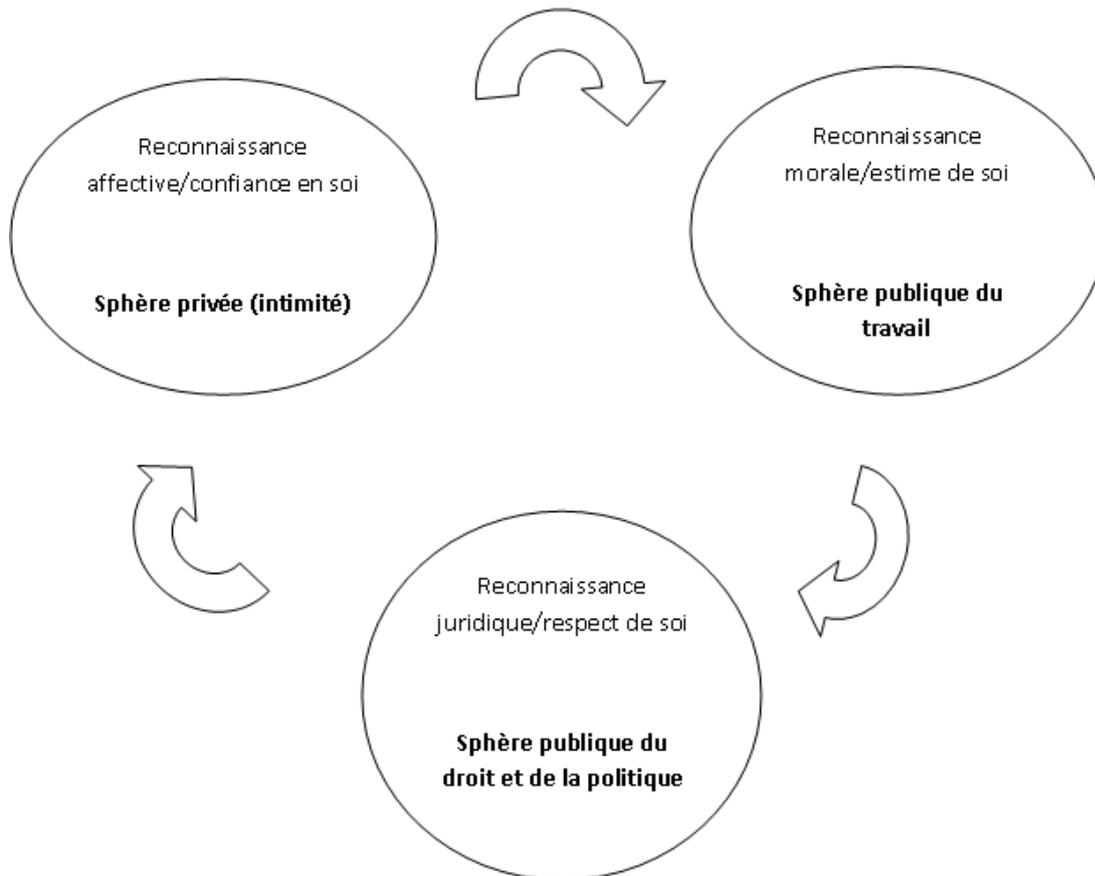


Figure 2 : Théorie de la reconnaissance (Honneth 2002)

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.

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 (Q.12 du 1^{er} 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. Certaines activités 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!* ».

5.2 Les théories de la coopération

Des chercheurs spécialisés en analyse des systèmes de santé ont récemment proposé un nouveau modèle 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 de leurs effectifs trop restreints, 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 phase I 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 à des 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 4.2).

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.

5.3 L'originalité de la démarche méthodologique utilisée

Dans le décours 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 rapport final 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.

5.4 Les suites possibles de l'étude réalisée

Les éléments de contexte évoqués plus haut montrent, 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 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 de ces groupes de travail mixtes.

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 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 parties prenantes dans la collaboration interprofessionnelle, pour continuer le travail entrepris et œuvrer au changement.

6 Bibliographie

Bardecki, M. (1984). Participants' response to the Delphi method: An attitudinal perspective. *Technological Forecasting and Social Change*, 25(3) : 281-292.

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.

Dubar, CL. (2000). *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*. Paris, Armand Colin.

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.

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.

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.

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.

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

Annexe 1 : questionnaire du 1^{er} tour Delphi

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.

1.2. 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.

1.3. 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 ?

1.4. 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 ?

2. 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 ?

2.2. 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 ?

3. 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 : questionnaire du 2^e tour Delphi

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)