

Faculté de santé publique

Enjeux liés à la création d'un outil de recensement des ergothérapeutes de première ligne en Belgique francophone :

Une recherche exploratoire.

Mémoire réalisé par
Jessica Perillier

Promoteur·rice(s)
Thérèse Van Durme

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Enjeux liés à la création d'un outil de recensement des ergothérapeutes de première ligne en Belgique francophone :

Une recherche exploratoire.

Mémoire réalisé par
Jessica Perillier

Promoteur·rice(s)
Thérèse Van Durme

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Pour commencer, je souhaite exprimer ma profonde gratitude à Thérèse Van Durme, ma promotrice pour son accompagnement tout au long de ce travail. Merci pour tous les conseils et la confiance accordée pendant ces quelques mois.

Je tiens à remercier du fond du cœur mes deux enfants, ils sont certainement encore trop jeunes pour comprendre à quel point leur présence a été un moteur énorme de motivation. Héloïse et Johan, merci pour votre énergie débordante et votre amour qui m'ont poussé à me dépasser continuellement pour vous prouver que tout est possible.

Je me dois également d'adresser un merci tout particulier à ma maman pour les conseils pertinents et les nombreuses relectures de ce travail. De nombreux kilomètres nous séparent mais sa présence a toujours été indéfectible.

Je souhaite également faire un clin d'œil aux nombreuses rencontres réalisées pendant le master. Ces années ont été riches d'apprentissages grâce à tous les professeurs de la faculté de santé publique ; merci pour votre investissement, le partage de vos connaissances et votre accompagnement. Je pense aussi aux amitiés qui se sont créées, nos longues discussions vont se poursuivre pendant encore de longues années, mais je souhaite vous dire à quel point votre présence et votre soutien ces trois années ont été essentiels à la réussite de cette formation.

Enfin, je dis merci à mes proches qui se reconnaîtront et qui ont à leur façon rendu la réalisation de ce travail possible grâce à leur aide et leur présence dans tous les autres aspects de ma vie.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Liste des abréviations

AVIQ	Agence pour une Vie de Qualité
ASBL	Association Sans But Lucratif
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapist
COCOM	Commission Communautaire Commune de Bruxelles capitale
COTEC	Council of Occupational Therapists for the European Countries
INAMI	Institut National de l'Assurance Maladie Invalidité
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
LUSS	Ligue des Usagers des Services de Santé
OLS	Organisation Locorégionale de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la santé
PPLW	Plateforme de Première Ligne Wallonne
SISD	Services Intégrés de Soins à Domicile
SPF	Service Public Fédéral
SSP	Soins de Santé Primaire
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée
UPE	Union Professionnelles des Ergothérapeutes belge
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
WFOT	World Federation of Occupational Therapists

Liste de tableaux

Tableau 1: Définitions de l'ergothérapie	17
Tableau 2: Résultats de l'analyse des articles concernant les interventions des ergothérapeutes de première ligne	19
Tableau 3 : Nombre de pays où les ergothérapeutes interviennent en première ligne (selon les domaines) (World Federation of Occupational Therapists, 2020)	23
Tableau 4 : Nombre d'ergothérapeutes indépendants par pays (Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC), 2023)	25
Tableau 5: Nombre d'ergothérapeutes sous statut d'indépendant en Belgique d'après les données du PlanCad 2019 (SPF santé publique, 2023)	26
Tableau 6: Codes d'identification des entretiens ayant permis l'identification lors de l'analyse des entretiens	33
Tableau 7 : Descriptif de l'échantillon et des entretiens	36

Liste des figures

Figure 1: Carte des parties prenantes	30
Figure 2: Classification des résultats de la première rubrique	37
Figure 3: Classification des résultats de la deuxième rubrique	42
Figure 4: Classification des résultats de la troisième rubrique.....	46

Table des matières

Liste des abréviations	7
Liste de tableaux.....	8
Liste des figures.....	9
Table des matières	10
1. Introduction	12
1.1. La première ligne de soin	13
1.1.1. Définitions	13
1.1.2. Les enjeux du développement de la première ligne de soins	14
1.1.3. Le développement de la première ligne de soins en Belgique	15
1.2. L’ergothérapie de première ligne	16
1.1.4. Définitions de l’ergothérapie.....	16
1.1.5. Les interventions de l’ergothérapeute de première ligne	17
1.1.6. Les défis liés au développement de la profession en première ligne	20
1.3. Le recensement des ergothérapeutes	22
1.1.7. Fonctions des recensements des professionnels de santé	22
1.1.8. Recensement des ergothérapeutes de première ligne dans le monde	23
1.1.9. Recensement des ergothérapeutes de première ligne en Belgique	25
1.4. Problématisation	27
2. Méthodologie.....	28
2.1. Méthodologie de sélection des participants à la recherche	28
2.2. Méthodologie de création du guide d’entretien.....	31
2.3. Méthodologie de réalisation des entretiens	31
2.4. Méthodologie d’analyse des entretiens	32
3. Résultats	35
3.1. Matériel recueilli	35
3.2. Profil des enquêtés.....	35
3.3. Présentation des résultats.....	37

3.3.1. Première partie : Rubrique 1- L’outil	37
3.3.2. Deuxième partie : Rubrique 2- Gestion de l’outil	42
3.3.3. Troisième partie : Rubrique 3- Les défis concomitants au développement d’un outil de recensement des ergothérapeutes de première ligne.....	46
4. Discussion	50
4.1. Mise en perspective des résultats principaux	50
4.2. Forces et faiblesses de l’étude	53
4.3. Réflexivité	55
4.4. Recommandations	56
5. Conclusion.....	60
6. Bibliographie	61

1. Introduction

Je suis ergothérapeute en gériatrie aigüe au sein d'un hôpital, depuis une dizaine d'années. La prise en charge avec une vision positive et holistique de la santé pour soutenir l'autonomie des personnes est au cœur même de ma pratique. Les personnes que j'accompagne présentent des problématiques bio-psycho-sociales complexes et nécessitent des prises en charge multidisciplinaires. Au sein de l'institution dans laquelle je travaille, la coordination et la continuité des soins sont des aspects auxquels toute l'équipe est attentive, notamment lors du retour de la personne dans son lieu de vie. Nous veillons, ensemble, à assurer ce retour dans les meilleures conditions en aidant à la mise en place des aides nécessaires, en fournissant les informations d'offre de soins disponibles autour des lieux de vie, en coordonnant nos actions de préventions diverses (alimentation, chute, gestion des médicaments ...). Nous souhaitons également offrir des espaces de discussion entre les patients, les soignants (qu'ils soient de première ou de seconde ligne) et les familles lorsque certaines situations complexes le nécessitent. La présence de l'hôpital de jour gériatrique au sein de l'institution nous permet également d'assurer un suivi régulier des bénéficiaires et d'ainsi répondre au mieux à leurs besoins globaux.

Cependant, en tant qu'ergothérapeute, je suis souvent confrontée à une problématique simple : comment m'assurer de répondre aux besoins des patients dans leur environnement/lieu de vie alors que je ne peux m'y rendre ?

Depuis quelques années déjà, je m'intéresse donc aux initiatives d'offres de soins proches du lieu de vie des personnes. Ces soins de proximité, qui sont parfois appelés « de première ligne », se développent de plus en plus et devraient pouvoir répondre aux besoins des populations telles que celles que j'accompagne. En continuant de m'informer sur l'offre de soins en ergothérapie de première ligne, je tente ainsi dans la mesure de mes possibilités, de répondre aux attentes de mes patients en les informant des options de prises en charge dans leur environnement. Je suis cependant régulièrement confrontée à des difficultés pour identifier les ergothérapeutes de première ligne disponibles sur le territoire. Des collègues avec qui j'ai eu l'occasion de discuter m'ont également fait part de leur difficulté à réorienter les patients qu'ils prennent en charge dans divers domaines (pneumologie, pédiatrie, neurologie, ...).

Au cours du master, j'ai également pris conscience du fait que le développement de cette première ligne de soin était un enjeu de santé publique. J'ai aussi constaté que des recherches concernant l'intégration des soins étaient menées, de même que des études sur les apports de

l'ergothérapie de première ligne. Parallèlement, il me semblait que de nombreux freins au développement de la profession en soins primaires existaient encore. Mes lectures préliminaires ont par la suite confirmé mes réflexions personnelles sur le manque de centralisation concernant les informations relatives aux ergothérapeutes de première ligne. En effet, bien que de nombreuses initiatives qui recensent une partie de l'offre de soins en Belgique existent, pour les ergothérapeutes, ces recensements ne sont ni systématiques ni mis à jour. Ils sont encore moins facilement consultables par ceux qui en ont besoin, par exemple des bénéficiaires, leurs proches, les professionnels eux-mêmes, les plateformes diverses (santé mentale, de première ligne, ...).

Je me suis donc questionnée sur la nécessité de pouvoir disposer d'un outil de recensement concernant ces ergothérapeutes de première ligne. Ainsi, dans ce travail, je vais m'efforcer de répondre aux questions suivantes : Quels sont les enjeux liés à la création d'un outil de recensement des ergothérapeutes de première ligne en Belgique francophone ? Cette question générale a ensuite été déclinée en trois sous-questions :

- Quel type d'outil pourrait être envisagé pour permettre ce recensement ?
- Comment cet outil de recensement pourrait-il être géré ?
- Quels sont les défis concomitants au développement d'un outil de recensement ?

1.1. La première ligne de soin

1.1.1. Définitions

Dans ce travail nous allons nous intéresser à l'offre de soins en ergothérapie de première ligne en Belgique francophone. Il nous apparaît dès lors essentiel de définir ce concept.

Les soins de première ligne font partie des Soins de Santé Primaire (SSP) qui sont définis par l'OMS comme « *une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations.* » (World Health Organization and United Nations Children's Fund, 1978, para.VI). Cette définition est basée sur des valeurs fortes de justice sociale, d'équité, de solidarité et de participation des individus (World Health Organization and

United Nations Children's Fund, 1978). Les SSP nous apparaissent donc comme une façon d'aborder la santé.

D'après Crismer et al (2016), les soins de première ligne peuvent également être appelés soins primaires. Bourgueil et al (2021) définissent les soins primaires comme « *l'ensemble d'acteurs et de services de soins qui couvrent l'ensemble des besoins de soins de proximité des populations* » (Bourgueil et al., 2021, p.5 à 13). Le livre blanc du Be Hive (2020) énonce par ailleurs que les soins de première ligne servent « *à dispenser des soins de santé intégrés au sein de la communauté. Ils sont caractérisés par une accessibilité universelle, une approche globale, axée sur la personne. Les soins sont dispensés par une équipe de professionnels responsables de la prise en charge de la grande majorité des problèmes de santé. Ce service doit s'accomplir dans un partenariat durable avec les personnes (usagers des services de santé ou non) et leurs aidants, dans le contexte de la famille et de la communauté locale. La première ligne joue un rôle central dans la coordination générale et la continuité des soins dispensés à la population.* » (Alvarez et al., 2020, p.21). Le livre blanc du Be hive (2020) reprend également les caractéristiques proposées par Barbara Starfield en 1994 pour définir la première ligne de soins, à savoir les six caractéristiques suivantes qui sont « premier contact », « au sein de la communauté », « approche centrée sur la personne », « service complet », « coordination » et « continuité » (Alvarez et al., 2020, p.21).

Sur base de ces définitions, les soins primaires ou les soins de première ligne constituent donc l'ensemble des stratégies qui permettent aux populations d'accéder à l'offre de soins en fonction de leurs besoins et au plus proche de leur lieu de vie ; ils sont également la porte d'entrée aux services de santé et doivent pouvoir offrir un ensemble de services coordonnés et continus.

1.1.2. Les enjeux du développement de la première ligne de soins

Au niveau international, la déclaration d'Alma ATA affirmait dès l'année 1978, la nécessité de changer l'orientation des systèmes de santé pour aller vers plus de prévention et de promotion de la santé au niveau communautaire. Elle énonce que « *tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet* » (World Health Organization and United Nations Children's Fund, 1978, para.8). En 2019, l'OMS recommande à nouveau « *d'investir d'abord et avant tout dans des systèmes solides de soins de santé primaires, en mettant l'accent sur la promotion de la santé et la*

prévention des maladies », l'objectif à long terme étant de bénéficier de systèmes de santé plus efficaces (Organisation mondiale de la santé, 2019, avant-propos para.5).

En 2018, Allen et al (2018) insistent sur le développement des soins de santé primaires en Europe ; pour ces auteurs, un système de soin de santé primaire plus fort apporte de meilleurs résultats en matière de santé tout en limitant les coûts et favorise ainsi la couverture universelle. Ces auteurs pointent également « *les principaux défis démographiques et épidémiologiques de ce siècle, notamment le vieillissement, les inégalités socio-économiques, les maladies chroniques, l'augmentation des taux de consultation et la multimorbidité* » et la nécessité pour les soins primaires de pouvoir répondre aux besoins qui découlent de ce contexte sociétal (Allen et al., 2018, p.1).

1.1.3. Le développement de la première ligne de soins en Belgique

La littérature démontre donc la nécessité du développement des soins primaires en général et la Belgique n'est pas en reste concernant cette réflexion d'efficacité des soins de santé.

Plusieurs rapports récents mettent en avant l'existence des soins de première ligne en Belgique. En effet, le rapport de 2020 réalisé par le centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), fait le constat qu'un renforcement des « *prevention policies could be further strengthened with a focus on risks factors and diseases that cause most of the disease burden* » et évoque la nécessité d'améliorer les soins primaires (Gerkens and Merkur, 2020, p.23). En 2022, dans le rapport « vers des soins plus intégrés en Belgique », Lambert indique que l'intégration des soins passera par le développement de la première ligne de soins notamment au travers de la mise en place d'un « *maillage multidisciplinaire de prestataires de soins autour du patient* » (Lambert et al., 2022, p.21). À Bruxelles, nous retrouvons le Plan Social Santé Intégré (PSSI) publié en 2022 qui évoque plusieurs pistes pour développer la première ligne de soin (COCOM, 2022). En Wallonie, un mémorandum vient d'être publié par la Plateforme de Première Ligne Wallonne (PPLW) qui énonce également un certain nombre de recommandations concernant la première ligne de soins (Plateforme de première ligne Wallonne, 2024).

Il existe également plusieurs textes de loi concernant la première ligne de soins en Belgique. Un premier décret publié le 26 avril 2019 porte sur l'organisation des soins de première ligne, des plateformes régionales de soins et du soutien des prestataires de soins de première ligne (Moniteur belge [Autorité Flamande], 2019) spécifique à l'organisation de la première en Région flamande. La même année, en région bruxelloise, l'ordonnance relative à la politique

de première ligne de soins a été publiée (Moniteur belge [Commission Communautaire Commune de Bruxelles-Capitale (COCOM)], 2019). En Wallonie, la proposition de décret relatif à l'organisation de la première ligne d'accompagnement et de soins a été publiée le 26 mars 2024 (Parlement Wallon, 2024). Ces textes de loi ont pour objectif de définir les concepts liés à la première ligne, prévoir l'organisation de la première ligne ainsi que la gestion de la première ligne de soin dans les différentes régions du pays.

Ainsi, nous pouvons constater que les soins primaires deviennent une priorité en termes de développement de l'offre de soins que ce soit dans le monde, en Europe ou en Belgique.

1.2.L'ergothérapie de première ligne

1.2.1. Définitions de l'ergothérapie

Comme indiqué précédemment, les équipes de première ligne sont des équipes multidisciplinaires et nous souhaitons, dans ce travail, nous concentrer sur l'offre de soins primaire en ergothérapie. Il nous paraît donc nécessaire de commencer par définir l'ergothérapie et son apport dans les soins primaires.

De nombreuses définitions existent et elles sont propres à chaque pays. Pour ce travail, deux ont été sélectionnées ; l'une donnée par la fédération mondiale des ergothérapeutes (WFOT) et l'autre utilisée par l'Union Professionnelle des Ergothérapeutes belges (UPE) puisque l'étude se focalise sur la profession en Belgique.

Dans les deux définitions ci-dessous, l'ergothérapeute est le professionnel qui promeut la participation active des individus dans des activités qui leur sont propres au sein d'un environnement spécifique. L'adéquation entre l'ergothérapie et les soins primaires est relevée par Donnelly et al (2013) qui considèrent que « *Both view health in a holistic manner and seek to support individuals and communities in achieving and maintaining a healthy lifestyle* ». Ils reconnaissent la contribution des ergothérapeutes aux soins primaires de par leurs approches et la spécificité de leur profession (Donnelly et al., 2013, p.1) .

Tableau 1: Définitions de l'ergothérapie

Définition de l'organisation mondiale des ergothérapeutes (WFOT)	<i>“Occupational therapy is a client-centred health profession concerned with promoting health and wellbeing through occupation. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by working with people and communities to enhance their ability to engage in the occupations they want to, need to, or are expected to do, or by modifying the occupation or the environment to better support their occupational engagement” (World Federation of Occupational Therapists (WFOT), 2013, p.4).</i>
Définition de l'Union Professionnelle des Ergothérapeutes (UPE)	<i>« L'ergothérapeute est le paramédical qui accompagne les personnes présentant un dysfonctionnement physique, psychique et/ou social en vue de leur permettre d'acquérir, de recouvrer ou de conserver un fonctionnement optimal dans leur vie personnelle, leurs occupations professionnelles ou la sphère de leurs loisirs, par l'utilisation d'activités concrètes, s'y rapportant et tenant compte de leurs potentialités et des contraintes de leur environnement. » (World Federation of Occupational Therapists (WFOT), 2013, p.9).</i>

1.2.2. Les interventions de l'ergothérapeute de première ligne

Dans cette partie nous allons nous intéresser aux différents types d'interventions que peuvent mener les ergothérapeutes de première ligne.

Nous nous sommes concentrés sur la littérature internationale qui traite des différents domaines d'intervention de l'ergothérapie de première ligne. Nous avons plus particulièrement analysé trois articles récemment publiés sur le sujet :

- Un guideline réalisé par l'association canadienne des ergothérapeutes (CAOT) qui classifie les interventions des ergothérapeutes en première ligne selon trois catégories, elles-mêmes subdivisées en plusieurs types d'interventions (Canadian Association of Occupational Therapists, 2013) ;

- Une revue de littérature publiée par Donnelly et al (2023) qui classe les interventions des ergothérapeutes en deux axes eux-mêmes subdivisés ;

- Un article publié par Bolt et al (2019b) qui classe l'ergothérapie en cinq champs d'activités.

Dans le tableau ci-dessous (tableau 2), nous reprenons l'ensemble des informations données par ces auteurs. Il est intéressant de montrer la multitude d'interventions que peuvent réaliser les ergothérapeutes dans le cadre de la pratique en première ligne de soins. Donnelly et al (2023) insistent également sur la diversité des domaines visés : pédiatrie, population adulte, gériatrie, psychiatrie. Cependant, parmi l'ensemble des types d'interventions listés par ces auteurs, nous retrouvons des similitudes qui nous permettent de les classer et les résumer en trois catégories :

- Un type d'intervention centrée sur la personne : son éducation en termes de prévention et de promotion de la santé, sa rééducation et le fait de favoriser sa participation ;

- Une partie dédiée à l'intervention sur l'environnement social de la personne : favoriser les liens et accompagner, en termes de conseils et de soutien, les aidants et les soignants ;

- Un dernier type d'intervention qui touche à l'environnement physique de la personne : l'adaptation, l'aménagement et la mise en place d'aides techniques et technologiques.

Donnelly et al (2023) insistent également sur les capacités des ergothérapeutes à aborder la question des déterminants sociaux de la santé dans leur pratique, à promouvoir l'engagement des patients et à tenir compte des environnements familiaux et communautaires des individus.

Dans un second article, Bolt et al (2019a) soulignent une vision positive de la santé défendue par l'ergothérapie et la capacité des ergothérapeutes à prendre en charge la majorité de la population ayant des limitations dans leur participation dans les activités de la vie quotidienne, quels que soient leur âge et leurs pathologies. Ils évoquent également la diminution du risque d'hospitalisation ou d'utilisation d'autres services de santé grâce aux interventions des ergothérapeutes dans les lieux de vie des personnes. Le dernier élément mis en avant par ces auteurs est que les ergothérapeutes ont déjà pour habitude de travailler avec des équipes pluridisciplinaires de santé. Pour ces auteurs : *“This makes occupational therapists fully equipped to play a central role in interprofessional teams in primary care and integrated care”* (Bolt et al., 2019a, p.4).

Tableau 2: Résultats de l'analyse des articles concernant les interventions des ergothérapeutes de première ligne

Selon la CAOT (2013, p.3)	Favoriser la participation	la Soins personnels, emploi, loisirs, activités sociales et communautaires
	« Offrir des services de consultation, d'éducation et de coaching dans les domaines suivants »	« Gestion des maladies chroniques ; économie d'énergie ; protection des articulations ; promotion de la santé et refonte du mode de vie ; gestion de la douleur ; gestion de la fatigue ; gestion de la santé mentale et des dépendances ; développement optimal du nourrisson et de l'enfant ; prévention des blessures et des chutes ; intégration communautaire ; soins palliatifs et de fin de vie ; ergonomie ; retour au travail ; aptitude à conduire. »
	« Adapter l'environnement et créer un lien vers les ressources »	« Adaptations aux milieux de vie, de travail ou de loisirs ; fauteuils roulants, appareils et technologies de mobilité et d'assistance, transport et mobilité communautaire ; liaison avec les services communautaires, les services sociaux, les écoles, les employeurs, prestations d'invalidité, telles que : crédits d'impôt, permis de stationnement, réclamations d'assurance, admissibilité à la pension, titre de transport ; services aux personnes handicapées ; Groupes et réseaux de soutien social ; aide et soutien aux familles et aux aidants. »
Selon Donnelly et al (2023, p.11)	« L'évaluation »	« Des capacités de la personne ; de son environnement, de ses activités. »
	« Les interventions »	« La rééducation/réadaptation des patients, l'aménagement de l'environnement et toute une partie des interventions qui touchent à l'éducation thérapeutique, la prévention et la promotion de la santé. »
Selon Bolt et al., (2019b, pp.1-2)	« Évaluation et réadaptation dans les activités »	
	« Éducation thérapeutique »	
	« Adaptation des activités et assistance technologique »	
	« Adaptation de l'environnement social et physique »	
	« Soutien et information pour les familles et les soignants »	

Une publication récente de Ledoux. A et al (2023) publiée en Belgique, décrit également le rôle de l'ergothérapeute « *dans la détermination des objectifs de vie et des conseils au coaching ou à la gestion du soutien à la personne ayant besoin de soins et d'assistance (par exemple comme coordinateur de soins ou gestionnaire de cas), en passant par la pratique efficace de l'ergothérapie dans les activités de la vie quotidienne.* » (Ledoux et al., 2023, p.9).

Ainsi, l'ergothérapie peut être considérée comme une profession particulièrement en lien avec l'approche promue par les soins primaires. Les compétences des ergothérapeutes sont mises en avant dans la littérature comme des ressources pour les équipes de première ligne et les domaines d'interventions sont diversifiés tant par leur nature que par la population cible. Il apparaît également important de souligner que ces revues de la littérature ont été publiées ces dernières années, ce qui démontre le développement récent de l'ergothérapie de première ligne dans le monde.

1.2.3. Les défis liés au développement de la profession en première ligne

Malgré la multitude d'interventions possibles en ergothérapie de première ligne, la littérature nous indique que la profession rencontre des difficultés pour se développer en première ligne et doit relever un certain nombre de défis.

Donnelly et al dans deux publications différentes indiquent (i) le manque de financement de l'ergothérapie, (ii) le fait que l'exercice de la profession soit principalement concentré sur la rééducation et la réadaptation et (iii) se pratique en indépendant, comme principaux facteurs explicatifs du manque d'ergothérapeutes en première ligne (Donnelly et al., 2013). D'autres difficultés au développement de la profession sont notées dans la publication de 2023, notamment le fait que l'ergothérapie n'est pas accessible de façon équitable à toutes les populations qui en ont besoin et que, malgré une évolution majeure ces dernières années concernant la recherche en ergothérapie de première ligne, le champ d'intervention reste nouveau (Donnelly et al., 2023).

L'association canadienne évoque la nécessité pour les ergothérapeutes, (i) de défendre leurs rôles dans les soins primaires, (ii) de collaborer avec les différentes parties prenantes pour favoriser l'accès aux services d'ergothérapie de première ligne, (iii) de collaborer dans la recherche afin de prouver l'efficacité des interventions, (iv) de continuer à se former pour notamment affiner leurs compétences en soins primaires et (v) de travailler en interprofessionnalité tout en ayant une connaissance des rôles de chacun (Canadian Association of Occupational Therapists, 2013, p.1).

Bolt et al, dans leurs deux publications de 2019, émettent un certain nombre de recommandations pour le développement de la profession en première ligne. Ils conseillent de concentrer la pratique sur des groupes cibles spécifiques afin de faire connaître la profession ; ils mettent aussi en avant la nécessité de faire des liens avec les écoles de formation, car actuellement les jeunes diplômés n'auraient pas les compétences nécessaires pour travailler en première ligne. Ces auteurs insistent sur la nécessité de faire des alliances avec les différents professionnels qui travaillent en première ligne (en mettant l'accent sur des pratiques spécifiques), avec les différentes institutions de santé (hôpitaux, centres médicaux, équipes de première ligne) et institution d'utilité sociale (écoles, mutuelle et assurance, services sociaux). Ils évoquent aussi la nécessité de promouvoir l'ergothérapie aux différents niveaux sociétaux (micro, meso et macro). La nécessité de trouver des financements afin de pouvoir développer la profession et le développement de la recherche en ergothérapie est également relevée. (Bolt et al., 2019b)

Dans le second article de la série publiée en 2019, Bolt et al font un listing des challenges que la profession doit pouvoir surmonter pour favoriser le développement de la profession. Ils évoquent la (i) nécessité pour les ergothérapeutes de mieux se former et de (ii) favoriser les échanges de pratiques. Ils mettent en avant les difficultés liées à (iii) un manque d'ergothérapeutes de première ligne et un (iv) manque de connaissances du public et des professionnels concernant les interventions des ergothérapeutes de première ligne. Ils évoquent aussi les défis liés à (v) l'organisation des services des soins de santé, (vi) à la charge de travail auxquels sont confrontés les ergothérapeutes prestant dans des équipes pluridisciplinaires et à la (vii) multiplicité des champs d'interventions des ergothérapeutes. (Bolt et al., 2019a).

Plusieurs de ces éléments identifiés dans la littérature internationale sont aussi considérés comme des obstacles au développement de la profession en Belgique. Ledoux (2023), lors d'une conférence qui a eu lieu en novembre 2023 sur la première ligne de soin, fait un état des lieux de ces obstacles. Elle note que le manque de financement des prestations des ergothérapeutes de première ligne, que le manque de connaissance concernant le rôle des ergothérapeutes, que le manque de temps dont bénéficient les ergothérapeutes pour promouvoir leurs interventions ainsi que le manque de moyens structurés pour trouver un ergothérapeute de première ligne sont des freins importants (Be Hive et al., 2023, p.152).

1.3. Le recensement des ergothérapeutes

1.3.1. Fonctions des recensements des professionnels de santé

Dans cette partie du travail, nous souhaitons mettre en avant les différentes fonctions des recensements actuellement réalisés par les pouvoirs publics. Il est essentiel de noter que la littérature parle de ressources humaines en santé ou de main-d'œuvre .

L'OMS a publié un rapport en 2020 qui reprend un ensemble de stratégies à mettre en place par les politiques des différents pays membres concernant les ressources humaines en santé. Pour l'OMS, il est nécessaire de favoriser la connaissance des ressources humaines disponibles notamment par la création de registres par pays. Selon cette organisation, le renforcement de ces connaissances concernant les professionnels de santé permet de viser au mieux la couverture sanitaire universelle. En effet, le rapport pointe la nécessité de connaître la disponibilité ainsi que l'accessibilité aux professionnels de santé. Le rapport insiste sur le besoin de connaître les compétences, les motivations et les habilités à offrir des soins de santé de qualité par les professionnels disponibles sur le marché de l'emploi. D'après l'OMS, cet ensemble de connaissances favorise les choix en termes de financement des systèmes de soins de santé. (World Health Organization, 2020)

Un ensemble d'études menées ces dernières années par l'organisation mondiale des ergothérapeutes (WFOT) fait le constat d'un manque de recherches concernant le personnel de santé en général mais surtout concernant la main-d'œuvre en ergothérapie. Elles soulignent la nécessité de favoriser la recherche sur la main-d'œuvre en ergothérapie afin de s'assurer que le nombre d'ergothérapeutes est suffisant, bien réparti sur le territoire, et qu'il permet donc de répondre aux besoins de la population. (Jesus et al., 2021) (Jesus et al., 2022b) (Jesus et al., 2022a)

En Belgique, le Service Public Fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, est responsable de la réalisation de cadastre concernant les professionnels de santé en droit d'exercer. La base de données gérée par le SPF Santé publique « *fonctionne tel un mécanisme d'enregistrement, d'octroi de visa, d'agrément et de contrôle des différentes professions des soins de santé. Elle est partagée avec les entités fédérées, qui enregistrent les informations pour la partie du parcours du professionnel qui relève de leur compétence : diplôme, agrément, stage éventuel...* » (SPF Santé publique, 2023, p.5). Cependant, dans le même document, la cellule de planification informe aussi sur les limites de ce cadastre qui ne

permet pas d’affirmer si les professionnels de santé enregistrés sont réellement actifs ni quels sont leur taux d’activité et leur secteur d’activité.

Le mémorandum publié par la PPLW insiste sur la nécessité de création de cadastres concernant les acteurs de première ligne de soin, et ce afin de pouvoir lutter contre certaines pénuries de professionnels de santé (Plateforme de Première Ligne Wallonne, 2024).

1.3.2. Recensement des ergothérapeutes de première ligne dans le monde

Deux rapports présentent des analyses démographiques de la profession dans le monde et listent les domaines d’intervention des ergothérapeutes.

Le premier rapport a été publié en 2020 par l’organisation mondiale des ergothérapeutes (WFOT). Il recense 21 domaines d’intervention en ergothérapie et, pour chacun de ces domaines, la fédération mondiale des ergothérapeutes a recensé le nombre de pays où les ergothérapeutes interviennent. Nous avons, sur base de la définition de Starfield, sélectionné les 8 domaines d’interventions que nous pouvons associer à des interventions spécifiques de première ligne (Annexe1¹) afin de présenter le nombre de pays ou les ergothérapeutes interviennent en première ligne (tableau 3).

Tableau 3 : Nombre de pays où les ergothérapeutes interviennent en première ligne (selon les domaines) (World Federation of Occupational Therapists, 2020)

Domaines d’intervention en première ligne	Nombre (et pourcentage) de pays où les ergothérapeutes interviennent (par rapport aux 88 recensés)
Services communautaires – Troubles d’éducation/d’apprentissage	72 (81.8)
Services communautaires – Santé mentale/abus de substances	73 (83,0)
Services communautaires – Santé physique	75 (85.2)
Services communautaires – Protection sociale	59 (67.0)
Services de soins à domicile	74 (84,1)
Pratique en tant qu’indépendant	79 (89.8)
Écoles et prestataires d’éducation	70 (79.5)

¹ Nous retrouvons dans l’annexe 1 une explication de la façon dont nous avons sélectionné les domaines d’interventions spécifiques à la première ligne.

Nous pouvons donc faire le constat que les ergothérapeutes interviennent dans les 8 domaines liés à la première ligne dans la majorité des pays recensés par la WFOT. La pratique en tant qu'indépendant est la plus répandue : nous retrouvons des ergothérapeutes indépendants dans 89,8 % des pays recensés par la WFOT. La pratique qui apparaît la moins répandue est celle liée aux services communautaires et à la protection sociale puisqu'elle n'est pratiquée que dans 67% des pays. Les données relevées par la WFOT ne nous informent cependant pas précisément sur le nombre d'ergothérapeutes qui travaillent dans chacun des domaines selon les pays mais nous permet d'affirmer que les ergothérapeutes travaillent dans divers domaines des soins primaires.

Pour obtenir des informations sur le nombre d'ergothérapeutes qui pratiquent en première ligne, nous nous sommes concentrés sur un second rapport réalisé par le conseil européen des ergothérapeutes (Council Of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC), 2023) qui recense les ergothérapeutes indépendants dans 33 pays européens. Si on considère que ces indépendants sont bien des professionnels de première ligne (tableau 4), bien qu'ils ne représentent pas la totalité des ergothérapeutes en soins primaires, nous avons une idée approximative bien que probablement sous-estimée, des effectifs d'ergothérapeutes de première ligne.

Ainsi, le tableau ci-dessous montre qu'il existe de grosses différences entre les effectifs recensés dans les 33 pays européens. Ces différences doivent pouvoir s'expliquer selon les modalités d'exercices de la profession, selon les modalités de remboursement des actes d'ergothérapie et selon le développement de la profession dans les différents pays. Ces différentes valeurs doivent également être mises en regard du nombre d'habitants dans chacun de ces pays.

Néanmoins, ce tableau montre que la majorité des pays européens recensés par le COTEC (25 sur les 33) ont des ergothérapeutes qui exercent en tant qu'indépendants et qui peuvent donc être associés à la première ligne. Cependant, il ne nous est pas possible de donner des proportions par nombre d'habitants, notamment parce que les domaines d'interventions en première ligne peuvent être très variables et qu'il ne semble pas exister de recensement précis de la profession sauf concernant les ergothérapeutes indépendants.

Tableau 4 : Nombre d’ergothérapeutes indépendants par pays (Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC), 2023)

Pays	Nombre approximatif d’ergothérapeutes indépendants	Pays	Nombre approximatif d’ergothérapeutes indépendants	Pays	Nombre approximatif d’ergothérapeutes indépendants
Autriche	2308	Géorgie	20	Norvège	Non disponible
Belgique	600	Allemagne	Non disponible	Pologne	0
Bosnie	0	Grèce	1000	Portugal	Non disponible
Bulgarie	12	Iceland	15	Roumanie	130
Croatie	17	Ireland	374	Russie	40
Chypre	205	Italie	NA	Serbie	0
République chèque	10	Lettonie	10	Slovénie	13
Danemark	225	Lituanie	200	Espagne	Non disponible
Estonie	12	Luxembourg	50	Suède	2365
Finlande	300	Malte	10	Suisse	1200
France	2512	Pays-Bas	1250	Royaume- Uni	1010

1.3.3. Recensement des ergothérapeutes de première ligne en Belgique

Nous avons analysé les derniers chiffres publiés par le SPF santé publique (2023) dans le PlanCad Ergothérapeute 2019. Dans ce rapport, nous retrouvons le nombre total d’ergothérapeutes en droit d’exercer ainsi qu’une analyse globale de l’offre d’ergothérapeutes sur le territoire belge, classé en différentes catégories. Nous nous sommes concentrés sur les chiffres liés au nombre d’ergothérapeutes indépendants. Ainsi, en Belgique en date du 31/12/2019, nous retrouvons 12.692 ergothérapeutes en droit d’exercer dont 10.622 actifs

étaient recensés sur le marché du travail. Parmi ces ergothérapeutes, 9.558 exerçaient dans le domaine des soins de santé.

Tableau 5: Nombre d'ergothérapeutes sous statut d'indépendant en Belgique d'après les données du PlanCad 2019 (SPF santé publique, 2023)

	Région flamande	Région Wallonne	Région de Bruxelles capitale
Nombre d'ergothérapeutes en statut combiné	561	232	81
Nombre d'ergothérapeutes exclusivement indépendants	36	26	4
Total (940)	597 (63,5%)	258 (27,5%)	85 (9%)

Parmi les ergothérapeutes exerçant dans les soins de santé, les ergothérapeutes pratiquant, au moins en partie, en tant qu'indépendants étaient au nombre de 940, ce qui représente 9,8%¹ des ergothérapeutes indépendants exerçants dans les soins de santé. Nous pouvons donc faire le constat que la proportion d'ergothérapeutes indépendants est faible. Nous notons également que la majorité des ergothérapeutes indépendants se trouve en Flandre (soit 63,5% des ergothérapeutes indépendants dans les soins de santé). Il est important de noter que ces chiffres ne nous permettent cependant pas de dire si cette proportion d'ergothérapeutes indépendants est suffisamment bien répartie sur le territoire ni si cette proportion permet de répondre aux besoins de la population. De plus, comme dit précédemment, les ergothérapeutes indépendants ne représentent pas forcément la totalité de la première ligne de soin.

¹ $(940 \times 100) / 9558 = 9,8\%$

1.4. Problématisation

Dans cette première partie du travail, nous nous sommes appliqués à mettre en avant l'importance du développement de la première ligne de soins comme un enjeu prioritaire de santé publique dans le monde. Par ailleurs, les soins primaires sont composés de nombreux acteurs de santé et la littérature nous permet de dire que les ergothérapeutes ont toute leur place au sein de cette diversité d'intervenants, en ce compris en Belgique (Van Durme et al, 2014). En effet, les ergothérapeutes peuvent proposer une multitude d'interventions en première ligne de soins et semblent en adéquation avec la vision des soins proposés par les soins primaires. Cependant, de nombreux défis accompagnent le développement de cette profession dans les soins primaires y compris en Belgique où cette question apparaît actuellement centrale pour le système de santé (Van Durme et al, 2017).

Un des défis relevés dans la littérature touche au manque de recensement concernant les ergothérapeutes de première ligne. Nous constatons, en effet, que les registres et cadastres actuels des ergothérapeutes (tant au niveau mondial qu'en Belgique) manquent de précisions, ne nous permettent ni d'établir quels sont les professionnels exerçant réellement ni de les contacter facilement.

Au travers de ce travail, nous souhaitons donc nous poser les questions suivantes :

« - *Quels sont les enjeux liés à la création d'un outil de recensement des ergothérapeutes de première ligne en Belgique francophone ? :*

- *Quel type d'outil pourrait être envisagé pour permettre ce recensement ? ;*

- *Comment cet outil de recensement pourrait-il être géré ? ;*

- *Quels sont les défis concomitants au développement d'un outil de recensement ? »*

2. Méthodologie

Pour répondre à notre question de recherche ainsi qu'aux différentes sous-questions de recherche, nous nous sommes tournés vers une recherche qualitative par entretiens semi-directifs auprès de différentes parties prenantes portant un intérêt à la thématique de recherche.

Nous avons fait le choix de cette méthode de recherche afin de nous permettre d'explorer, de façon flexible, une question qui nous apparaissait complexe tant par le territoire couvert par notre travail que par la multiplicité des profils que nous souhaitions interroger. Cette méthode de recherche avait pour objectif de recueillir une diversité d'avis liés à des expériences variées. Elle nous permettait également une adaptation tout au long des entretiens en approfondissant les sujets pertinents qui émergeaient des entretiens.

Cette recherche se voulait descriptive avec un premier objectif qui était de décrire les caractéristiques d'un outil de recensement des ergothérapeutes de première ligne et de sa gestion, qui pourraient être envisagées (sous-questions 1 et 2).

Le second objectif dans une dimension exploratoire de la recherche était d'examiner la situation des ergothérapeutes de première ligne en Belgique francophone afin d'obtenir une compréhension initiale des défis liés au développement d'un tel outil de recensement (sous-question 3).

Dans cette partie du travail, nous allons donc détailler les différentes méthodologies que nous avons utilisées pour sélectionner les participants à la recherche, créer le guide d'entretien, réaliser les entretiens et analyser les entretiens.

2.1. Méthodologie de sélection des participants à la recherche

Pour sélectionner les participants à notre étude, nous avons fait le choix dans un premier temps de réaliser une cartographie des parties prenantes.

Pour cela, nous nous sommes d'abord interrogés sur les différents acteurs qui pourraient porter un intérêt à notre thématique de recherche. Cette étape a été nourrie par des entretiens informels avec des membres de l'association professionnelle des ergothérapeutes, d'anciens enseignants, des collègues ou encore des étudiants du master en sciences de la Santé Publique à l'Université Catholique de Louvain.

Nous avons listé l'ensemble de ces acteurs (individus ou organisations) et nous les avons ensuite classés en fonction de leurs profils : bénéficiaires, ergothérapeutes de première ligne, prestataires de première ligne, maisons de repos, organisations liées à la première ligne, administrations et organisations de seconde ligne. Une carte des parties prenantes a ensuite été modelée avec le logiciel Xmind¹.

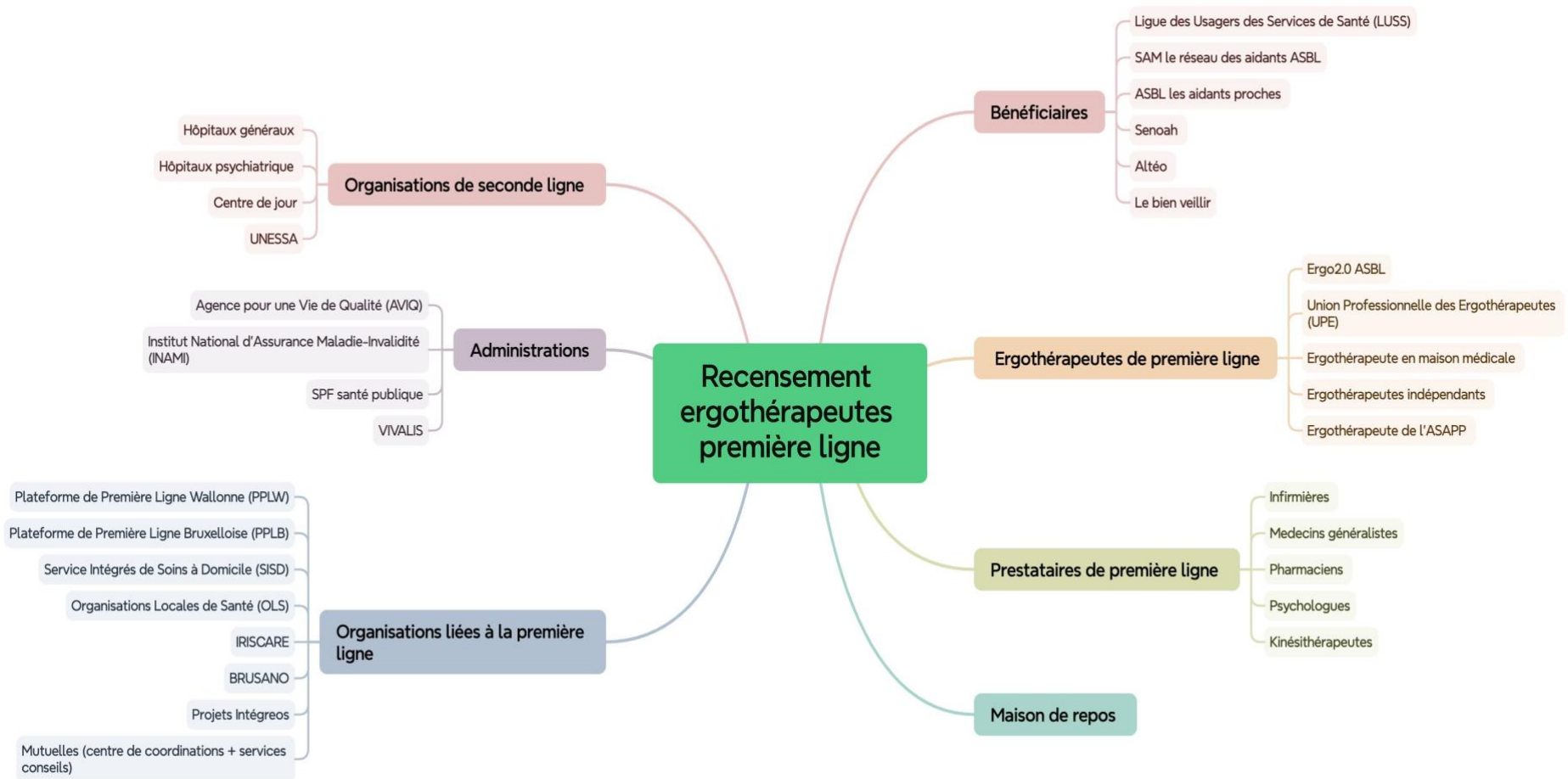
Nous avons fait le choix d'un processus itératif pour viser l'amélioration de la carte ainsi réalisée. Pour cela, la cartographie a été montrée à chacune des personnes interrogées lors des entretiens afin de modifier son contenu et de valider sa forme finale (Figure 1) présentée à la page suivante.

La carte des parties prenantes a également servi à sélectionner les personnes à contacter afin de pouvoir réaliser la suite de la recherche. Nous avons comme objectif d'interroger au moins une personne de chacune des catégories identifiées. Nous avons cependant exclu les maisons de repos de notre recherche, car leur position dans l'offre de soin nous est apparue assez spécifique : entre la première ligne et la seconde ligne de soins.

Nous avons sélectionné un ensemble de personnes dont nous avons pu obtenir les adresses de contact soit via les sites internet, soit via notre propre réseau. Dans un second temps, certains contacts ont pu également être obtenus pendant les entretiens lors de la phase de validation de la carte des parties prenantes.

Ces différentes personnes ou organisations sélectionnées ont été contactées par mail. Le mail de contact comprenait une explication du sujet de recherche, la durée probable de l'entretien, les modalités pratiques de réalisation de l'entretien ainsi que des données de contact nous concernant. En cas de réponse positive à ce premier mail, des échanges de mails ont eu lieu afin de convenir d'une date et d'une heure d'entretien.

¹ Xmind (<https://xmind.app/fr/>) : Logiciel de réalisation de cartes mentales.



Presented with xmind

Figure 1: Carte des parties prenantes

2.2. Méthodologie de création du guide d'entretien

Pour mener à bien nos entretiens, un guide d'entretien, divisé en deux parties, a été élaboré (Annexe 2).

Une première partie avait pour objectif de connaître au mieux la personne interviewée et ses liens avec la première ligne de soins. La seconde partie devait permettre d'explorer de façon plus approfondie la thématique de recherche. Cette seconde partie du guide d'entretien comprenait quatre questions précises concernant l'outil de recensement et sa gestion (première et deuxième sous-questions de recherche) et trois questions plutôt générales qui avaient pour objectif de mieux appréhender l'avis des personnes interrogées sur les défis qui coexistent avec la création d'un outil de recensement (troisième sous-question de recherche).

Nous avons fait le choix de ne réaliser qu'un seul guide d'entretien mais chacune des questions du guide d'entretien était accompagnée de plusieurs sous-questions adaptées aux différents profils de personnes interrogées. Le but était d'avoir une approche flexible et adaptative lors de l'entretien. Cette approche visait à favoriser une dynamique d'échange permettant à la personne interrogée de s'exprimer librement tout en garantissant une couverture de toutes les thématiques à aborder.

Le guide d'entretien n'a pas été pré-testé. Cependant, lors de la réalisation du premier entretien, nous nous sommes assurés auprès du participant que les questions apparaissaient suffisamment claires et compréhensibles. Une des questions a été reformulée à la suite du premier entretien.

2.3. Méthodologie de réalisation des entretiens

L'ensemble des entretiens a été réalisé en distanciel via les applications Zoom⁴ ou Teams⁵ selon la préférence de la personne interrogée. La durée initiale prévue des entretiens était d'une heure. Certains ont duré plus longtemps mais cela s'est toujours fait naturellement et avec le plein consentement des personnes interrogées.

Dans un premier temps, lors de l'entretien, un rappel concernant la recherche était fait auprès de la personne interrogée. Nous insistions également sur le caractère anonyme des réponses et demandions automatiquement l'accord d'enregistrement de l'échange (tous les participants nous ont donné l'autorisation).

⁴ Zoom : <https://zoom.us/> : Logiciel de visioconférence.

⁵ Teams : <https://www.microsoft.com/fr-fr/microsoft-teams/log-in> : Logiciel de visioconférence.

Lors des échanges, nous étions dans une démarche d'écoute active et quelques notes étaient prises lorsque des réflexions méritaient d'être approfondies. Le guide d'entretien a servi de support mais a rarement été suivi dans l'ordre initial prévu, même si - in fine - toutes les thématiques ont été abordées à chacun des entretiens. Nous avons veillé à poser des questions ouvertes et à utiliser des questions de relance afin de favoriser des réponses complètes de la part des participants. Nous avons également pris soin de reformuler certains éléments abordés afin de s'assurer de la compréhension des propos tenus par les personnes interrogées.

Comme dit précédemment, le guide d'entretien n'a pas été modifié en cours de recherche cependant certaines thématiques non identifiées au départ et apparues pertinentes lors des précédents entretiens ont été abordées.

Avant de clôturer les entretiens, le chercheur demandait si le participant était d'accord pour commenter la carte des parties prenantes réalisée au préalable. Ce temps d'échange, plus informel, a également favorisé l'obtention de contacts supplémentaires.

À la fin de l'entretien, il était demandé à la personne interrogée si elle souhaitait ajouter des éléments non discutés. Ensuite, un temps de clôture était dédié aux remerciements et aux rappels concernant l'anonymisation des données recueillies et l'utilisation de ces données. Le chercheur insistait également sur la possibilité pour la personne interrogée de se retirer de la recherche et des données de contact étaient fournies aux participants.

2.4.Méthodologie d'analyse des entretiens

Comme dit précédemment, chacun des entretiens réalisés a été enregistré. Les enregistrements ont ensuite été retranscrits avec le logiciel Amberscript⁶. Les retranscriptions ont été relues, anonymisées, corrigées et mises en page avec un logiciel de traitement de texte.

Avant de commencer l'analyse des entretiens, un code d'identification a été associé à chacun des participants interrogés (voir tableau 6) afin d'assurer l'anonymisation de l'analyse tout en permettant de se référer facilement aux différents entretiens.

Le codage a ensuite été réalisé à l'aide d'un logiciel de codage disponible en ligne : Taguette⁷. Pour réaliser le codage, nous avons suivi une démarche inductive et continue.

⁶ Amberscript : <https://www.amberscript.com/fr/> : Logiciel de retranscription.

⁷ Taguette : <https://www.taguette.org/> : Logiciel de codage

Tableau 6: Codes d'identification des entretiens ayant permis l'identification lors de l'analyse des entretiens

Numéro d'entretien	Code d'identification de l'entretien
Entretien N°1	E1-Er+O1
Entretien N°2	E2-P+O1
Entretien N°3	E3-P+O1
Entretien N°4	E4-O2
Entretien N°5	E5-Er+O1
Entretien N°6	E6-Er+P
Entretien N°7	E7-Er+O2
Entretien N°8	E8-P+O1
Entretien N°9	E9-B
Entretien N°10	E10-B
Entretien N°11	E11-P

Nous avons donc fait le choix d'une analyse thématique continue, c'est-à-dire que les thèmes ont pu être ajoutés à chaque lecture d'entretien afin de construire l'arbre thématique. Celui-ci a donc été finalisé à la fin de l'analyse de tous les entretiens comme recommandé par Paillé et Mucchielli (2021a). D'après ces auteurs, un des objectifs de l'analyse thématique est qu'elle permet de « *tracer des parallèles ou de documenter des oppositions, des divergences, des complémentarités, etc., entre les thèmes* » (Paillé et Mucchielli, 2021a, p.270.). Le choix de cette méthode d'analyse était adapté à la taille de notre matériel recueilli et à notre démarche individuelle et avait l'avantage de nous permettre une « *analyse vraiment fine et riche du corpus* » (Paillé et Mucchielli, 2021a, p.270 et 276).

Cette méthode d'analyse a été associée à une analyse par catégorie conceptualisante dont l'objectif était de dépasser « *la stricte synthèse du contenu du matériau analysé* » (Paillé et Mucchielli, 2021b, p.361). Paillé et Mucchielli (2021b) définissent la catégorie conceptualisante comme permettant « *de répondre directement (...) aux questions fondamentales que pose la compréhension rigoureuse de ce que livrent les matériaux d'enquêtes* ». Elle permet ainsi de faire sens et de donner des explications concernant un concept (Paillé et Mucchielli, 2021b, p.364). Dans le cadre de notre recherche qui se voulait explicative, cette méthode avait tout son sens.

Un des entretiens qui semblait contenir le plus d'éléments de réponses a été sélectionné pour commencer l'analyse des entretiens. Au fur et à mesure de l'analyse des différents entretiens, les thèmes ont donc été ajoutés suivant les préconisations de Paillé et Mucchielli (2021); certains thèmes ont été fusionnés, subdivisés ou regroupés en cours d'analyse. Les catégories conceptualisantes ont également émergé de cette analyse continue.

Pour finaliser le codage des entretiens, une dernière lecture attentive des différentes unités de codage et de leur contenu associé a été réalisée.

3. Résultats

3.1. Matériel recueilli

Notre échantillon correspond à un échantillon sélectif puisque tous les participants à la recherche devaient répondre à nos critères d'inclusion (les participants devaient faire partie de la carte des parties prenantes) et nous souhaitons une diversité maximale (au moins un représentant de chaque catégorie de parties prenantes).

Sur les 34 personnes contactées au total, nous avons eu 8 refus de participation à la recherche, une personne a cessé de répondre aux échanges entamés, 11 mails sont restés sans réponses et 3 échanges de mails n'ont pas pu aboutir à un entretien par impossibilité de planification. Nous avons donc pu réaliser 11 entretiens planifiés entre le 8 mars et le 24 mai 2024. La durée moyenne des entretiens a été de 50 minutes. La durée minimale d'un entretien a été de 29 minutes et la durée maximale a été de 88 minutes.

L'ensemble de l'échantillon couvre le territoire francophone belge : 4 personnes travaillent exclusivement à Bruxelles, 5 exclusivement en Wallonie et 2 personnes travaillent sur les deux territoires.

3.2. Profil des enquêtés

Tous les participants ont plus de quatre ans d'expérience, soit en tant que prestataires de soins, soit en tant que membres d'une organisation de première ou de seconde ligne. Six d'entre eux ont consacré toute leur carrière en première ligne de soins. La majorité des participants occupaient deux rôles distincts, avec 7 personnes sur 11 appartenant à deux catégories de parties prenantes différentes, ce qui a permis de recueillir divers avis :

- 4 personnes appartenant aux parties prenantes « ergothérapeutes de première ligne » toutes indépendantes, et 3 membres actifs de l'UPE.

- 5 personnes appartenant aux parties prenantes « prestataires de première ligne » dont deux pharmaciennes, deux infirmiers et un médecin généraliste.

- 5 personnes appartenant aux parties prenantes « organisation de première ligne » dont 2 représentants de la PPLW, un représentant de Brusano, un représentant d'un Service Intégré de Soins à Domicile (SISD) et un représentant d'un projet intégré.

- 2 personnes appartenant aux parties prenantes « organisation de seconde ligne » dont une partie prenante travaillant en hôpital psychiatrique et un représentant de l'UNESSA.

- 2 personnes appartenant aux parties prenantes « bénéficiaire » dont un représentant de l'ASBL aidant proche et un autre de la ligue des Usagers des Soins de Santé (LUSS).

Tableau 7 : Descriptif de l'échantillon et des entretiens

Date	Durée (min)	N° de l'entretien	Caractéristiques des participants aux entretiens	Ancienneté dans la fonction
8/03/2024	50	1	Le participant est ergothérapeute et membre d'une organisation de première ligne.	15 ans
11/03/2024	30	2	Le participant est un prestataire de première ligne et membre d'une organisation de première ligne.	30 ans
15/03/2024	41	3	Le participant est un prestataire de première ligne et membre d'une organisation de première ligne.	9 ans
15/03/2024	59	4	Le participant est membre d'une organisation de seconde ligne.	11 ans
25/03/2024	88	5	Le participant est ergothérapeute et membre d'une organisation de première ligne.	20 ans
25/03/2024	61	6	Le participant est ergothérapeute prestataire en première ligne.	3 ans
29/03/2024	36	7	Le participant est ergothérapeute et membre d'une organisation de seconde ligne.	11 ans
04/04/2024	75	8	Le participant est prestataire de première ligne et membre d'une organisation de première ligne.	13 ans
12/04/2024	43	9	Le participant est membre d'une organisation représentant les bénéficiaires.	7 ans
12/04/2024	29	10	Le participant est membre d'une organisation représentant les bénéficiaires.	5 ans
24/04/2024	35	11	Le participant est prestataire de première ligne.	4ans

3.3. Présentation des résultats

Le résultat de l'analyse des entretiens a été stratifié en 3 niveaux d'analyse :

- 3 rubriques qui permettent d'apporter des éléments de réponses aux trois sous-questions de recherche mais qui n'évoquent pas les contenus des propos recueillis ;
- 15 thèmes qui ont été définis dans une approche descriptive des propos tenus par les participants ;
- 28 catégories conceptualisantes contenues dans ces thèmes qui ont une valeur d'interprétation des propos tenus par les participants.

Nous nous appliquerons à présenter les résultats de façon rigoureuse et factuelle. Chacun des verbatim cités est accompagné du code d'identification de l'entretien dont il provient.

3.3.1. Première partie : Rubrique 1- L'outil

Dans la figure ci-dessous, réalisée avec Xmind, sont représentées les différentes unités d'analyse de cette rubrique. Nous retrouvons donc quatre thématiques comprenant chacune plusieurs catégories conceptualisantes. Nous allons présenter les résultats recueillis pour chacun des thèmes.

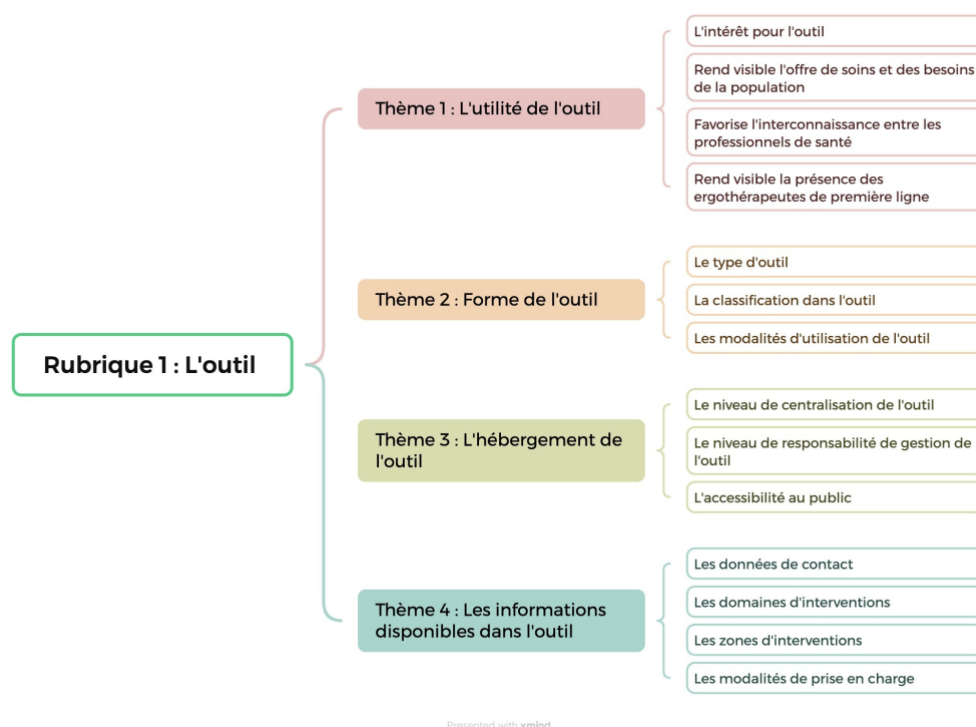


Figure 2: Classification des résultats de la première rubrique

3.3.1.1. Résultats concernant l'utilité d'un outil de recensement des ergothérapeutes de première ligne (Thème 1)

La première thématique abordée est celle de l'utilité perçue d'un outil de recensement des ergothérapeutes de première ligne. Il s'agit de la façon dont les participants évoquent la plus-value d'un recensement des ergothérapeutes.

La majorité des personnes interrogées (8/11) se dit intéressée tant pour les citoyens que pour les professionnels de santé. Pour les personnes interrogées, l'utilité d'un tel outil serait de favoriser l'identification des personnes à contacter en cas de nécessité. Trois des ergothérapeutes interrogés ont insisté sur la nécessité de créer un recensement dédié aux bénéficiaires. En revanche, deux des personnes doutent de l'utilité d'un tel outil par crainte qu'il ne soit pas utilisé et un des ergothérapeutes interrogés se pose la question de la nécessité de mettre de l'énergie dans la création d'un tel outil.

Plusieurs interrogés ont mis en avant différents aspects positifs en lien avec la création d'un outil de recensement et qui touchent à la connaissance de l'offre et des besoins. Selon eux, cet outil pourrait permettre de connaître les besoins non comblés de la population, de démontrer qu'il existe une demande en termes de prise en charge mais également d'offrir une vision plus précise sur la présence des ergothérapeutes de première ligne actuellement en activité. Une des personnes interrogées insiste sur l'approche en santé publique d'un tel outil qui permettrait de comprendre comment le système fonctionne.

Dans la continuité de cette dimension de santé publique, deux personnes interrogées évoquent l'intérêt de la création d'un outil de recensement afin de favoriser l'interconnaissance entre les différents intervenants de première ligne. L'outil pourrait favoriser la mise en réseau des différents professionnels présents sur le territoire et faciliter la communication entre ces prestataires de soins. Un des représentants des bénéficiaires insiste sur le fait que la création d'un répertoire au sein de son association a sensibilisé le public par rapport à l'existence de certains services.

En revanche, l'existence de l'outil n'apparaît pas suffisante pour une des personnes interrogées qui considère que pour être efficace, la création de l'outil doit être associée à des rencontres.

« Je suis partisan du moindre effort et je me pose toujours la question de où est-ce que c'est le plus intéressant d'aller mettre de l'énergie, est-ce que c'est dans la création d'un nouvel outil ? » E6-Er+P

« Comment est-ce qu'on peut combler du coup les besoins de notre population avec ce réservoir en fait ? » E8-P+O1

« Ce n'est pas parce qu'on a un cadastre, que si il n'y a pas à un moment donné un lien de confiance qui est créé parce qu'on connaît la personne parce qu'on l'a rencontré... Ce cadastre ne parlera pas en fait. » E8-P+O1

« Il y a tout un travail à faire sur comment visibiliser les gens qui interviennent en fait, oui parce que franchement on a aucune visibilité aujourd'hui. » E2-P+O1

3.3.1.2.Résultats concernant la forme de l'outil (Thème 2)

La seconde thématique abordée concerne la forme de l'outil. Il s'agit de la façon dont les participants imagineraient et penseraient l'outil.

Les personnes interrogées voient cet outil sous différentes formes possibles : cela pourrait être un listing, un répertoire, une cartographie ou encore une base de données. La majorité des personnes interrogées évoque plutôt un répertoire avec la possibilité de présenter les informations sous forme de carte.

Les personnes interrogées indiquent aussi qu'il est important de structurer l'outil en fonction des spécialités des ergothérapeutes tout en limitant le nombre de domaines à 5 ou 6.

La nécessité de pouvoir réaliser une recherche spécifique en fonction de différents critères a aussi été évoquée. Un des participants souhaiterait pouvoir trouver l'offre de soins disponible en fonction des besoins. Pour un autre des participants, l'important est que chacun des ergothérapeutes recensés ait une fiche individuelle comprenant le nom, le prénom, la spécialité et le lieu d'intervention et que la recherche puisse se faire en fonction de ces critères.

Deux des personnes interrogées ont insisté sur les caractéristiques de l'outil en notant qu'il devrait être accessible en ligne sur un site internet bien construit. Un des participants insiste également sur la nécessité que ce site soit accessible sur smartphone. Pour trois des personnes interrogées, l'outil doit être facile d'utilisation pour permettre un accès à tous.

« Il faudrait qu'il y ait plusieurs types de tri possible, par situation géographique, par spécialité, par âge de population. » E6-Er+P

« Il faut que ce soit hyper enfantin au final : ça doit être accessible à tout le monde. Quelque chose d'hyper intuitif en fait et que vous prenez en main facilement. Il faut vraiment que ce soit user friendly. » E8-P+O1

3.3.1.3. Résultats concernant l'hébergement de l'outil (Thème 3)

Cette partie concerne la façon dont les personnes interrogées envisagent le niveau de centralisation de l'outil ainsi que le niveau de responsabilité de gestion de l'outil.

Les réponses sont assez variables quant à la centralisation de l'outil, selon le profil des personnes interrogées. Pour les acteurs présents au sein des organisations de première ligne, l'outil devrait être organisé au niveau régional au sein des futures Organisations Locorégionales de Santé (OLS). Pour les prestataires de première ligne, cela devrait être organisé à un niveau plus micro c'est-à-dire au sein des communes ou des quartiers. Les ergothérapeutes quant à eux évoquent la place de l'Union Professionnelle des Ergothérapeutes et disent que l'outil devrait y être centralisé.

La question du niveau de responsabilité de la gestion de l'outil a également fait émerger des réponses multiples en lien avec le niveau de centralisation qui pourrait s'avérer être à un niveau fédéral ou régional. Pour certains, c'est le niveau fédéral qui devrait en avoir la gestion et pour d'autres cela devrait être les OLS. Deux des personnes interrogées mettent en avant que ce sera une des responsabilités des OLS que de devoir identifier les acteurs de première ligne sur le territoire. Un des ergothérapeutes interrogés évoque la nécessité de la création d'un budget au niveau fédéral qui serait transmis à l'UPE pour gérer la mission de création de l'outil de recensement des ergothérapeutes de première ligne.

Toutes les personnes interrogées insistent cependant sur la nécessité, quel que soit le niveau de centralisation et de pouvoir qui gère l'outil, que celui-ci soit accessible gratuitement au grand public.

« Mais là, je sais que dans les futurs OLS, il est peut-être question que chaque professionnel s'identifie à l'OLS » E8-P+O1

« Pour moi c'est le SPF et les politiques qui doivent organiser ce cadastre. » E3-P+O1

« L'idéal ce serait qu'il puisse y avoir un budget qui soit proposé par le SPF ou par l'INAMI pour que l'UPE puisse gérer cette mission. » E6-Er+P

3.3.1.4. Résultats concernant les informations contenues dans l'outil (Thème 4)

La quatrième thématique abordée concerne l'avis des personnes interrogées concernant les informations sur les ergothérapeutes de première ligne, que l'outil de recensement devrait contenir.

Toutes les personnes interrogées disent qu'il faudrait que la prise de contact soit rapide et facile. Ainsi, pour l'ensemble des interrogés, les données de contact constituent le premier niveau d'information à renseigner. Les éléments à mentionner qui ressortent de l'analyse sont l'adresse postale, le numéro de téléphone, l'adresse mail, les heures d'ouverture et l'agenda en ligne s'il existe.

La seconde information que les personnes interrogées souhaiteraient pouvoir trouver dans l'outil concerne le/les domaines d'intervention des ergothérapeutes. En effet, les prestataires de première ligne interrogés souhaiteraient connaître le type de prestations, les spécialités et les formations de l'ergothérapeute.

Les représentants des bénéficiaires qui ont été interrogés pensent qu'il est nécessaire de savoir si les ergothérapeutes interviennent à domicile et sur quel territoire ils se déplacent. Ainsi, ils ont évoqué la nécessité de connaître la zone d'intervention et de déplacement des ergothérapeutes.

D'après les participants à la recherche, la dernière information que l'outil devrait contenir touche aux modalités de prise en charge des ergothérapeutes. En effet, les prestataires de première ligne souhaiteraient savoir si les ergothérapeutes interviennent à travers un programme de soins, et s'ils bénéficient d'un numéro INAMI et de remboursements associés. Ils souhaitent également savoir si le patient doit avoir une prescription médicale pour pouvoir

bénéficier d'une prise en charge. Les bénéficiaires et les prestataires insistent également sur la présence nécessaire d'informations sur le tarif et les conditions de remboursement.

« Les formations que la personne a fait, son champ d'action, si elle a des spécialités, des spécificités où elle est plus compétente. La manière de la contacter, est-ce qu'elle consulte ou est-ce que c'est à domicile? Les tarifs? Je pense que ça, c'est important. Les modalités pour faire une demande de suivi et pour la contacter. » E7-Er+O2

3.3.2. Deuxième partie : Rubrique 2- Gestion de l'outil

Dans la figure ci-dessous, réalisée avec Xmind, sont représentées les différentes unités d'analyse de cette rubrique. Nous retrouvons donc quatre thématiques comprenant chacune plusieurs catégories conceptualisantes. Nous allons présenter les résultats recueillis pour chacun des thèmes.



Figure 3: Classification des résultats de la deuxième rubrique

3.3.2.1. Motivation des ergothérapeutes de première ligne au cadastre (Thème 1)

La première thématique de cette rubrique concerne la perception des personnes interrogées concernant la motivation des ergothérapeutes de première ligne à se recenser. Il s'agit d'un ensemble d'explications concernant ce qui pourrait pousser les ergothérapeutes à se cadastrer.

Bien que minoritairement relevé lors des entretiens, le manque de motivations de certains ergothérapeutes à se recenser est ressorti. Pour deux ergothérapeutes interrogés, les

ergothérapeutes de première ligne ont actuellement suffisamment de patients et n'ont donc pas le besoin de se faire recenser pour se faire connaître.

Pour répondre à ce manque de motivation et favoriser le recensement, plusieurs stratégies ont été proposées par les personnes interrogées. La première consisterait à rendre le recensement obligatoire avec un organisme officiel qui viendrait vérifier. Cette stratégie, d'après deux représentants de la première ligne, devrait s'appuyer sur la législation : un des participants évoque la nécessité de s'appuyer sur la loi qualité. La seconde stratégie consisterait à sensibiliser les ergothérapeutes à l'importance du recensement. Un des interviewés dit qu'il faut faire comprendre les enjeux en termes de santé publique aux acteurs de première ligne. La dernière stratégie évoquée par les participants à la recherche consisterait à trouver un moyen de motivation grâce à un avantage financier qui pourrait se faire sous la forme d'une prime, d'une exonération de la TVA ou encore de certains avantages pour l'accès aux équipements de protection individuels.

« Alors le problème des ergothérapeutes que moi j'ai rencontré, des réponses que j'ai eues, c'est que souvent ils sont à saturation de clientèle. Ils ne sont pas en demande, c'est du bouche à oreilles et ils sont blindés. Ils n'ont pas besoin de se faire connaître et ils n'ont pas besoin de se faire cadastrer. Ils n'ont pas envie donc si tu ne le fais pas faire de force par un organe politique ça ne va pas... » E1-Er+O1

3.3.2.2.Méthodologie de création de l'outil (Thème 2)

La seconde thématique concerne la méthodologie de création de l'outil. Il s'agit des réflexions menées par les personnes interrogées sur les méthodes à utiliser pour pouvoir créer l'outil de recensement.

Lors des entretiens réalisés, plusieurs personnes se sont interrogées sur la possibilité d'obtenir des données complètes. Pour un des participants, la difficulté principale concerne l'exhaustivité des données. Des idées ont émergées quant à la méthode à mettre en place pour réaliser de façon rigoureuse le recensement.

Un des professionnels des organisations de première ligne évoque la nécessité d'une participation volontaire des ergothérapeutes à leur recensement. Pour cette personne, les professionnels de santé doivent être responsables de leurs données mises en visibilité dans le/les registre(s) proposé(s), mais certains croient peu à la possibilité d'assurer l'exhaustivité ainsi.

Deux ergothérapeutes ont évoqué la nécessité de passer par les outils existants et en cours de développement. Pour créer l'outil, il faudrait utiliser la loi qualité qui prévoit la mise à jour d'un portfolio par les ergothérapeutes. Ce portfolio aurait pour objectif de permettre aux ergothérapeutes de maintenir leur agrément et pourrait servir de base pour le recensement.

Un troisième ergothérapeute pense qu'il faudrait extraire les données déjà existantes de l'INAMI et du SPF Santé Publique.

Une dernière idée consisterait à réaliser un partenariat avec les écoles de formations. Les écoles transmettraient à l'INAMI le nom de tous les ergothérapeutes diplômés et chacun recevrait automatiquement un numéro INAMI. Ces informations seraient transmises à l'UPE qui ainsi pourrait mettre à jour une base de données.

« Ça paraît peu probable d'arriver à avoir quelque chose qui soit exhaustif. » E8-P+O1

« Moi, j'aimerais dans une utopie que chaque ergothérapeute qui a son diplôme en Belgique reçoive son numéro INAMI. La démarche serait faite par l'école parce qu'autant le faire directement. Et l'école recense, et envoie son recueil de student qui a été diplômé chaque année à l'UPE. Elle pourrait ainsi mettre à jour sa base de données. Et chaque ergothérapeute est obligé de faire partie de son union professionnelle pour pouvoir bénéficier de son numéro INAMI. » E6-Er+P

3.3.2.3.Mise à jour des données (Thème 3)

La troisième thématique concerne l'avis des personnes interrogées sur la façon d'assurer la mise à jour des données et s'assurer ainsi de la fiabilité des informations disponibles dans l'outil de recensement.

Toutes les personnes ayant participé aux entretiens ont évoqué de façon importante la nécessité d'assurer la fiabilité et la mise à jour des données présentes dans l'outil envisagé : pour eux la question est de savoir qui exerce encore.

Deux stratégies sont ressorties des entretiens afin d'assurer la mise à jour des données. La première est en lien avec la méthodologie de création et pourrait passer par l'obligation de recensement et l'utilisation de la loi qualité. La seconde stratégie touche au financement de l'outil. Les personnes interrogées évoquent la nécessité pour les pouvoirs publics (le SPF, l'INAMI) de mettre en place un budget pour la gestion de l'outil.

Ainsi, même si les avis divergent quant au niveau d'hébergement de l'outil, un consensus apparaît concernant la nécessité que la gestion soit assurée par une organisation qui inclurait la maintenance de l'outil.

« Elles n'exercent plus donc ce n'est pas toujours mis à jour hein. Donc il y en a qui décèdent, il y en a qui changent de vie et voilà... Donc le bémol c'est ça, je pense, la mise à jour des cadastres... » E4-O2

« À mon avis il faut vraiment quelqu'un qui soit là pour aller vérifier et s'occuper de ce qui est mise à jour et maintien. » E10-B

3.3.2.4. Le RGPD comme frein au développement de l'outil (Thème 4)

La quatrième thématique de cette rubrique concerne le RGPD. Il s'agit de la façon dont les participants aux entretiens perçoivent cette réglementation comme un frein.

Les prestataires et les organisations de premières lignes interrogés ont soulevé la question des freins liés au Règlement Général de Protection des Données (RGPD). Certains ont fait état de l'inquiétude de certains professionnels des soins de santé face au recensement. Cependant, les personnes interrogées ne comprennent pas vraiment quels sont les arguments des prestataires qui refusent d'être recensés sous couvert du respect du RGPD.

Un des représentants des bénéficiaires estime que les données professionnelles sont de l'ordre du domaine public et qu'elles doivent pouvoir être utilisées par la population. Une autre estime que les professions des soins de santé font partie des métiers de services et qu'ils se doivent d'être disponibles et accessibles.

« Finalement, qu'est-ce que veut dire le règlement RGPD ? Est-ce que tout le monde l'a bien compris. » E8-P+O1

« Je ne comprends pas quels pourraient être les freins pour les professionnels à transmettre des informations en fait concernant leur domaine de pratique... » E10-B

3.3.3. Troisième partie : Rubrique 3- Les défis concomitants au développement d'un outil de recensement des ergothérapeutes de première ligne.

Dans la figure ci-dessous, réalisée avec Xmind, sont représentées les différentes unités d'analyse de cette rubrique. Nous retrouvons donc 4 sous-thèmes comprenant chacun plusieurs catégories conceptualisantes. Nous allons présenter les résultats recueillis pour chacun des thèmes.

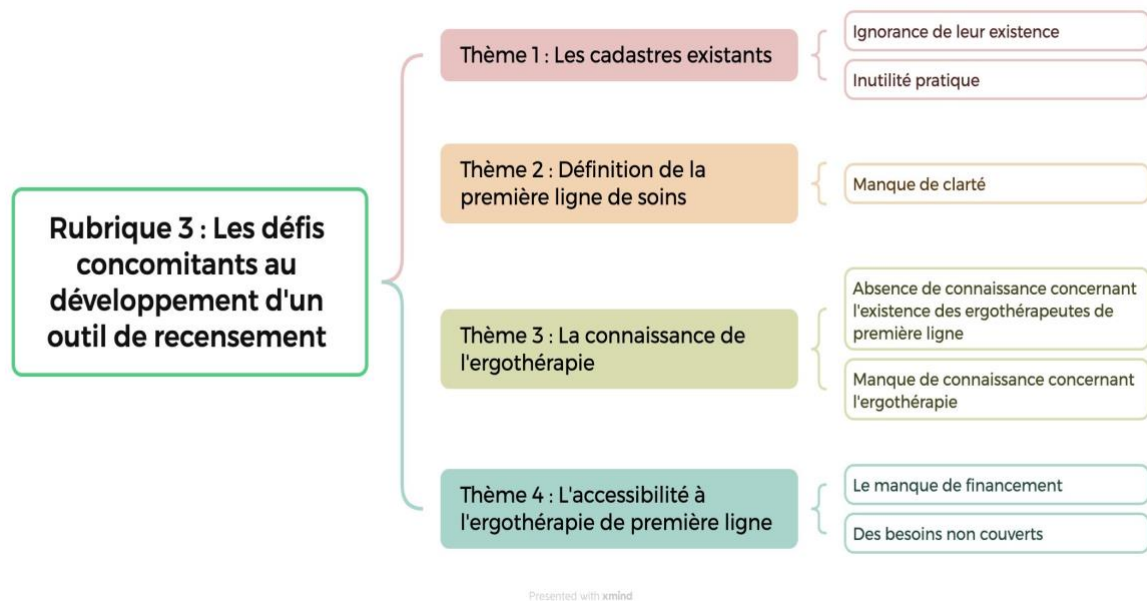


Figure 4: Classification des résultats de la troisième rubrique

3.3.3.1. Le/les cadastre(s) existants (Thème 1)

La première thématique de cette rubrique concerne les cadastres existants actuellement en Belgique. Il s'agit de l'avis des personnes interrogées sur leur utilité.

Le premier constat est qu'une partie des personnes interrogées parmi les prestataires et les représentants des organisations de première ligne ignore l'existence des cadastres déjà existants (du SPF et de l'INAMI).

Parmi les prestataires, certains pointent du doigt le manque d'utilité pratique de ces cadastres. Ils évoquent l'absence de moyens de contacts et le manque de spécificité concernant le domaine d'intervention des ergothérapeutes comme les freins principaux à leur utilisation.

Les ergothérapeutes interrogés, connaissent l'existence de ces cadastres mais évoquent leurs fonctions pour les pouvoirs publics. Un des professionnels acteur dans les organisations de première ligne insiste également sur cet aspect. Selon lui, ces cadastres ont une fonction pour les gestionnaires politiques.

Les personnes interrogées, dans la majorité des cas, n'ont jamais consulté les recensements existants réalisés par les administrations.

« Je suis en train de regarder sur le site de l'INAMI... Pas d'adresse de travail. Ouais, on sera un peu embêté hein. » E3-P+O1

À propos du cadastre du SPF santé publique : « Il a une utilité de gestionnaire politique et financier politique. Nous sur le terrain, ces chiffres-là on ne sait rien en faire. » E1-Er+O1

3.3.3.2.Définition de la première ligne (Thème 2)

La seconde thématique abordée concerne la définition de la première ligne. Il s'agit de la perception des participants concernant la clarté de cette définition.

Trois des personnes interrogées ont mis en avant le manque de clarté de la définition de la première ligne de soin (E7/E1/E6). Pour un des ergothérapeutes, même les acteurs de première ligne ne sont pas toujours au courant qu'ils sont prestataires de soins primaires.

Deux autres prestataires ont demandé la définition de la première ligne et se sont demandé si les ergothérapeutes indépendants étaient vraiment des ergothérapeutes de première ligne.

Les autres personnes interviewées n'ont pas abordé le sujet.

« On se rend compte que les ergo eux-mêmes ne savent pas qu'ils sont travailleurs de première ligne. » E6-Er+P.

3.3.3.3.Connaissance de l'ergothérapie (Thème 3)

Cette troisième thématique concerne la connaissance de l'ergothérapie. Il s'agit de recueillir l'avis des personnes interrogées sur le manque de connaissance des prestations des ergothérapeutes de première ligne.

Les prestataires de première ligne identifient un manque d'identification du rôle de l'ergothérapeute et de clarification de la complémentarité de ses missions avec celles des autres professionnels. Un des prestataires de première ligne révèle que la place de l'ergothérapeute serait parfois prise par d'autres professionnels de santé. Les parties prenantes des bénéficiaires mettent en avant que l'ergothérapie n'est pas connue des patients ni des aidants. Un des ergothérapeutes interrogés évoque la nécessité d'avant tout promouvoir l'ergothérapie afin que les patients puissent bénéficier d'une prise en charge lorsque nécessaire.

« Je suis un peu étonné de ce cadastre puisqu'il n'y a pas d'ergo en tant que tel en première ligne, ça n'existe pas... » E4-O2

« Est-ce qu'il n'y a pas plus d'énergie à mettre en amont dans la reconnaissance de l'ergothérapie parce qu'on ne sait pas toujours pourquoi on aurait besoin de nous. » E6-Er+P

3.3.3.4.L'accessibilité à l'ergothérapie de première ligne (Thème 4)

La quatrième thématique concerne l'accessibilité à l'ergothérapie de première ligne. Il s'agit de ce que pensent les participants concernant la nécessité de favoriser l'accès à l'ergothérapie de première ligne.

Un des acteurs interrogés dit que l'important est d'utiliser les réformes en cours pour impliquer les ergothérapeutes dans la création des réseaux. Les parties prenantes appartenant aux organisations de première ligne mentionnent le manque de financement de l'ergothérapie et se demandent pourquoi il n'y a pas de nomenclature ou d'intégration dans les parcours de soins.

L'inquiétude des participants touche aussi au coût pour le bénéficiaire. Certains disent ne pas renvoyer vers les ergothérapeutes pour limiter le coût pour les patients qui ne sont pas remboursés. D'après un des représentants de la première ligne, ce manque de financement de l'ergothérapie de première ligne impacte l'organisation du système de santé. Selon lui, les patients sont mal orientés et ne bénéficient pas toujours des soins dont ils auraient besoin.

Plusieurs personnes soulèvent des questions d'ordre éthique quant à ce manque d'accessibilité. Pour certains, se pose la question de l'égalité sociale de la santé, pour d'autres les inquiétudes sont liées aux difficultés que vivent les patients non pris en charge. Un des prestataires évoque

la détresse de certains patients et un des ergothérapeutes de première ligne dit que les délais de prise en charge sont de plus en plus longs avec l'augmentation actuelle de la demande.

« Il faudrait permettre que les ergothérapeutes puissent prendre leur envol dans le cadre des réformes en cours et à venir » E4-O2

« Quid de l'inégalité sociale de santé : ça peut poser des problèmes éthiques. Quand même de se dire : Ah bah non du coup on n'est pas visible, il n'y a pas de remboursement ! Mais ceux qui en ont besoin ? » E5-Er+O1

4. Discussion

Dans cette partie du travail, nous allons dans un premier temps mettre les principaux résultats obtenus en perspectives par rapport à notre connaissance du sujet. Nous mènerons ensuite une réflexion concernant la validité de cette étude en mettant en avant ses forces et ses faiblesses mais également en menant une réflexion sur l'influence que notre profil d'ergothérapeute a pu avoir sur le travail de recherche. Dans une dernière partie, nous évoquerons un ensemble de recommandations pratiques.

4.1.Mise en perspective des résultats principaux

Dans cette partie du travail, nous revenons sur les principaux résultats qui nous ont interpellés. De façon générale, le souhait de mise en place d'un recensement des ergothérapeutes de première ligne est partagé par les participants à la recherche même si des réserves ont été émises concernant son utilisation effective. Il apparaît nécessaire de pouvoir visibiliser les interventions ergothérapeutiques, même si pour la plupart des interrogés, la création d'un outil ne suffira pas à promouvoir l'ergothérapie de première ligne. En effet, pour les participants à l'étude, pour favoriser la connaissance des interventions ergothérapeutiques, c'est la mise en réseaux des intervenants en première ligne de soin qui apparaît prioritaire. Il nous semble intéressant de rapprocher ce résultat aux recommandations que l'on trouve dans la littérature. En effet, Bolt et al (2019) ainsi que la CAOT (2013) recommandent aux ergothérapeutes de première ligne d'augmenter les collaborations avec les autres acteurs de première ligne et de promouvoir leurs interventions.

D'un autre côté, le manque de motivation des ergothérapeutes à se recenser qui est ressorti des enquêtes est particulièrement intéressant. En effet, les ergothérapeutes de première ligne disent avoir suffisamment de patients et donc pas d'intérêt particulier à se faire connaître davantage. Lors des entretiens, les ergothérapeutes interrogés nous ont dit que le bouche-à-oreille leur permettait d'avoir une charge de travail suffisante. Cela peut s'expliquer au moins partiellement par le fait que, comme nous avons pu le constater, les ergothérapeutes indépendants sont très peu nombreux sur le territoire francophone⁸ du pays et souvent en temps partiel mais on aurait pu s'attendre à plus de motivation pour la création de l'outil de la part de cette catégorie de professionnels. Nous rejoignons donc les conclusions de la WFOT concernant la nécessité de

⁸ Voir tableau 5.

réaliser un travail de recherche plus poussé sur la main-d'œuvre en ergothérapie ainsi que sur la charge de travail associée à l'exercice de la profession en première ligne de soins.

Les personnes interrogées ont aussi beaucoup insisté sur l'utilité d'un outil de recensement dans le domaine de la santé publique. Un tel outil permet de démontrer les besoins de la population mais également de fournir des informations concernant l'offre de soins disponibles sur le territoire. Ce résultat confirme les données de la littérature que nous avons eu l'occasion de consulter dans le cadre de la réalisation de ce travail (World Health Organization, 2020). Cette publication considère les recensements des professionnels de santé sous un regard de santé publique. La littérature évoque la nécessité pour les pouvoirs publics de mieux comprendre le système de santé afin de favoriser les choix en termes de financement mais n'évoque pas les attentes de la population concernant ces recensements.

Néanmoins, pour être efficace et bien utilisé, l'outil de recensement devrait également avoir une fonction pratique pour les utilisateurs (qu'ils soient bénéficiaires ou prestataires de soins) qui souhaitent pouvoir accéder facilement aux prestataires de soins proches de chez eux. Nous avons constaté que ce n'est pas le cas des cadastres existants actuels (du SPF santé publique et de l'INAMI). Les utilisateurs n'ont pas accès aux informations permettant de contacter les ergothérapeutes. De plus, le PlanCad réalisé par le SPF santé publique en 2023 présente certaines limites concernant l'offre de soins. Nous avons évoqué dans la partie théorie qu'en effet, il ne permet pas d'affirmer que les professionnels recensés sont réellement actifs et nos résultats des entretiens confirment cet état de fait.

Cette étude présente l'intérêt d'apporter des informations concernant le contenu souhaitable d'un outil de recensement accessible au public. D'après les personnes interrogées, l'outil devrait être pensé comme un répertoire en ligne des professionnels de santé et permettre d'effectuer une recherche sur la base de différents critères. Les informations contenues dans ce répertoire devraient permettre de contacter facilement le professionnel de santé souhaité en toute connaissance de ses modalités d'interventions (lieu de prise en charge, spécialités, coût...). Ce répertoire devrait aussi pouvoir se présenter sous différentes formes (listing, fiche individuelle, cartographie) et être facile d'utilisation.

L'analyse de la seconde rubrique a soulevé de nombreuses questions concernant la gestion de l'outil. Pour les participants à l'enquête, les défis essentiels sont de pouvoir assurer l'exhaustivité, la mise à jour et la fiabilité des données présentes dans l'outil. Les résultats n'ont pas permis d'établir un consensus concernant le niveau de gestion de l'outil. En effet, il pourrait être imaginé au niveau micro (quartier), à un niveau méso (régional) ou à un niveau plus macro

(via l'UPE). Cependant l'organisation de la première ligne de soin est une compétence régionale⁹ et le développement actuel des politiques de santé en matière de soins primaires tend vers une centralisation des pouvoirs vers les OLS. Dès lors, il nous apparaît logique que la création d'un tel outil soit pensée au sein des OLS.

La PPLW, dans son mémorandum de 2024, insiste également sur la création de cadastres des professionnels de la première ligne de soins au sein des OLS. Notre étude permet de penser que les ergothérapeutes devraient être inclus dans ces cadastres. Cependant, les résultats de l'enquête ont énormément questionné le financement de tels outils/répertoires professionnels. Comme nous l'avons soulevé, les OLS semblent être le futur de l'organisation de la première ligne de soin. Dès lors, il paraîtrait logique que le financement de l'outil soit pensé en parallèle de la création de ces nouvelles structures. Nous n'avons cependant pas réussi à obtenir de réponses précises quant à l'organisation du financement de ces organisations, puisque les contacts pris avec les administrations n'ont pas pu aboutir.

Nous retrouvons parmi les défis concomitants à la création d'un outil de recensement des ergothérapeutes de première ligne, plusieurs éléments relevés dans la littérature.

La définition même de l'ergothérapie de première ligne a été questionnée par les personnes interrogées. Nous avons également eu des difficultés à sélectionner les domaines d'intervention qui pouvaient être associés à la première ligne de soins¹⁰. Nous souhaitons également insister sur le fait que toutes les données chiffrées que nous avons pu analyser concernent les ergothérapeutes indépendants qui ne sont pas forcément en première ligne de soins et qui ne représentent pas la totalité des ergothérapeutes de première ligne. Le recensement doit donc pouvoir passer avant tout par une définition claire de ce qu'est l'ergothérapie de première ligne en Belgique francophone.

Cette étude montre que certains acteurs n'ont pas connaissance de l'existence de l'ergothérapie de première ligne et qu'il y a un manque de connaissances globales de la part des bénéficiaires et des prestataires sur les interventions possibles des ergothérapeutes de première ligne. Au regard des entretiens réalisés, il nous apparaît que la compréhension du métier d'ergothérapeutes n'est pas toujours simple. La littérature évoque justement ce manque de connaissance de l'ergothérapie et invite à promouvoir le métier (Ledoux 2023 et Bolt et al

⁹ Voir les différents décrets concernant l'organisation de la première ligne de soins en Belgique (point 1.1.3)

¹⁰ Confère Annexe 1

2019). L'existence d'un répertoire dans lequel nous pourrions retrouver les spécialités/spécificités de chacun pourrait favoriser la compréhension et la promotion du métier.

Le financement des prestations d'ergothérapie en première ligne apparaît également comme un défi principal qui touche au développement de la profession en Belgique francophone. En effet, certains professionnels évoquent clairement qu'un certain nombre de besoins de la population ne sont pas couverts, car les prestations ne sont pas remboursées, ce qui correspond à ce qui est évoqué par Bolt et al (2019). Donnelly et al (2023) insistent également sur ce point en évoquant le manque d'équité dans l'accès aux soins d'ergothérapie. Les participants à l'enquête évoquent que la mise en place d'un recensement des ergothérapeutes de première ligne ne pourra pas répondre à ces problématiques. Cependant, comme dit précédemment l'outil pourrait permettre de favoriser la visibilité de l'offre et des besoins et donc de démontrer une nécessité de mise en place de financements des prestations des ergothérapeutes de première ligne.

4.2. Forces et faiblesses de l'étude

Dans cette partie du rapport, nous souhaitons mettre en avant l'intérêt de notre méthodologie de recherche ainsi que les éléments qui auraient pu être améliorés.

Nous avons fait le choix d'une méthode qualitative par entretiens semi-directifs qui nous a permis de mener une réflexion approfondie sur le sujet. Une partie conséquente de la mise au point de la méthode a consisté à réaliser la carte des parties prenantes. Ce travail préalable à la recherche a été effectué de façon rigoureuse. Un temps conséquent a été consacré à la recherche des différents intervenants de première ligne à Bruxelles et en Wallonie et à leur classification selon différentes catégories. Il est essentiel pour nous d'évoquer la richesse des rencontres et découvertes au cours de cette période de réflexion. Nous avons effectivement profité de cette phase de travail pour discuter régulièrement de façon informelle avec les différents professionnels de la santé rencontrés afin de compléter les connaissances que nous avions du paysage belge francophone de première ligne de soins. Cette carte des parties prenantes a également été complétée et modifiée pendant la recherche grâce aux échanges que nous avons eus lors des entretiens. Nous avons eu l'occasion de rencontrer une diversité d'intervenants et provenant de zones géographiques différentes sur le territoire belge francophone : cette diversité nous a offert la possibilité d'obtenir une vision très large de l'offre de soins.

Lorsque nous avons commencé ce travail de recherche, notre souhait était d'obtenir un maximum d'avis, d'un maximum d'acteurs et c'est ce que le travail sur la carte des parties

prenantes nous a permis de réaliser. Cette étude nous aura en effet permis de comprendre les différents enjeux et besoins, concernant un outil de recensement des ergothérapeutes de première ligne, selon différents points de vue. La richesse de ce travail de recherche tient dans cette diversité de réponses obtenues. Il nous apparaissait important de comprendre non seulement les besoins des ergothérapeutes concernant un sujet qui les concerne pleinement mais sur lequel ils ont actuellement peu de pouvoir ainsi que de recueillir la perception des autres professionnels de la santé de première ligne qui sont amenés à travailler en collaboration étroite avec les ergothérapeutes. Il était également primordial de recueillir l'avis des bénéficiaires des soins.

Malgré la richesse des échanges, nous souhaitons souligner que nous ne sommes pas arrivés à saturation des données. Lors des onze entretiens réalisés, de nouvelles idées ont systématiquement émergé ; il nous semble que la diversité de vécus et d'expériences des personnes interrogées explique cela. Le temps limité de la recherche ne nous a pas permis de réaliser d'autres entretiens mais il est probable que d'autres éléments auraient pu émerger de la poursuite du travail.

De plus, notre carte des parties prenantes comprenait une catégorie que nous n'avons pas eu l'occasion d'interroger. En effet, nous avons contacté plusieurs personnes appartenant à la catégorie « Administrations » dont des personnes au sein du SPF Santé Publique et de l'AVIQ. Certains échanges par mail ont eu lieu mais n'ont pas pu mener à la réalisation de rencontres formelles. Nous avons également transmis un questionnaire écrit à ces instances afin d'obtenir certains éléments de réponses, mais nous n'avons pas eu de réponses. Nous avons conscience du travail effectué par ces instances au vu du contexte institutionnel actuel et des échéances liées au planning politique (élections). Comme nous l'avons également mis en avant dans notre partie théorique du travail, le gouvernement Wallon travaille actuellement à la mise en place du décret organisant la première ligne de soins. Des discussions avec des agents de ces organisations nous auraient permis d'obtenir des compléments d'information concernant plusieurs aspects de ce travail. Nous aurions pu notamment approfondir la question de la création des OLS et de leur organisation. Des échanges avec les administrations nous auraient certainement permis de mieux appréhender comment les OLS vont être créées et financées afin d'obtenir des informations sur la programmation de la création de cadastres. Nous aurions aussi pu obtenir plus d'informations concernant les aspects législatifs évoqués plus haut dans la discussion (obligation de recensement, tenue du porte-folio...). Des rencontres avec ces organisations nous auraient probablement également permis de comprendre comment le

transfert d'informations entre les différents niveaux de pouvoir pourrait être pensé et quelle méthodologie pourrait être appropriée afin d'assurer l'exhaustivité d'un tel outil de recensement.

En bref, des rencontres avec ces instances auraient permis de mettre en parallèle les besoins de terrains et les réalités administratives, financières et légales.

Dans ce travail, nous avons également fait le choix de nous concentrer sur la partie francophone du pays compte tenu de nos compétences en néerlandais qui ne nous permettait pas de communiquer avec les acteurs de la première ligne flamande et du temps de recherche limité. Cependant, il semblerait que l'organisation de l'offre de soins en première ligne flamande soit plus avancée. Nous avons également constaté que le nombre d'ergothérapeutes indépendants en Flandre est bien supérieur à celui en Wallonie. Une comparaison concernant l'offre de soins, les besoins non comblés et l'organisation de la première ligne de soins entre les différentes régions belges semble être une thématique de recherche à part entière dans le domaine de la santé publique.

4.3. Réflexivité

En tant qu'ergothérapeute de seconde ligne souhaitant assurer au maximum la continuité de la prise en charge des patients accompagnés, c'est naturellement que la question de la présence des ergothérapeutes en première ligne de soins en Belgique francophone s'est posée. C'est cette première réflexion qui a initié le travail de recherche. Notre expertise en tant qu'ergothérapeute nous a probablement permis de nous poser les bonnes questions, nous nous sommes également appuyés sur de la littérature internationale très récente sur le sujet afin d'approfondir nos connaissances.

Cependant, ce statut d'ergothérapeute a probablement eu un impact tout au long de la réalisation de ce travail. Nous avons bien conscience que certains biais ont pu apparaître mais nous avons tenté au mieux de veiller à ce que ceux-ci n'impactent pas la qualité du travail.

Étant membre de l'UPE, la prise de contact avec certaines personnes interrogées a été sans doute plus facile, cependant afin de limiter le biais de sélection, une attention particulière a été portée au panel interrogé afin qu'il couvre des profils variés (pas seulement des ergothérapeutes) sur la base notamment du travail préalable de réalisation de la carte des parties prenantes.

Lors de la réalisation des entretiens et de leur analyse, notre statut professionnel a pu engendrer un biais d'interprétation ou un biais de confirmation. Cependant, nous avons tenté au mieux, pendant les entretiens, de poser des questions courtes et ouvertes afin de permettre aux participants d'évoquer ce qu'il leur semblait le plus pertinent en influençant le moins possible sur les réponses. Nous avons également veillé à rebondir sur les sujets que nous ne pensions pas voir émerger. L'analyse des résultats a également été faite en plusieurs temps afin d'objectiver au mieux les réponses obtenues. En effet, n'ayant pas l'occasion de prévoir une seconde personne pour l'analyse des résultats dans le cadre de la réalisation de ce mémoire, nous avons réalisé une première analyse « à chaud » a été effectuée très rapidement après la réalisation des entretiens, soit quelques jours après leur retranscription. Un mois plus tard, les entretiens ont été relus afin de s'assurer de l'absence d'oubli des points abordés.

En bref, nous avons tenté tout au long du travail de ne pas simplement affirmer nos suppositions personnelles. De plus, notre statut d'étudiante en Sciences de la Santé publique a amélioré notre réflexivité globale concernant les différents biais possibles et a pu limiter les risques liés à notre propre subjectivité.

4.4.Recommandations

Dans cette partie, sur base de la réalisation de ce travail, certaines recommandations semblent pouvoir être réalisées auprès des pouvoirs publics ainsi que du point de vue de la recherche en ergothérapie de première ligne en Belgique francophone.

- Pour les pouvoirs publics

Nos résultats ont montré que les besoins de terrain divergent des besoins des pouvoirs publics concernant les recensements des professionnels de santé. En effet, les bénéficiaires et les prestataires de soins souhaitent un outil pratique et facile d'utilisation. Ils souhaitent également pouvoir prendre contact rapidement alors que les pouvoirs publics. Nous recommandons donc la prise en compte des besoins des acteurs de terrains avant de créer des outils comme envisagé actuellement avec la création des OLS.

De plus, avant de créer des outils qui puissent assurer l'exhaustivité et la fiabilité des données comme souhaité par les participants à l'enquête, il est nécessaire de prendre en compte certains freins relevés lors de la réalisation de ce travail. Les ergothérapeutes de première ligne ne sont

pas forcément motivés à se faire recenser et d'autres professionnels de la santé s'inquiètent du respect du RGPD. Il nous paraît indispensable d'étudier ces deux points de blocage éventuels, en préalable à la création d'un outil adapté.

Notre analyse a montré que plusieurs stratégies pourraient être mises en place pour stimuler la motivation des ergothérapeutes et favoriser le recensement. Ces stratégies pourraient être pensées à un niveau systémique : mise en place d'une obligation légale de recensement, mise en place d'avantages financiers et promotion de la vision « Santé publique » et de responsabilité collective notamment via la formation des professionnels de santé. L'obligation légale de recensement paraît être la solution la plus plébiscitée par les personnes interrogées. Certains professionnels de santé affiliés à un ordre ont déjà cette astreinte mais ce n'est pas le cas des ergothérapeutes qui sont cependant soumis à la loi qualité¹¹. Celle-ci soumet l'ergothérapeute au maintien d'un porte-folio regroupant les preuves nécessaires pour démontrer ses compétences (formation continue) et la communication de ses données professionnelles au SPF Santé publique. D'après les résultats de l'étude, c'est sur la base de ces obligations que l'on pourrait envisager d'élaborer une base de données à partir de laquelle le répertoire pourrait être créé.

La création d'un outil de recensement nous paraît également être un projet lourd à mettre en place. De nombreux éléments sont à prendre en compte pour que l'outil soit efficace et répondent aux besoins de chacun. Pour cela il nous semble primordial d'établir un plan d'action précis, c'est-à-dire de définir des calendriers, des niveaux de responsabilité, des responsables de projets et de rechercher les financements nécessaires. D'après les résultats de l'étude, il paraît également important de promouvoir l'existence de l'outil.

La dernière recommandation que nous pourrions faire touche à la nécessité de transversalité pour favoriser les transferts d'informations entre les différents niveaux de pouvoir. En effet, les informations concernant les professionnels de santé sont centralisées au niveau de l'INAMI (et du SPF santé publique) mais comme nous l'avons indiqué précédemment, les répertoires devraient être pensés à un niveau régional. Il faut donc pouvoir favoriser un transfert de données entre les deux niveaux. De la même façon, si les informations sont fournies par les écoles de formation (comme envisagé dans les résultats) et qu'une fois diplômés, tous les ergothérapeutes sont recensés, il faut pouvoir penser une procédure pour que les OLS ou l'UPE puisse recueillir les informations disponibles.

¹¹ <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2019/04/22/2019041141/justel#LNK0017>, consulté le 22 juin.

- Pour la recherche concernant l'ergothérapie de première ligne

Les résultats ont mis en avant que les délais d'attente pour bénéficier de soins en ergothérapie sont de plus en plus longs. La littérature évoque également un manque d'ergothérapeute en première ligne de soins. La WFOT recommande également une augmentation de recherches concernant la main-d'œuvre en ergothérapie. Dès lors, il pourrait être intéressant de mener une recherche sur le sujet en Belgique francophone.

Même si la création d'un outil de recensement pourrait favoriser la visibilité des ergothérapeutes de première ligne, il semble primordial de continuer également à démontrer au travers de données probantes, l'impact positif de l'intervention de l'ergothérapie de première ligne comme le revendiquent les prises de position dans la littérature internationale qui visent à défendre la place des ergothérapeutes en première ligne de soins.

Pour justifier de la nécessité d'augmenter les financements de l'ergothérapie de première ligne, il nous semble également nécessaire de faire le point sur les besoins non comblés des patients. Les résultats de notre recherche ont mis en avant le fait que certains patients pourraient bénéficier d'une prise en charge alors que ce n'est pas le cas actuellement. Certains des témoignages ont également fait état d'un transfert de compétences des ergothérapeutes non remboursés vers des prestataires qui le sont. Une recherche plus approfondie sur ces besoins non comblés nous semble donc intéressante pour appuyer les quelques témoignages obtenus lors de ce travail.

Comme nous l'avons évoqué, la définition de ce qu'est l'ergothérapie de première ligne n'est pas toujours très claire pour les prestataires de soins. Il nous apparaît dès lors intéressant de clarifier la définition des missions et interventions possibles des ergothérapeutes de première ligne en Belgique francophone. Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, la classification de la WFOT sur les domaines d'interventions des ergothérapeutes nous semble une bonne base de départ pour définir ce que nous pourrions associer à la première ligne en Belgique francophone.

Nous avons mené tout notre travail de recherche en Belgique francophone, il faut cependant préciser que l'organisation de la première ligne de soin semble plus développée du côté flamand du pays. En effet, le décret touchant à l'organisation de la première ligne en Flandre a été publié en 2019 et nous avons eu des échanges informels avec des ergothérapeutes y exerçant qui ont confirmé que les choses avaient rapidement évolué dans cette partie du pays. Il nous semble dès lors pertinent de pouvoir bénéficier de l'expérience flamande pour améliorer l'intégration

de l'ergothérapie dans l'organisation de la première ligne de soins. Nous avons également pu consulter un outil de recensement des professionnels flamands de la première ligne de soins qui pourrait être comparé aux attentes des personnes que nous avons interrogées dans le cadre de la réalisation de ce travail.

5. Conclusion

Pour rappel, ce travail de recherche avait pour objectif de répondre à la question suivante :

Quels sont les enjeux liés à la création d'un outil de recensement des ergothérapeutes de première ligne en Belgique francophone ?

La création d'un outil de recensement des ergothérapeutes de première ligne en Belgique francophone doit répondre à des besoins de terrain autant qu'à des besoins en termes de planification de l'offre de soins. Cet outil permettrait de rendre visible la présence des ergothérapeutes de première ligne sur le territoire et pourrait démontrer l'existence de besoins non couverts pour la population. Cependant, pour maximiser son utilisation, il est essentiel de l'accompagner de mesures favorisant le réseautage et la collaboration interprofessionnelle, car actuellement les interventions des ergothérapeutes sont encore mal connues des prestataires de soins et des bénéficiaires.

Il apparaît également nécessaire de mener une réflexion approfondie lors de la création de l'outil afin d'assurer l'exhaustivité et la fiabilité des informations qu'il contient. Pour cela, des discussions doivent avoir lieu entre les différents niveaux de pouvoir. Il est primordial que les responsabilités en terme de gestion soient clairement établies et que les budgets pour l'élaboration soient prévus. Il semble également que le transfert des informations dont bénéficie actuellement le fédéral puisse être effectué de manière sécurisée au niveau de pouvoirs régionaux qui seront en charge de la création du cadastre des professionnels de la santé.

La création d'un tel outil doit être accompagnée d'une campagne de promotion concernant son utilité en Santé publique. En effet, les professionnels de la santé n'étant pas forcément en demande d'un tel outil, il sera peut-être nécessaire de mettre en place des obligations légales pour réaliser ces recensements, dont l'objectif est de répondre aux besoins des bénéficiaires et d'assurer une équité en santé en favorisant l'accessibilité aux soins de première ligne.

Les résultats de cette recherche apportent des éclairages précieux et ouvrent la voie à de futures investigations et actions pour renforcer de façon générale la première ligne de soins en Belgique francophone et impliquer les ergothérapeutes au sein de celle-ci.

6. Bibliographie

1. Allen, L. N., Barkley, S., De Maeseneer, J., Van Weel, C., Kluge, H., De Wit, N., & Greenhalgh, T. (2018). *Unfulfilled potential of primary care in Europe*. BMJ. British Medical Journal, k4469.
2. Alvarez, L., Belche, J. L., Biston, C., Buret, L., Dans, P., Defraigne, F., Delabye, K., Di Biagi, L., Jacquinet, T., Jamart, H., Ledoux, A., Macq, J., Mahieu, C., Mellier, J., Pétré, B., Schetgen, M., Scholtes, B., Thunus, S., Van Den Bossche, A., Be Hive. (2020). *Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone*.
3. Be Hive, Fondation Roi Baudoin, Fonds Dr. De Coninck, & Academie Voor de Eerste lijn (Éds.). (2023). *Les cahiers de la Conférence belge de la première ligne*. Disponible à l'adresse : https://be-hive.be/conference2023/documents/AbstractBook-Cahiers-premiere-ligne_2.pdf , consulté le 3 février 2024.
4. Bolt, M., Ikking, T., Baaijen, R., & Saenger, S. (2019a). *Occupational therapy and primary care*. Primary Health Care Research & Development/Primary Health Care Research And Development, 20. <https://doi.org/10.1017/s1463423618000452>
5. Bolt, M., Ikking, T., Baaijen, R., & Saenger, S. (2019b). *Scoping review : occupational therapy interventions in primary care*. Primary Health Care Research & Development/Primary Health Care Research And Development, 20. <https://doi.org/10.1017/s146342361800049x>
6. Bourgueil, Y., Ramond-Roquin, A. & Schweyer, F. (2021). 1. *Qu'appelle-t-on « soins primaires » ?*. Dans : , Y. Bourgueil, A. Ramond-Roquin & F. Schweyer (Dir), *Les soins primaires en question(s)* (pp. 5-13). Rennes: Presses de l'EHESP.
7. Canadian Association of Occupational Therapists. (2013). *CAOT Position Statement : Occupational Therapy in Primary Care*. Disponible à l'adresse : <https://caot.in1touch.org/document/3710/O%20-%20OT%20in%20Primary%20Care.pdf>, consulté le 6 mars 2023.
8. Commission Communautaire Commune (COCOM). (2022). *Plan Social Santé Intégré (PSSI) 2022*. Disponible à l'adresse : https://www.brusselstakescare.be/wp-content/uploads/2022/11/PSSI_2023_MEP_FR_EDITO.pdf , consulté le 23 juin 2024.
9. Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC). (2023). *Summary of the occupational therapy profession : In europe*. Disponible à l'adresse :

<https://www.coteceurope.eu/wp-content/uploads/2023/06/Summary-of-the-Profession-2023.pdf> , consulté le 2 décembre 2023.

10. Crismer, A., Belche, J. & Van der Venet, J. (2016). *Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne*. Santé Publique, 28, 375-379. <https://doi.org/10.3917/spub.163.0375>
11. Donnelly, C., Brenchley, C., Crawford, C., & Letts, L. (2013). *The integration of occupational therapy into primary care : a multiple case study design*. BMC Family Practice, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-60>
12. Donnelly, C., Leclair, L., Hand, C., Wener, P., & Letts, L. (2023). *Occupational therapy services in primary care : a scoping review*. Primary Health Care Research & Development/Primary Health Care Research And Development, 24. <https://doi.org/10.1017/s1463423622000123>
13. Gerkens S, Merkur S. (2020). *Belgium: Health system review*. *Health Systems in Transition*, 2020; 22(5): pp.i-237. Disponible à l'adresse: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf?sequence=2> , consulté le 18 juillet 2023.
14. Jesus, T. S., Mani, K., Bhattacharjya, S., Kamalakannan, S., Von Zweck, C., & Ledgerd, R. (2022a). *Situational analysis for informing the global strengthening of the occupational therapy workforce*. The International Journal Of Health Planning And Management, 38(2), 527-535. <https://doi.org/10.1002/hpm.3605>
15. Jesus, T. S., Mani, K., Ledgerd, R., Kamalakannan, S., Bhattacharjya, S., & Von Zweck, C. (2022b). *Limitations and Recommendations for Advancing the Occupational Therapy Workforce Research Worldwide : Scoping Review and Content Analysis of the Literature*. International Journal Of Environmental Research And Public Health/International Journal Of Environmental Research And Public Health, 19(12), 7327. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127327>
16. Jesus, T. S., Von Zweck, C., Mani, K., Kamalakannan, S., Bhattacharjya, S., & Ledgerd, R. (2021). *Mapping the occupational therapy workforce research worldwide : Study protocol for a scoping review*. Work, 70(3), 677-686. <https://doi.org/10.3233/wor-210777>
17. Lambert A-S, Op de Beeck S, Herbaux D, Macq J, Rappe P, Schmitz O, Schoonvaere Q, Van Innis A.L, Vandenbroeck P, De Groote J, Schoonaert L, Vercruysse H, Vlaemynck M,

- Bourgeois J, Lefèvre M, Van den Heede K, Benahmed N. Vers des soins (plus) intégrés en Belgique – Synthèse. Health Services Research (HSR). (2022). *Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 359Bs. D/2022/10.273/51. Disponible à l'adresse : https://kce.fgov.be/sites/default/files/2022-10/KCE_359B_Soins_Integres_En_Belgique_Synthese.pdf , consulté le 14 juillet 2023.*
18. Ledoux, A., Fondation Roi Baudoin, De Baets, S., De Vriendt, P., Van de Velde, D., Konen, M., Wikin, M., Manguette, V., Plunus, A., Jamar, L., Dufour, A., Lefèvre, C., Cornu, A., Wittock, C., Pitteljon, H., Dumarey, K., Savio, D., Lambrechts, K., Maas, C., . . . Seeuws, P. (2023). *Go Ergo Go ! Je suis ergothérapeute et j'ai ma place en première ligne. : Comment pouvons-nous renforcer l'autonomie des personnes vulnérables vivant à domicile, en tant qu'ergothérapeutes ?* Dans <https://kbs-frb.be/>. https://media.kbs-frb.be/fr/media/10614/Publication_Go%20Ergo.%20Go%21 Consulté le 2 avril 2024.
19. Moniteur belge [Autorité Flamande]. (2019). *Décret relatif à l'organisation des soins de première ligne, des plateformes régionales de soins, et du soutien des prestataires de soins de première ligne (N° 2019-04-26/19). Disponible à l'adresse : http://www.ejustice.just.fgov.be/img_l/pdf/2019/04/26/2019030471_F.pdf , consulté le 3 février 2024.*
20. Moniteur belge [Commission Communautaire Commune de Bruxelles-Capitale (COCOM)]. (2019). *Ordonnance relative à la politique de première ligne de soins (C – 2019/11779). Disponible à l'adresse : https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=fr&sum_date=2024-07-17&pd_search=2019-04-15&numac_search=2019011779&page=1&lq_txt=F&caller=list&2019011779=0&view_numac=&htit=Ordonnance+relative+%E0+la+politique+de+premi%E8re+ligne+de+soins&choix1=et&choix2=et&fr=f&nl=n&du=d&trier=promulgation . Consulté le 3 février 2024*
21. Organisation Mondiale de la santé. (2019). *Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle : Rapport de suivi 2029. Résumé d'orientation.* Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris.https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328922/WHO-HIS-HGF-19.1-fre.pdf?ua=1> , consulté le 17 juillet 2023.

22. Paillé, P. & Mucchielli, A. (2021a). *Chapitre 12. L'analyse thématique. Dans : , P. Paillé & A. Mucchielli (Dir), L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (pp. 269-357). Paris: Armand Colin.*
23. Paillé, P. & Mucchielli, A. (2021b). *Chapitre 13. L'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes. Dans : , P. Paillé & A. Mucchielli (Dir), L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (pp. 359-420). Paris: Armand Colin.*
24. Parlement Wallon. (2024). *Proposition de décret relatif à l'organisation de la première ligne d'accompagnement et de soins. Disponible à l'adresse : https://nautilus.parlement-wallon.be/Archives/2023_2024/DECRET/1673_1.pdf , consulté le 1^{er} juillet 2024.*
25. Plateforme de Première Ligne Wallonne. (2024). *Mémoire 2024 : En vue des prochaines élections, la PPLW souhaite transmettre ses principales priorités pour les années à venir, élaborées à partir des constats relevés sur le terrain par les divers acteurs de la 1^{ère} ligne. Disponible à l'adresse : <https://www.pplw.be/> consulté le 5 juin 2024.*
26. SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé,. (2023). *PlanCad Ergothérapeutes 2019. Disponible à l'adresse : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/ergotherapeutes_sur_le_marche_du_travail_2019_fr.pdf , consulté le 17 juillet 2023.*
27. Van Durme TC, Sophie; Schmitz, Olivier; Maggi, Patrick; Delye, Sam; Gosset Christiane; Lopez-Hartmann, Maja; Remmen, Roy; Declercq, Anja; Mello De Almeida, Johanna; Macq, Jean. (2014). *Scientific evaluation of alternative projects of care and support of care for frail elderly: implementation analysis.*
28. Van Durme T, Lopez-Hartmann M, Anthierens S, Remmen R, Flusin D, Macq J. (2017). *Scientific evaluation of the 25 projects of the second call–implementation analysis.*
29. World Federation of Occupational Therapist (WFOT). (2013). *Definitions of occupational therapy from member organisations. Disponible à l'adresse: <https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations> , consulté le 23 octobre 2023.*
30. World Federation of Occupational Therapists. (2020). *Human Resources Project 2020 : Global demographics of the occupational therapy profession. Dans <https://wfot.org/>.*

Disponible à l'adresse <https://wfot.org/resources/occupational-therapy-human-resources-project-2020-alphabetical>, consulté le 17 juillet 2023.

31. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (1978). *Conférence internationale sur les soins de santé primaires (1978: Alma-Ata, URSS), Les soins de santé primaires : rapport de la Conférence internationale sur le soins de santé primaires, Alma-Ata* (URSS, 6-12 septembre 1978 / rapport conjoint de l'Organisation mondiale de la Santé et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Organisation mondiale de la Santé. Disponible à l'adresse : <https://iris.who.int/handle/10665/39243>, consulté le 23 juillet 2023.
32. World Health Organization. (2020). *Global Strategy on Human Resources for Health : Workforce 2030* (ISBN : 978 92 4 151113 1). Disponible à l'adresse: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1>, consulté le 8 février.

