

PATIENT-REPORTED INDICATOR SURVEYS (PARIS): PERSPECTIVES DE LA BELGIQUE

**Axées sur les personnes atteintes de maladies
chroniques**

D. ANNAERT • R. EKELSON • S. BENSEMMANE • A. VAN VYVE • R. DE SCHREYE



QUI NOUS SOMMES

Sciensano, ce sont plus de 950 collaborateurs qui s'engagent chaque jour au service de la santé. Comme notre nom l'indique, la science et la santé sont au cœur de notre mission. Sciensano puise sa force et sa spécificité dans une approche holistique et multidisciplinaire de la santé.

Plus spécifiquement, nos activités sont guidées par l'interconnexion indissociable de la santé de l'homme, de l'animal et de leur environnement, selon le concept « One Health » ou « Une seule santé ».

Dans cette optique, en combinant plusieurs angles de recherche, Sciensano contribue d'une manière unique à la santé de tous. Sciensano s'appuie sur plus de 100 ans d'expertise scientifique.

Sciensano

Épidémiologie et santé publique - Étude des soins de santé

Juin 2025 • Bruxelles • Belgique

Numéro de référence interne : D/2025.14.440/17



D. Annaert¹



R. Ekelson¹



S. Bensemmane¹



A. Van Vyve²



R. De Schreye¹

1 Sciensano, Épidémiologie et santé publique, Étude des soins de santé, Bruxelles

2 Association du Diabète, Brussels

Personne de contact : Dagmar Annaert • T + 32 2/642.58.19 • dagmar.annaert@sciensano.be

Avec le soutien financier de



Partenaires



Merci de citer cette publication comme suit : D. Annaert, R. Ekelson, S. Bensemmane, A. Van Vyve, R. De Schreye. Patient-reported indicator surveys (PaRIS): perspectives de la Belgique: Axées sur les personnes atteintes de maladies chroniques. Bruxelles, Belgique: Sciensano. 2025, juin. Numéro de référence interne : D/2025.14.440/17.

APERÇU GÉNÉRAL

Le projet PaRIS (Patient-Reported Indicator Surveys), dirigé par l'OCDE, recueille les résultats et les expériences centrés sur le patient pour les personnes âgées de 45 ans et plus atteintes de maladies chroniques. Il s'agit de la première enquête internationale de ce type, fournissant des indicateurs provenant de 19 pays. Dans le cadre de cette initiative, la Belgique a mené son enquête principale entre mars 2023 et janvier 2024. Un total de 4 687 réponses d'enquêtes de patients ont été analysées, ce qui a donné un taux de participation de 33,4 % pour la Belgique. Les enquêtes ont été remplies en ligne (59,7 %) et sur papier (40,3 %). Les résultats portent principalement sur les répondants atteints d'au moins une maladie chronique (n = 3 503).

Résultats en matière de santé perçue par les patients (PROM) :

- Près de trois quarts (72,2 %) des répondants ont déclaré avoir une bonne santé générale. Cependant, la perception de la santé diminue avec le nombre de maladies chroniques, en particulier chez les personnes ayant un faible niveau d'instruction ou de revenu.
- Plus de sept répondants sur dix (71,9 %) ont déclaré un bien-être positif. Le bien-être était généralement plus élevé chez les personnes sans maladies chroniques et diminuait avec le nombre de maladies, notamment chez les femmes et les personnes à faible revenu.
- Un peu plus des deux tiers (69,7 %) ont signalé une bonne santé physique. Celle-ci diminuait avec l'augmentation des maladies chroniques, les femmes déclarant des scores légèrement inférieurs. Un niveau d'instruction et de revenu plus élevé était associé à une meilleure santé physique, indépendamment du nombre de maladies chroniques.
- Plus de quatre répondants sur cinq (82,7 %) ont déclaré une bonne santé mentale. Bien qu'un niveau d'instruction et de revenu plus élevé soit lié à de meilleurs résultats, la santé mentale diminuait avec le nombre de maladies chroniques, en particulier chez les femmes.
- Un bon fonctionnement social a été signalé par 85,9 % des répondants. Toutefois, ce taux diminuait avec l'augmentation du nombre de maladies chroniques, surtout chez les femmes et les personnes à faible niveau d'instruction ou de revenu. À l'inverse, un niveau d'instruction et de revenu plus élevé était associé à un meilleur fonctionnement social, notamment chez les personnes ayant deux maladies chroniques ou plus.

Expériences rapportées par les patients (PREM) :

- Plus de 95 % des répondants ont déclaré avoir bénéficié d'une bonne qualité des soins médicaux, avec peu de différences entre les groupes selon les maladies chroniques ou les facteurs sociodémographiques. Ce chiffre était parmi les plus élevés de tous les pays participants et statistiquement supérieur à la moyenne de l'OCDE de 87 % (selon un intervalle de comparaison).
- Près de deux tiers (63,1 %) se sentaient en confiance dans l'autogestion de leur santé, mais cette confiance diminuait avec l'augmentation du nombre de maladies chroniques.
- Sept répondants sur dix (69,5 %) étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que le système de santé est digne de confiance. Bien que la confiance globale soit élevée, de légères variations existaient : les hommes et les personnes ayant un niveau d'instruction ou un revenu plus élevé avaient tendance à exprimer une plus grande confiance.
- Un peu plus des deux tiers (67,7 %) ont déclaré une bonne coordination des soins perçue. Une légère mais constante augmentation de la coordination perçue a été observée selon les groupes d'âge. Les soins axés sur la personne étaient très bien évalués, 92,7 % des répondants ont exprimé leur confiance dans le caractère personnalisé de leurs soins, quel que soit le nombre de maladies chroniques – un score significativement supérieur à la moyenne de l'OCDE de 85 % (selon un intervalle de comparaison).

Résultats et expériences de santé générale

- La santé générale, le bien-être et la santé physique étaient étroitement liés aux PREM. Des améliorations dans les PREM, en particulier dans la qualité des soins et les soins axés sur la personne, se traduisent par des gains substantiels dans ces résultats de santé.
- Les patients de notre échantillon souffrant d'hypertension artérielle ont généralement rapporté de meilleurs résultats et expériences, tandis que ceux atteints de la maladie d'Alzheimer/de démence ou de dépression ont présenté les scores les plus faibles sur les indicateurs clés.
- La littératie numérique en santé reste un défi. Seuls 8 % des patients atteints de maladies chroniques se sentaient sûrs d'eux dans l'utilisation des informations de santé en ligne. De plus, les outils numériques fournis par les médecins généralistes étaient rarement utilisés : seuls quatre patients ont déclaré avoir eu une consultation vidéo, et seuls 58,3% ont trouvé le site Web facile à utiliser, notamment chez les personnes moins éduquées.
- Les résultats globaux en matière de santé étaient similaires entre les patients avec et sans plans de soins, bien que ceux sans plan de soins aient déclaré une meilleure santé générale et santé physique. Les patients disposant de plans de soins ont rapporté une meilleure expérience de soins axés sur la personne, reflétant des soins plus individualisés et holistiques.
- Les difficultés financières étaient associées à une moins bonne santé physique et mentale, à un bien-être réduit et à une moindre confiance dans le système de santé. Malgré cela, les évaluations élevées de la qualité des soins et des soins axés sur la personne suggèrent que les services de santé répondent efficacement aux besoins des populations financièrement vulnérables.

Aperçus sur les soins de première ligne

- Tous les cabinets de soins de première ligne participants étaient capables d'échanger des dossiers médicaux électroniques, qui étaient systématiquement disponibles lors des consultations.
- Le soutien à l'autogestion était principalement fourni verbalement (85,5%), avec des ressources supplémentaires proposées via des brochures, des documents en ligne et des initiatives efficaces.
- Moins de la moitié (47,5 %) des cabinets participants étaient bien préparés à assurer une coordination efficace des soins. En outre, la Belgique était en retard en matière d'implication du personnel non médical dans la gestion des maladies chroniques, avec un taux de participation de 46,3 % pour les patients atteints de deux maladies chroniques ou plus, bien en dessous de la moyenne de l'OCDE (83 %).

TABLE DES MATIÈRES

APERÇU GÉNÉRAL	4
ABRÉVIATIONS	9
INTRODUCTION	11
MÉTHODOLOGIE	13
1. Collecte de données	13
1.1. Participation et représentativité des médecins généralistes	13
1.2. Participation et représentativité des patients	13
2. Gestion des données	15
2.1. Analyse des données.....	15
2.2. Du questionnaire aux variables.....	16
RÉSULTATS	19
1. Questionnaire PaRIS destiné aux patients (PaRIS-PQ)	19
1.1. Facteurs socio-démographiques.....	19
1.2. Indicateurs clés PaRIS10.....	21
1.3. Heatmaps dES indicatEURS pAris10	43
1.4. La littératie (digitale) en santé.....	47
1.5. Outils numériques.....	49
1.6. Plans de soins	50
1.7. Difficultés financières.....	53
2. Questionnaire PaRIS sur les pratiques de soins primaires (PaRIS-PCPQ)	55
2.1. Caractéristiques des cabinets	55
2.2. Organisation du cabinet.....	57
2.3. GESTION des soins chroniques	57
3. Variations au niveau des pratiques et patients	59
4. La Belgique dans un contexte international	60
DISCUSSION	63
CONCLUSION	67
REFERENCES	68
LISTE DES TABLEAUX	71
LISTE DES FIGURES	72
ADDENDUM	77
A1. Recalcul des variables de standardisation.....	77
A2. Données parallèles de l'enquête.....	78
A3. Rapport du médecin généraliste.....	79
A4. Indicateurs PaRIS10.....	86
REMERCIEMENTS	98

ABRÉVIATIONS

GP	Médecin généraliste
OECD	Organisation de coopération et de développement économiques
P3CEQ	Person-Centred Coordinated Care Experience Questionnaire
PaRIS	Patient-Reported Indicator Surveys
PR	Participation rate
PREM	Patient-Reported Experience Measures
PROMIS®	Patient-Reported Outcomes Measurement Information System
PROM	Patient-Reported Outcome Measures
TTP	Trusted third party
WHO	Organisation mondiale de la Santé
PaRIS10	10 indicateurs clés des résultats et de l'expérience des patients

INTRODUCTION

Les systèmes de santé du monde entier évoluent rapidement pour répondre aux défis posés par le vieillissement de la population, l'augmentation des taux de maladies chroniques et le besoin croissant d'approches de soins axées sur le patient¹. Les maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires et les affections respiratoires sont en augmentation, ce qui crée une demande de soins coordonnés et à long terme susceptibles d'améliorer la qualité de vie immédiate et à long terme²⁻⁴. Ces tendances exercent une pression considérable sur les infrastructures de santé des pays de l'OCDE, y compris la Belgique, qui consacre actuellement 10,9 % de son PIB aux soins de santé, un chiffre qui devrait augmenter en raison du vieillissement démographique du pays et de la prévalence croissante des maladies chroniques¹.

Malgré l'existence de nombreuses données sur les coûts des soins de santé, leur utilisation et les résultats généraux en matière de santé tels que la mortalité et la morbidité, une lacune importante persiste: les données qui reflètent le point de vue des patients sur leur expérience des soins. Cette lacune peut être comblée par les mesures des résultats rapportés par les patients (PROM) et les mesures de l'expérience rapportée par les patients (PREM), qui fournissent des informations sur la qualité et l'efficacité des soins tels qu'ils sont perçus par les patients eux-mêmes. Cependant, l'utilisation de ces mesures reste limitée¹.

Pour combler cette lacune, l'initiative PaRIS (Patient-Reported Indicator Surveys) de l'OCDE donne la parole aux patients en mettant l'accent sur leurs expériences et les résultats qui comptent le plus pour eux. PaRIS est la première enquête internationale harmonisée qui se concentre sur les utilisateurs de soins primaires âgés de 45 ans et plus souffrant de maladies chroniques. Au-delà des mesures traditionnelles spécifiques à certaines maladies, PaRIS met en évidence l'impact de la qualité des soins sur la vie quotidienne et le bien-être des patients, en particulier ceux qui ont des besoins de santé complexes et permanents⁵. Pour la Belgique, PaRIS fournit des données comparatives précieuses, permettant au pays d'évaluer la réactivité de son système de santé et d'identifier les domaines à améliorer pour soutenir les soins axés sur le patient.

Dans ce rapport, les dix indicateurs clés du tableau de bord PaRIS10 seront utilisés pour évaluer les performances du système de santé belge dans une perspective centrée sur le patient. Ces indicateurs fournissent un cadre structuré pour évaluer l'expérience et les résultats des patients, offrant une vue d'ensemble des aspects des soins qui ont un impact direct sur la qualité de vie. Développés en collaboration avec des patients, des professionnels de soins primaires et des experts, ces indicateurs serviront de repères tout au long du rapport pour mettre en évidence les performances de la Belgique et identifier les domaines à améliorer.

Le tableau de bord PaRIS10 comprend cinq mesures des résultats rapportés par les patients (PROM) qui reflètent les aspects essentiels de la santé :

- **santé physique** – Évalue les capacités fonctionnelles, les niveaux de douleur et la fatigue.
- **Santé mentale** – Évalue la qualité de vie, le bien-être émotionnel et la satisfaction sociale.
- **Fonctionnement social** – Mesure l'engagement dans les rôles et activités sociaux habituels.
- **Bien-être** – Reflète l'humeur, la vitalité et la satisfaction dans la vie.
- **Santé générale** – Fournit une auto-évaluation globale de l'état de santé.

En outre, cinq mesures de l'expérience rapportée par les patients (PREM) offrent un aperçu des interactions critiques avec les services de santé :

- **confiance en l'autogestion** – Mesure la capacité des patients à gérer leur santé d'une manière indépendante.

- **Coordination des soins expérimentée** – Indique la continuité et la coordination des soins entre les prestataires.
- **Soins axés sur la personne** – Évalue dans quelle mesure les soins correspondent aux besoins et aux préférences des patients.
- **Qualité des soins perçue** – Évalue la qualité globale des soins reçus du point de vue du patient.
- **Confiance dans le système de santé** – Indique le niveau de confiance des patients dans le système de santé.

En examinant les soins de santé en Belgique à l'aide de ces indicateurs, le rapport s'appuiera sur les conclusions de PaRIS pour fournir une évaluation nuancée de la qualité des soins primaires fondée sur le point de vue des patients, en soulignant les points forts et en mettant en évidence les possibilités d'améliorations ciblées.

En Belgique, la prévalence croissante des maladies chroniques exerce une pression considérable tant sur les patients que sur les prestataires de soins de santé, ce qui peut entraîner une fragmentation des soins et des incohérences dans les traitements^{6,7}. La structure unique du système de santé belge, où les responsabilités sont partagées entre les autorités fédérales et régionales, pose des défis supplémentaires pour assurer la coordination des soins⁸. Les patients reçoivent souvent des conseils de plusieurs prestataires, avec une continuité ou une communication souvent limitée⁵. Cette fragmentation souligne la nécessité d'une approche cohérente et centrée sur le patient en matière de soins de santé, qui aligne le traitement sur les besoins et les objectifs du patient afin d'améliorer la satisfaction, l'observance et les résultats en matière de santé^{9,10}.

Bien que diverses initiatives régionales aient été mises en œuvre, telles que la politique flamande de coordination des soins et les programmes d'éducation des patients de la Fédération Wallonie-Bruxelles, une stratégie nationale pourrait réduire davantage les disparités et améliorer la qualité des soins pour les patients souffrant de plusieurs maladies chroniques¹¹. Le Plan interfédéral belge pour les soins intégrés a été officiellement approuvé par toutes les autorités sanitaires belges en 2023. Ce plan incarne un engagement et une vision collectifs visant à faire progresser les soins intégrés dans tout le pays. Son objectif principal est de promouvoir une collaboration et une coordination sans faille entre les différents prestataires dans divers contextes, et vise en outre à rationaliser la collaboration entre les régions, afin d'améliorer l'intégration et la coordination des soins. En s'alignant sur cette initiative, des politiques intégrées à l'échelle nationale, fondées sur les enseignements tirés de PaRIS, apporteront un soutien cohérent dans toutes les régions, favorisant ainsi l'amélioration des résultats pour les patients et la résilience du système de santé.

Les données PaRIS, collectées à l'aide des indicateurs PaRIS10, fournissent des informations précieuses sur les aspects clés des soins de santé axés sur le patient, notamment la confiance en l'autogestion, la coordination des soins et la confiance dans le système de santé. Ce rapport analysera ces indicateurs afin d'évaluer le paysage des soins de santé en Belgique et d'identifier les domaines à améliorer. En tirant parti des conclusions de PaRIS, la Belgique peut améliorer son système de santé afin qu'il soit plus inclusif, mieux coordonné et plus réactif. Ces données permettent de mettre en place des interventions ciblées, telles que l'intégration d'outils de santé numériques, l'amélioration de la coordination des soins et la promotion de l'engagement des patients, faisant de l'expérience des patients un indicateur clé de la qualité des soins de santé¹². La Belgique a tout à gagner à mettre en place des politiques qui privilégient l'expérience des patients comme indicateur clé de la qualité et du succès des soins de santé, créant ainsi un système qui non seulement traite les maladies, mais valorise et soutient également les objectifs individuels des patients.

Alors que la Belgique est confrontée à la double pression du vieillissement de la population et de l'augmentation des taux de maladies chroniques, l'initiative PaRIS offre une occasion idéale de renforcer les soins axés sur le patient. Grâce aux enseignements tirés de PaRIS, la Belgique peut évoluer vers un système de santé cohérent et efficace qui améliore la qualité des soins, renforce la coordination et favorise de meilleurs résultats en matière de santé et de bien-être pour tous les Belges.

MÉTHODOLOGIE

1. Collecte de données

L'enquête principale du projet PaRIS a été menée en Belgique entre **mars 2023 et janvier 2024**. Vous trouverez plus de détails sur l'élaboration du questionnaire PaRIS destiné aux patients ([PaRIS-PQ](#)) et du questionnaire PaRIS destiné aux cabinets de soins primaires ([PaRIS-PCPQ](#)) ainsi que sur leur contenu en cliquant sur les liens hypertextes fournis.

1.1. PARTICIPATION ET REPRÉSENTATIVITÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Le registre des médecins généralistes de l'INAMI/RIZIV est la source d'échantillonnage la plus complète, c'est pourquoi il a été utilisé pour inviter tous les médecins généralistes actifs en Belgique. Les médecins généralistes actifs ont été définis comme ceux qui atteignent un seuil minimum de 500 prestations de soins par an (dernières données au 31/12/2021). Sur les 11 734 médecins généralistes actifs qui ont été invités par e-mail, 115 ont rempli le formulaire. Parmi les 115 médecins généralistes intéressés, 82 ont rempli le questionnaire PaRIS sur les pratiques de soins primaires. Parmi ceux-ci, 71 ont confirmé leur participation en signant l'accord de protection des données pour l'utilisation des coordonnées de leurs patients. Parmi ceux qui ont accepté de constituer et de partager un échantillon de patients, 55 ont fourni leur échantillon de patients à la tierce partie de confiance (TTP) (Symeta), et 4 ont décidé de participer sans partager les coordonnées de leurs patients avec la TTP. Au total, 59 médecins généralistes ont donc fourni un échantillon de patients. Chaque médecin généraliste participant a reçu un rapport personnalisé. Un exemple en néerlandais est donné dans l'annexe. Le rapport contient des informations démographiques sur les patients participants, ainsi que des informations sur leur mode de vie et leurs comportements en matière de santé. Il comprend également des mesures des résultats rapportés par les patients (PROM) et des mesures de l'expérience rapportée par les patients (PREM).

Malgré le faible taux de participation des médecins généralistes (<1 %), la représentativité régionale était bonne: 6 cabinets à Bruxelles, 33 cabinets en Flandre et 20 cabinets en Wallonie, ce qui reflète fidèlement la répartition nationale des médecins généralistes en Belgique. En outre, près de la moitié des médecins généralistes participants (29 médecins généralistes) étaient employés dans un cabinet de groupe multidisciplinaire, une proportion importante (21 médecins généralistes) de tous les participants ont déclaré travailler dans un cabinet de groupe, la plupart d'entre eux (20 médecins généralistes) partageant leurs patients et un seul travaillant sans partager ses patients. Enfin, 9 des répondants ont indiqué qu'ils travaillaient en tant que médecins généralistes indépendants. Cette répartition reflète la diversité des modèles de pratique en Belgique, même si les praticiens exerçant seuls semblent sous-représentés.

1.2. PARTICIPATION ET REPRÉSENTATIVITÉ DES PATIENTS

L'échantillon de patients a été constitué par les médecins généralistes participants à partir des dossiers médicaux électroniques, sur la base des critères d'éligibilité (être âgé de 45 ans ou plus et avoir consulté au moins une fois au cours des six derniers mois). Sur la base de ces critères, les médecins généralistes ont sélectionné au hasard 260 patients, qui ont ensuite été orientés vers le TTP.

Au total, 14 603 patients ont été invités (dans certains cas, moins de 260 patients ont été invités). L'âge moyen des patients invités était de 63 ans, avec une moyenne minimale de 55 ans et une moyenne maximale de 71 ans parmi les cabinets. La répartition par âge des patients invités ressemblait étroitement à celle de la population belge âgée de 45 ans et plus. Les données relatives à cinq cabinets n'étaient pas disponibles pour cette dernière. La répartition par sexe des patients invités était de 54,0 % de femmes et 46,0 % d'hommes, ce qui est assez proche de la répartition par sexe de la population âgée de plus de 45 ans en Belgique. Au total, **4 687 réponses à l'enquête auprès des**

patients ont été recueillies, ce qui donne un taux de participation (TP) de 31,8 %. Après exclusion de 705 adresses incorrectes, le TP ajusté s'élève à 33,4 %. Les taux de participation variaient considérablement d'un cabinet à l'autre, allant de 5,8 % à 66,8 %. Il convient de noter que 110 des dossiers patients ont été reçus après la date limite fixée par l'OCDE et qu'ils seront uniquement inclus dans notre rapport national. Il est donc possible que les résultats diffèrent légèrement de ceux du rapport de l'OCDE. Vous trouverez plus de détails sur les données parallèles dans l'addendum.

Des différences notables ont été observées entre les différents types de cabinets. Les cabinets individuels ont atteint un PR de 33,3 % (neuf cabinets), tandis que les cabinets de groupe ayant leurs propres patients ont atteint 31,5 % (un seul cabinet) et ceux ayant des patients partagés ont atteint 38,8 % (20 cabinets). Les cabinets de groupe multidisciplinaires ont affiché un PR plus faible, avec une moyenne d'environ 24,4 % (29 cabinets). Des disparités régionales étaient également apparentes. La Flandre a enregistré le PR le plus élevé avec 38,3 % (33 cabinets), suivie de la Wallonie avec 24,8 % (20 cabinets) et de Bruxelles avec 14,5 % (six cabinets).

2. Gestion des données

2.1. ANALYSE DES DONNÉES

Une analyse statistique descriptive a d'abord été réalisée afin de résumer les caractéristiques des patients participants, les principales variables de résultat et les données parallèles du questionnaire, et de donner un aperçu du questionnaire PaRIS pour les soins de première ligne.

Ensuite, des modèles multiniveaux ont été élaborés pour calculer et analyser nos résultats, sur la base de la **structure hiérarchique** des données. Les patients étant regroupés au sein de cabinets médicaux, une approche à deux niveaux a été adoptée, les cabinets médicaux constituant le premier niveau et les patients étant nichés au sein de ces clusters. Cette approche tient compte de la dépendance entre les patients d'un même cabinet médical, garantissant ainsi une estimation précise de la variance et des effets de regroupement.

Lorsque la variable dépendante était continue, des **modèles linéaires à effets mixtes** ont été établis. Pour les variables dépendantes dichotomiques, des modèles linéaires généralisés à effets mixtes binomiaux ont été utilisés. L'âge et le sexe ont été inclus dans tous les modèles en tant que variables de standardisation, ainsi que des indicateurs de données manquantes pour ces variables. Un effet significatif des indicateurs de données manquantes indiquait que l'absence de caractéristiques spécifiques des patients était systématique plutôt qu'aléatoire (OECD flagship report PaRIS¹³; Chapter 7, Box 7.6). Aucun effet aléatoire n'a été observé. Pour plus de détails sur les spécifications du modèle, voir la comparaison 2 au chapitre 7, paragraphe 7.7.7 du OECD flagship report PaRIS¹³.

Afin d'optimiser la représentativité des résultats, les **variables de standardisation** (âge et sexe) ont été recalibrées dans les modèles afin de les aligner sur la population belge de 2023 (45 ans et plus), sur la base des données de STATBEL. Une série de six variables recalibrées (deux pour le sexe et quatre pour l'âge) a été créée, qui donnent un résultat nul pour chaque observation de patient. Vous trouverez plus de détails sur la structure et leur valeur dans le tableau A1. Vous trouverez plus de détails sur cette procédure dans le rapport de l'OCDE (chapitre 7, encadré 7.6¹⁴). Ces modèles ont également permis de calculer le coefficient de corrélation intraclasse (CCI), qui reflète la part de la variation au niveau du cabinet médical. Le CCI a aidé à détecter le regroupement des données des patients au niveau du cabinet et a déterminé dans quelle mesure la variation pouvait s'expliquer par des facteurs liés au prestataire de soins et au patient. Les estimations n'ont pas été corrigées pour tenir compte de la diversité des cas.

Les données manquantes ont été classées comme suit : les réponses que les patients ont omises, qui ont été traitées comme des données manquantes (totalement) aléatoires, et les réponses qui ont été omises en raison d'une logique conditionnelle (par exemple, lorsqu'une question n'a pas été posée sur la base de réponses précédentes, comme le fait de répondre 'non' à une question connexe), classées comme manquantes non aléatoires. La proportion de données manquantes était minime et leur impact sur les résultats a été jugé négligeable. En conséquence, aucune imputation n'a été effectuée et les valeurs manquantes ont été exclues des analyses lorsque cela était nécessaire pour les variables dépendantes, mais pas pour les variables de standardisation, car pour ces dernières, les indicateurs manquants ont été inclus, comme indiqué ci-dessus.

La fiabilité des échelles a été évaluée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach afin d'évaluer la cohérence interne.

Toutes les analyses statistiques ont été effectuées avec R version 4.4.1¹⁵ et supérieure.

2.2. DU QUESTIONNAIRE AUX VARIABLES

2.2.1. Création de nouvelles variables

Les données brutes recueillies à partir des items du questionnaire PaRIS destiné aux patients (PaRIS-PQ) ont été converties en variables par catégorisation, comptage ou combinaison d'items. En outre, des échelles ont été établies sur la base des directives relatives aux instruments. Cependant, aucune échelle n'a été utilisée pour le questionnaire PaRIS destiné aux soins de première ligne (PaRIS-PCPQ).

Les patients ont été invités à indiquer le type et le nombre de maladies chroniques dont ils souffraient. Pour ce faire, ils ont choisi parmi une liste préétablie, dans laquelle ils pouvaient sélectionner plusieurs maladies et, s'ils le souhaitaient, ajouter d'autres maladies non mentionnées. Sur la base de leurs réponses, deux nouvelles variables ont été créées. La première variable variait de 0 à 11, seules les maladies chroniques mentionnées étant comptabilisées et la catégorie 'autres' était exclue. La deuxième variable variait de 0 à 12, y compris la catégorie 'autres'. Ces données ont ensuite été subdivisées en trois variables supplémentaires. La première catégorisait les résultats en : 'aucune affection chronique', 'une affection chronique', 'deux affections chroniques', 'trois affections chroniques', 'quatre affections chroniques' et 'cinq affections chroniques ou plus'. La deuxième variable a réparti les comptages en deux catégories: 'aucune affection chronique' et 'une ou plusieurs affections chroniques'. La troisième variable classait les réponses en trois catégories: 'aucune maladie chronique', 'une maladie chronique', 'deux maladies chroniques ou plus'.

Pour la variable âge, les patients pouvaient choisir parmi les options suivantes: '44 ans et moins' (non éligibles pour l'enquête et donc exclus) à '85 ans et plus', ou 'préfère ne pas répondre'. Au total, il y avait 11 options de réponse. L'option 'Je préfère ne pas répondre', qui n'a été sélectionnée que par deux répondants, a été traitée comme une donnée manquante. Les autres réponses relatives à l'âge ont ensuite été classées en quatre groupes d'âge, conformément au rapport de l'OCDE¹³: 45-54 ans, 55-64 ans, 65-74 ans et 75 ans et plus. Ce processus a donné lieu à deux variables d'âge : l'une avec neuf catégories et l'autre avec quatre catégories.

Le niveau d'instruction le plus élevé atteint a été classé en deux variables. La première variable regroupait les niveaux d'enseignement en 'sans formation', 'enseignement primaire', 'enseignement secondaire inférieur', 'enseignement secondaire supérieur' et 'enseignement supérieur'. La deuxième variable combinait ces catégories en catégories plus larges : 'sans formation - enseignement secondaire inférieur', 'enseignement secondaire supérieur' et 'enseignement supérieur'.

Les patients ont été invités à indiquer leur poids (en kg) et leur taille (en cm). Ces données ont ensuite été utilisées pour calculer l'indice de masse corporelle (IMC). L'IMC a été classé selon la classification de l'OMS pour les adultes (conformément au rapport de OCDE¹³). De plus, une autre variable a été créée en combinant les catégories 'Obésité de classe I, II et III' en une seule catégorie 'Obésité'.

2.2.2. Construction des échelles

Dans les questionnaires, les échelles utilisent plusieurs items (questions) pour mesurer des concepts complexes qui ne peuvent être appréhendés par une seule question. Chaque item contribue à la compréhension du concept global, par exemple la santé physique globale PROMIS. En combinant ces réponses, à l'aide des directives de l'instrument, les échelles fournissent une meilleure mesure de l'idée sous-jacente. Les échelles sont présentées pour les PROM et les PREM.

2.2.2.1. Patient-reported outcome measures (PROM)

L'échelle PROMIS¹⁶ Global Physical Health comprend quatre éléments sur la santé physique globale, la fonction physique, la douleur et la fatigue. Chaque élément a été recodé pour représenter un score de 1 à 5. Ces scores ont ensuite été additionnés, ce qui a donné une échelle allant de 4 à 20. Afin de normaliser ces scores bruts, ils ont été convertis en scores T conformément aux directives. Les scores T ont une moyenne de 50 et un écart type (ET) de 10, le score de 50 représentant la moyenne de la population générale américaine. Par conséquent, un score T de 60 sur cette échelle indique que

l'individu se situe à un écart type au-dessus de la moyenne, ce qui reflète une meilleure santé par rapport à la population générale. La fourchette des scores T est comprise entre 16,2 et 67,7. Un score plus élevé indique une meilleure santé physique¹⁷. Le coefficient alpha de Cronbach, qui mesure la cohérence interne ou la fiabilité d'une échelle, était de 0,795.

De même, l'échelle PROMIS¹⁶ Global Mental Health comprend quatre items évaluant la qualité de vie, la santé mentale, la satisfaction à l'égard des activités sociales et les problèmes émotionnels. Cette échelle va également de 4 à 20 après recodage. Ces scores ont été normalisés à l'aide de directives similaires, et leur interprétation est analogue à celle de l'échelle Global Physical Health. La fourchette des scores T est comprise entre 21,2 et 67,6. Les scores les plus élevés indiquent une meilleure santé mentale.¹⁷ Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,821.

Enfin, l'indice de bien-être WHO-5 est une échelle qui mesure le bien-être des personnes. Il est composé de cinq items, chacun noté sur une échelle de Likert à 6 points, allant de 'Jamais' (0) à 'Tout le temps' (5). Ces scores bruts ont été additionnés puis multipliés par quatre, ce qui a donné une échelle allant de 0 à 100. Les scores élevés indiquent un meilleur bien-être du patient.¹⁸ Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,901.

2.2.2.2. Patient-reported experience measures (PREM)

Le questionnaire Person-Centred Coordinated Care Experience (P3CEQ)^{19,20} comprend deux volets, l'un portant sur la coordination des soins et l'autre sur l'approche centrée sur la personne. L'échelle de coordination des soins comprend cinq éléments axés sur la coordination des soins, le contact unique, la planification des soins (existence, disponibilité, utilité et suivi), le soutien à l'autogestion et les informations pour l'autogestion.²⁰ Après recodage, les scores pour chacune de ces questions variaient de 0 à 3. Ces huit items ont été additionnés, ce qui a donné une échelle allant de 0 à 24. Un score plus élevé représente une meilleure approche centrée sur la personne. Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,700.

De plus, un score total pour le P3CEQ a été calculé en additionnant tous les éléments des deux composantes, ce qui a donné une échelle allant de 0 à 30, mesurant à la fois la coordination des soins et l'orientation vers la personne. Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,639.

Pour la coordination des soins et le score total du P3CEQ, une version alternative a été calculée, sur la base des informations fournies par l'OCDE. Elle a fait valoir que pour l'élément 'interlocuteur unique', lorsqu'un patient sélectionnait 'Je ne reçois pas de soins de plusieurs services', le concept de coordination des soins n'avait pas de sens. Par conséquent, dans ces cas, toutes les questions relatives à la coordination des soins (coordination des soins, interlocuteur unique, soins dans leur ensemble, aide à l'autogestion et informations pour l'autogestion) ont été définies comme 'question non posée' pour ces versions alternatives des trois échelles. L'échelle alternative de coordination des soins expérimentée est utilisée dans les analyses suivantes. Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,568 pour la coordination des soins et de 0,650 pour l'échelle totale.

L'échelle de confiance en l'autogestion combine cinq éléments. Quatre éléments ont été modifiés à partir des questions sur l'engagement des patients de Medicare, à savoir la confiance dans la capacité à suivre les instructions à domicile, la confiance dans la capacité à changer ses habitudes ou son mode de vie, la confiance dans la capacité à identifier les besoins en soins médicaux et la confiance dans la capacité à identifier les effets secondaires des médicaments²¹. Et un élément du questionnaire P3CEQ, la confiance dans l'autogestion. Après recodage, ces éléments ont été moyennés, ce qui a donné un score compris entre 0 et 3. Un score élevé indique une meilleure confiance dans l'autogestion. Cette échelle évalue donc la confiance des patients dans l'autogestion, en laissant de côté le dernier élément de confiance de notre enquête, qui fait davantage référence à l'auto-efficacité numérique. Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,762.

Une catégorie de répondants connaissant des difficultés financières a été identifiée, définie comme ceux qui ont répondu 'toujours' ou 'généralement' à au moins une des questions suivantes: 'Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que vous avez été inquiet ou stressé par les choses suivantes ? 1) Avoir assez d'argent pour acheter des repas sains ? 2) Avoir assez d'argent pour payer votre loyer ou votre hypothèque ? 3) Avoir assez d'argent pour payer vos autres factures mensuelles, comme l'électricité, le chauffage et le téléphone ?'. Ces questions ont été modifiées à partir de l'enquête internationale sur les Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults de 2017²². Un score plus élevé indique des difficultés financières plus importantes. Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,924.

Enfin, une échelle a été élaborée en regroupant les éléments de l'échelle Porter Novelli à 10 éléments²³ à l'aide d'une analyse factorielle. Trois facteurs/groupes ont été identifiés à partir de nos données, ce qui correspond aux résultats du rapport de l'OCDE¹³, qui utilisait les données de tous les pays participants. Ces groupes sont 'Engagement actif/Activation des patients', 'Collaboration avec les professionnels de santé' et 'Littératie en santé'. Le tableau 1 ci-dessous présente les correspondances pour chaque facteur. Le score de chaque groupe a été calculé en faisant la moyenne des éléments correspondants, avec des scores allant de 1 à 5. Pour les deux premiers facteurs, des scores plus élevés indiquent respectivement un meilleur engagement et une meilleure activation des patients, ainsi qu'une meilleure collaboration avec les professionnels de santé (prise de décision partagée). Pour le troisième facteur, un score plus faible indique une meilleure littératie en santé ; les scores ont donc été inversés afin que les valeurs plus élevées indiquent une meilleure littératie en santé. Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,740 pour 'Engagement actif/activation du patient', de 0,624 pour 'Collaboration avec les professionnels de santé' et de 0,789 pour 'Littératie en santé'.

Tableau 1 • Classement Porter Novelli basé sur l'analyse factorielle, Enquête PaRIS, Belgique

10-item Porter Novelli	Groupe
Je fais confiance aux professionnels de santé pour me dire tout ce que je dois savoir pour gérer ma santé	Collaboration avec les professionnels de santé
La plupart des problèmes de santé sont trop complexes pour que je puisse les comprendre	Littératie en santé
J'essaie activement de prévenir les maladies et les affections	Implication active/activation des patients
Je laisse aux professionnels de santé le soin de prendre les bonnes décisions concernant ma santé	Collaboration avec les professionnels de santé
Je trouve important d'être informé des questions de santé	Implication active/activation des patients
Je dois être informé des questions de santé afin de pouvoir rester en bonne santé et préserver celle de ma famille	Implication active/activation des patients
J'ai du mal à comprendre une grande partie des informations sur la santé que je lis	Littératie en santé
Mes professionnels de santé et moi-même travaillons ensemble pour gérer ma santé	Collaboration avec les professionnels de santé
Si je lis ou entends quelque chose qui concerne ma santé, j'en discute avec mes professionnels de santé	Collaboration avec les professionnels de santé
J'essaie de comprendre mes risques personnels en matière de santé	Implication active/activation des patients

RÉSULTATS

1. Questionnaire PaRIS destiné aux patients (PaRIS-PQ)

1.1. FACTEURS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Les facteurs socio-démographiques des répondants à l'enquête auprès des patients sont présentés ci-dessous dans le Tableau 2. Comme indiqué précédemment, 59,7 % des questionnaires ont été remplis en ligne, tandis que 40,3% ont été soumis sur papier. Si l'on tient compte de cela et que l'on examine les facteurs socio-démographiques, des différences apparaissent, qui sont présentées dans le Tableau 3. La disponibilité des formulaires papier s'est avérée essentielle pour la collecte de données, en particulier chez les personnes âgées, les personnes ayant un niveau d'instruction moins élevé et les répondants issus de groupes à faibles revenus.

Tableau 2 • Facteurs socio-démographiques des répondants, Enquête PaRIS, Belgique

	Nombre de répondants (n)	Colonne pourcentage (%)
Sexe (6.2% de données manquantes)		
Femme	2420	51,6
Homme	1940	41,4
Autre	11	0,2
Je préfère ne pas répondre	26	0,6
Catégories d'âge (années) (0.5% de données manquantes)		
45-54	1110	23,7
55-64	1515	32,3
65-74	1379	29,4
75 +	661	14,1
Niveau d'études le plus élevé atteint (4.1% de données manquantes)		
Aucune formation, enseignement primaire ou secondaire inférieur	1227	26,2
Enseignement secondaire supérieur	1305	27,8
Enseignement supérieur	1965	41,9
Revenu net du ménage (4.9% de données manquantes)		
Jusqu'à €1700 par mois	785	16,7
Entre €1700 et €2700 par mois	1322	28,2
€2700 ou plus par mois	1594	34,0
Je préfère ne pas répondre	615	13,1
Je ne sais pas	140	3,0
Zone de résidence (4.1% de données manquantes)		
Ville	990	21,1
Village ou banlieue	1100	23,5
Zone rurale	2354	50,2
Je ne sais pas	51	1,1

Tableau 3 • Mode de réponse (en ligne ou sur papier) avec facteurs socio-démographiques (colonne %(n)). Les valeurs manquantes ont été exclues. Enquête PaRIS, Belgique.

	Enquête en ligne	Enquête papier
Sexe		
Femme	52,7% (1394)	59,2% (1026)
Homme	46,6% (1233)	40,8% (707)
Autre	0,2% (4)	0,4% (7)
Je préfère ne pas répondre	1,0% (26)	0,0% (0)
Catégories d'âge (années)		
45-54	24,9% (825)	16,4% (285)
55-64	28,8% (954)	32,2% (561)
65-74	22,5% (745)	36,4% (634)
75 +	8,2% (273)	22,3% (388)
Niveau d'études le plus élevé atteint		
Aucune formation, enseignement primaire ou secondaire inférieur	19,3% (506)	41,4% (721)
Enseignement secondaire supérieur	29,2% (766)	30,9% (539)
Enseignement supérieur	52,8% (1385)	27,7% (580)
Revenu net du ménage		
Jusqu'à €1700 par mois	12,9% (340)	25,5% (445)
Entre €1700 et €2700 par mois	28,5% (752)	32,7% (570)
€2700 ou plus par mois	43,9% (1159)	25,0% (435)
Je préfère ne pas répondre	12,2% (322)	16,8% (293)
Je ne sais pas	2,8% (73)	3,8% (67)
Zone de résidence		
Ville	21,4% (568)	24,3% (422)
Village ou banlieue	25,1% (667)	24,9% (433)
Zone rurale	52,7% (1398)	55,0% (956)
Je ne sais pas	0,8% (21)	1,7% (30)

1.2. INDICATEURS CLÉS PARIS10

Les indicateurs PaRIS10 utilisent les Patient-Reported Outcome Measures (PROM) et Patient-Reported Experience Measures (PREM) pour évaluer différents aspects de la santé et des soins du point de vue du patient. Ces indicateurs mesurent la santé physique, la santé mentale, le bien-être social, la santé générale et les expériences des patients. Ils sont décrits dans le Tableau 4. Les données sont ventilées en fonction du nombre de maladies chroniques (aucune, une, deux ou plus) et de facteurs socio-démographiques importants tels que le sexe, la tranche d'âge, le niveau d'instruction ou le niveau de revenu (figures 1 à 40). Les résultats ont été considérés comme statistiquement significatifs lorsque les intervalles de confiance à 95 % ne se chevauchaient pas.

L'addendum présente des figures similaires, en excluant les personnes souffrant d'hypertension artérielle, une affection courante et souvent asymptomatique qui peut influencer les différences de résultats entre d'autres groupes de maladies chroniques (figures A1-A40). Ces résultats ont également été considérés comme statistiquement significatifs lorsque les intervalles de confiance à 95 % ne se chevauchaient pas.

Tableau 4 • Les indicateurs PaRIS10 utilisent les Patient-Reported Outcome Measures (PROM) et Patient-Reported Experience Measures (PREM)

Patient-Reported Outcome Measures (PROM)	
Santé générale	- Cet indicateur est basé sur la question: <i>‘Diriez-vous que votre état de santé général est excellent, très bon, bon, passable ou mauvais?’</i> , une question tirée de l'échelle PROMIS ¹⁶ Global. Il est calculé comme le pourcentage de patients ayant déclaré avoir une santé générale 'bonne', 'très bonne' ou 'excellente' (par rapport à 'passable' ou 'mauvaise').
Bien-être	- L'indice de bien-être WHO-5, dont les détails sont fournis dans la méthodologie , varie de 0 à 100, un score plus élevé indiquant un meilleur bien-être du patient. - Le pourcentage de patients rapportant des résultats positifs est défini comme un score ≥ 50 , qui est souvent utilisé comme seuil pour un faible risque de dépression clinique.
Santé physique	- L'indicateur de santé physique (à l'aide de l'échelle PROMIS Global), tel que décrit dans la méthodologie , est une mesure du score T, où 50 représente la moyenne et 10 l'écart type de la population de référence PROMIS. Un score plus élevé indique une meilleure santé physique. Le score T varie de 16,2 à 67,7. - Le pourcentage de patients rapportant des résultats positifs est défini comme un score de 42 ou plus et est considéré comme une indication d'une bonne santé physique.
Santé mentale	- L'indicateur de santé mentale (basé sur l'échelle PROMIS Global), tel que décrit dans la méthodologie , est un score T, où 50 représente la moyenne et 10 l'écart type de la population de référence PROMIS. Un score plus élevé indique une meilleure santé mentale. Le score T varie de 21,2 à 67,6. - Le pourcentage de patients rapportant des résultats positifs est défini comme un score de 40 ou plus et est considéré comme une indication d'une bonne santé mentale.
Fonctionnement social	- Cet indicateur est basé sur la question : <i>‘Indiquez de manière générale dans quelle mesure vous menez à bien vos activités et rôles sociaux habituels. [plus précisément dans le questionnaire]’</i> , un élément de l'échelle PROMIS Global. Il est calculé comme le pourcentage de patients ayant déclaré avoir un fonctionnement social 'bon', 'très bon' ou 'excellent' (par rapport à 'passable' ou 'mauvais').
Patient-Reported Experience Measures (PREM)	
Qualité perçue des soins	- Cet indicateur repose sur la question suivante : <i>‘Si vous considérez tous les aspects des soins que vous avez reçus, comment évaluez-vous globalement les soins médicaux que vous avez reçus au cours des 12 derniers mois dans votre centre de soins de première ligne ?’</i> . Il est calculé comme le pourcentage de patients ayant déclaré avoir trouvé la qualité des

	soins médicaux 'bonne', 'très bonne' ou 'excellente' au cours des 12 derniers mois (par rapport à 'passable', 'mauvaise' ou 'je ne sais pas').
Confiance dans l'autogestion	- Cet indicateur est basé sur la question suivante : <i>'Dans quelle mesure avez-vous confiance en votre capacité à gérer votre propre santé et votre bien-être ?'</i> . Il est calculé comme le pourcentage de patients ayant répondu 'confiance' ou 'grande confiance' (par opposition à 'assez confiance' ou 'pas confiance du tout').
Confiance dans le système de santé	- Cet indicateur est basé sur la question : <i>'Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec l'affirmation selon laquelle le système de santé est digne de confiance ?'</i> . Il est calculé comme le pourcentage de patients qui sont 'd'accord' ou 'tout à fait d'accord' (par opposition à ceux qui sont 'pas d'accord ou en désaccord', 'en désaccord' ou 'tout à fait en désaccord').
Coordination des soins perçue	- L'indicateur de coordination des soins perçue, tel que décrit dans la <u>méthodologie</u> , varie de 0 à 15. Les scores élevés indiquent une meilleure coordination des soins. - Une expérience/un résultat positif est défini comme un score $\geq 7,5$, et ce pourcentage est calculé.
Soins axés sur la personne	- L'indicateur de soins axés sur la personne, tel que décrit dans la <u>méthodologie</u> , varie de 0 à 24. Des scores plus élevés indiquent une meilleure orientation vers la personne, c'est-à-dire des soins fortement adaptés aux besoins individuels. - Une expérience/un résultat positif est défini lorsque le score était ≥ 12 et ce pourcentage est calculé.

1.2.1. Patient-Reported Outcome Measures (PROM)

1.2.1.1. Santé générale

Cet indicateur repose sur la question suivante : *‘D’une manière générale, diriez-vous que votre état de santé est excellent, très bon, bon, passable ou mauvais?’*. Le pourcentage de patients ayant répondu ‘bonne’, ‘très bonne’ ou ‘excellente’ à la question sur leur santé générale (par rapport à ‘passable’ ou ‘mauvaise’) a été calculé. Ces réponses sont utilisées pour évaluer et représenter le pourcentage de patients qui considèrent leur santé comme positive, ce qui constitue un indicateur général de la santé d’une personne. Parmi tous les répondants souffrant d’au moins une maladie chronique, ce pourcentage était de 72,2 % (IC à 95 % : 68,0 % - 76,1 %). Par affection chronique, les pourcentages étaient de 95,8 % (IC à 95 % : 94,0 % - 97,1 %) pour les personnes sans affection chronique, 85,3 % (IC à 95 % : 82,0 % - 88,0 %) pour ceux qui en avaient une et de 62,6 % (IC à 95 % : 57,7 % - 67,4 %) pour ceux qui en avaient deux ou plus. Une stratification supplémentaire selon les principaux facteurs socio-démographiques est présentée ci-dessous.

En ce qui concerne le **sexe** (Figure 1) les hommes comme les femmes ont déclaré un niveau élevé de santé générale lorsqu’ils ne souffraient d’aucune maladie chronique (95,6 % pour les femmes, 96,4 % pour les hommes). Cependant, la perception de la santé diminuait à mesure que le nombre de maladies chroniques augmentait, et cette tendance était plus marquée chez les femmes, qui déclaraient une santé générale positive moins élevée (60,8 %) que les hommes (65,9 %) lorsqu’elles souffraient de deux maladies chroniques ou plus (non significatif).

Lors de la stratification des données par **catégorie d’âge** (Figure 2) un niveau élevé de santé positive (plus de 95 %) a été observé pour toutes les catégories d’âge chez les personnes sans maladies chroniques. Cependant, comme nous l’avons vu précédemment, la perception positive de la santé diminuait à mesure que le nombre de maladies chroniques augmentait. Il est intéressant de noter que le niveau le plus bas de santé générale n’a pas été observé dans la catégorie d’âge la plus âgée (75 ans et plus), où 60,7 % des personnes ont déclaré être en bonne santé malgré deux maladies chroniques ou plus. Au contraire, la perception positive de la santé la plus faible a été observée chez les participants âgés de 45 à 54 ans, où seulement 57,5 % ont déclaré avoir une santé générale (très) bonne ou excellente alors qu’ils souffraient de deux maladies chroniques ou plus.

Figure 3 présente les résultats en fonction du **niveau d’instruction**. Les répondants ayant un niveau d’instruction plus élevé ont généralement déclaré être en meilleure santé dans toutes les catégories de maladies chroniques, en particulier lorsque les répondants ont déclaré souffrir de deux maladies chroniques ou plus (71,4 % contre 54,9 % respectivement pour les personnes hautement qualifiées et les personnes peu ou pas qualifiées). Les personnes ayant un niveau d’instruction plus élevé et ne souffrant d’aucune maladie chronique ont déclaré être en meilleure santé (96,9 %).

Les **groupes de revenus** ont également eu une influence sur la santé perçue (Figure 4). Les groupes à revenus plus élevés ont déclaré de meilleurs résultats de santé pour tous les niveaux de maladies chroniques. Les répondants à revenus élevés sans maladies chroniques ont généralement déclaré la meilleure santé (97,2 %). Une baisse significative de la perception de la santé a été observée chez les répondants atteints de deux maladies chroniques ou plus, la plus marquée dans le groupe à faible revenu (53,2 %) par rapport au groupe à revenu élevé (73,0 %).

En résumé, la santé générale positive diminuait à mesure que le nombre de maladies chroniques augmentait dans tous les groupes démographiques. Cependant, parmi les personnes atteintes de deux maladies chroniques ou plus, celles ayant un niveau d’instruction et un revenu plus élevés ont déclaré une meilleure perception de leur état de santé. Cela souligne les différences socio-économiques et éducatives dans la perception de la santé chez les personnes souffrant de problèmes de santé chroniques.

Figure 1 • Pourcentage de répondants déclarant être en (très) bonne ou excellente santé générale (%) par sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4660)

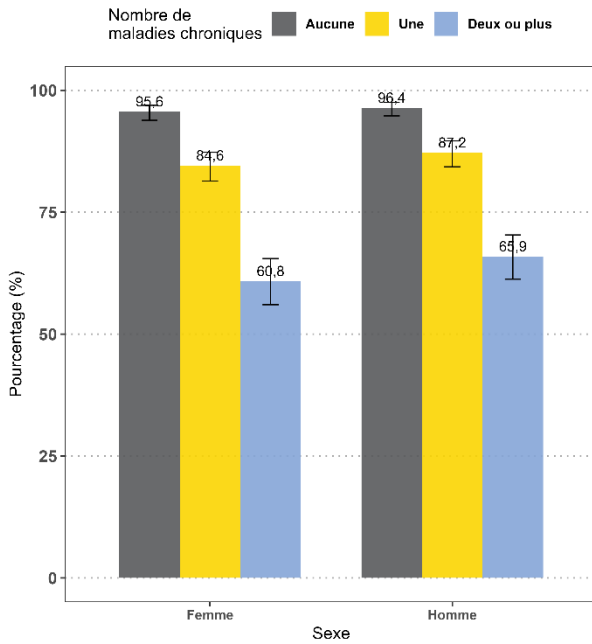


Figure 2 • Pourcentage de répondants déclarant être en (très) bonne ou excellente santé générale (%) par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4660)

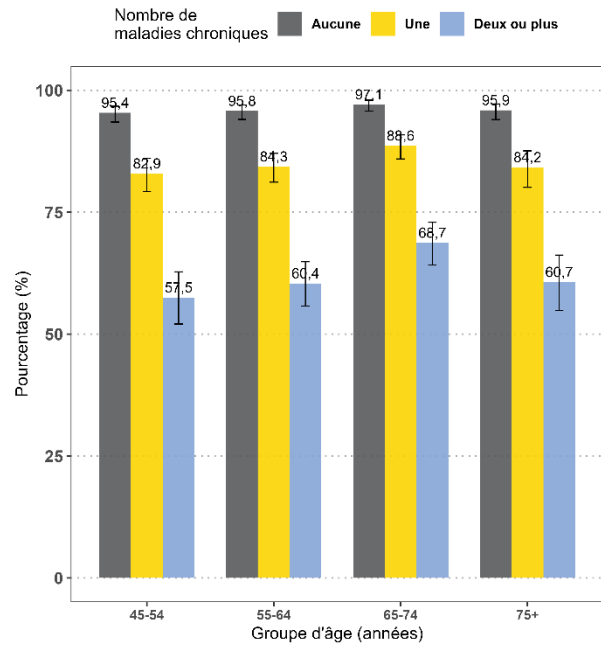


Figure 3 • Pourcentage de répondants déclarant être en (très) bonne ou excellente santé générale (%) par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4660)

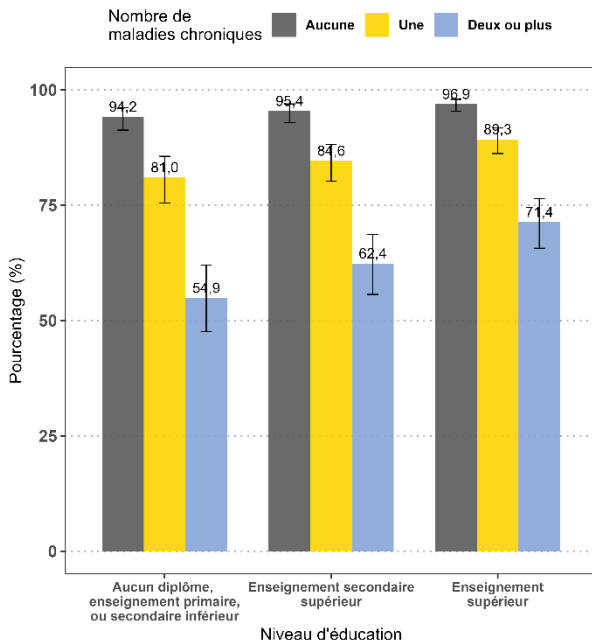
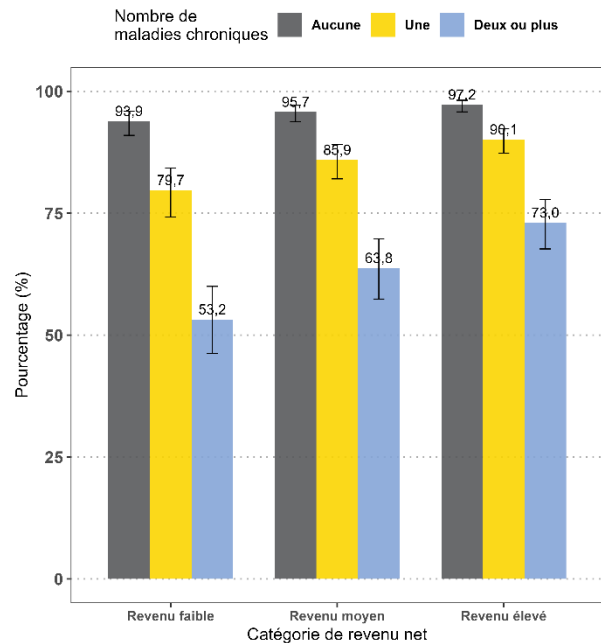


Figure 4 • Pourcentage de répondants déclarant être en (très) bonne ou excellente santé générale (%) par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4660)



Remarque : toutes les comparaisons ont pris en compte l'âge et le sexe. Les comparaisons en matière d'enseignement ont pris en compte le revenu et vice versa.

1.2.1.2. Bien-être

L'indice de bien-être WHO-5 (composé de cinq questions), tel que décrit dans la section méthodologie, va de 0 à 100, un score élevé indiquant un meilleur bien-être du patient. Un score inférieur à 50 est généralement utilisé comme seuil pour déterminer si une personne est à risque de dépression clinique. Un score de 60 ou plus indique que la personne se sentait généralement bien plus de la moitié du temps. Parmi tous les répondants souffrant d'au moins une maladie chronique, le score moyen était de 59,9 (IC à 95 % : 57,9 - 61,9), plus de sept sur dix (71,9 %) déclarant un score de 50 ou plus et six sur dix (62,2 %) déclarant un score de 60 ou plus. Par affection chronique, le score moyen était de 67,3 (IC à 95 % : 65,2 – 69,4) pour les patients sans affection chronique, de 65,0 (IC à 95 % : 62,9 – 67,0) pour ceux qui en avaient une, et de 56,2 (IC à 95 % : 54,2 – 58,1) pour ceux qui avaient deux maladies chroniques ou plus. Une stratification supplémentaire selon les principaux facteurs socio-démographiques est présentée dans les figures 5 à 8.

Lorsque les données sont stratifiées par **sexe** (Figure 5), les hommes (70,0) et les femmes (65,5) ont tous deux déclaré des niveaux élevés de bien-être lorsqu'ils ne souffraient d'aucune maladie chronique, avec un bien-être légèrement supérieur chez les hommes. Néanmoins, le bien-être perçu diminuait avec l'augmentation du nombre de maladies chroniques. Cette tendance était particulièrement marquée chez les femmes, qui déclaraient un score de 54,1 lorsqu'elles souffraient de deux maladies chroniques ou plus, contre 58,7 chez leurs homologues masculins.

La Figure 6 présente les résultats stratifiés par **catégorie d'âge**. Les personnes ne souffrant d'aucune maladie chronique ont déclaré un niveau de bien-être perçu plus élevé, et ce dans toutes les tranches d'âge. Ce bien-être perçu diminuait avec l'augmentation du nombre de maladies chroniques, là encore dans toutes les tranches d'âge. Les niveaux de bien-être les plus bas ont été signalés par le groupe d'âge le plus jeune (45-54 ans) dans les trois catégories : 62,7 pour les personnes sans maladie chronique, 59,1 pour celles qui en avaient une et 49,5 pour celles qui en avaient deux ou plus. En revanche, le groupe d'âge 65-74 ans affichait les niveaux de bien-être les plus élevés.

Les personnes ayant un **niveau d'instruction** plus élevé (Figure 7) ont déclaré un bien-être meilleur que les personnes sans formation, ayant un niveau d'enseignement primaire ou secondaire inférieur, et celles ayant un niveau d'enseignement secondaire supérieur. Ces différences étaient toutefois faibles et non significatives. Le bien-être diminuait avec l'augmentation du nombre de maladies chroniques, tous niveaux d'éducation confondus.

De même, pour les **groupes de revenus** (Figure 8) les patients ayant un revenu plus élevé ont déclaré un bien-être meilleur que les patients ayant un revenu moyen ou faible. Ces différences étaient toutefois minimales. Le bien-être diminuait avec l'augmentation du nombre de maladies chroniques, tous niveaux de revenus confondus.

En résumé, les niveaux de bien-être étaient généralement plus élevés chez les personnes ne souffrant d'aucune maladie chronique, avec seulement des variations mineures selon le sexe, l'âge, le niveau d'instruction et le niveau de revenus. Cependant, lorsqu'un patient déclarait souffrir d'au moins deux maladies chroniques, son bien-être avait tendance à diminuer, en particulier chez les femmes et les personnes ayant un niveau d'instruction inférieur. La tranche d'âge des 65-74 ans avait tendance à déclarer un meilleur bien-être, même lorsqu'elle souffrait de plusieurs maladies chroniques.

Figure 5 • Score moyen des répondants pour le bien-être par sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4580)

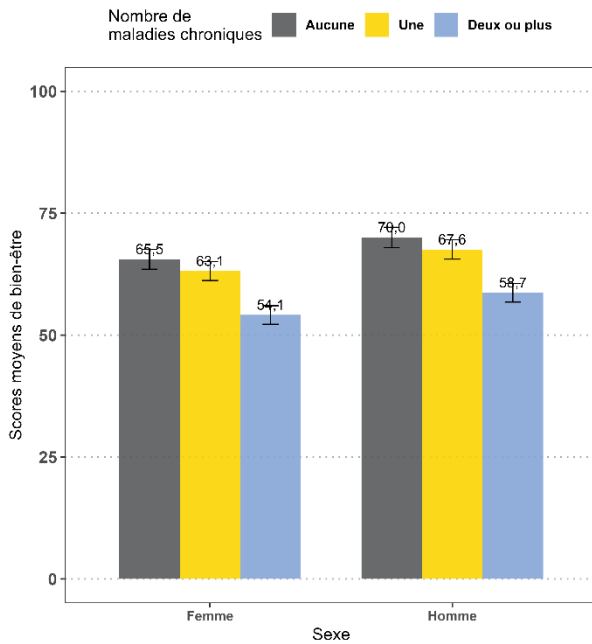


Figure 6 • Score moyen des répondants pour le bien-être par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4580)

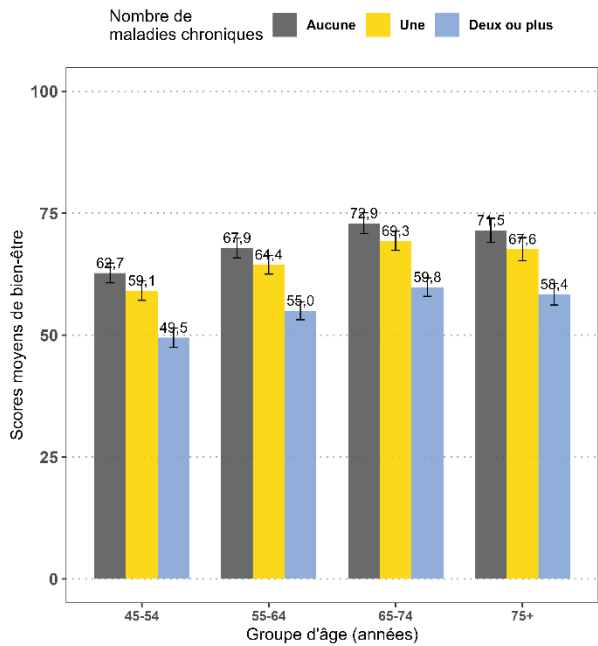


Figure 7 • Score moyen des répondants pour le bien-être par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4580)

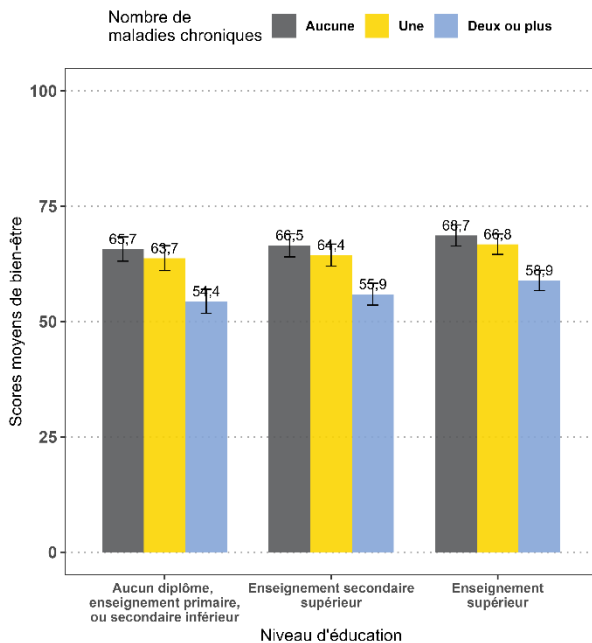
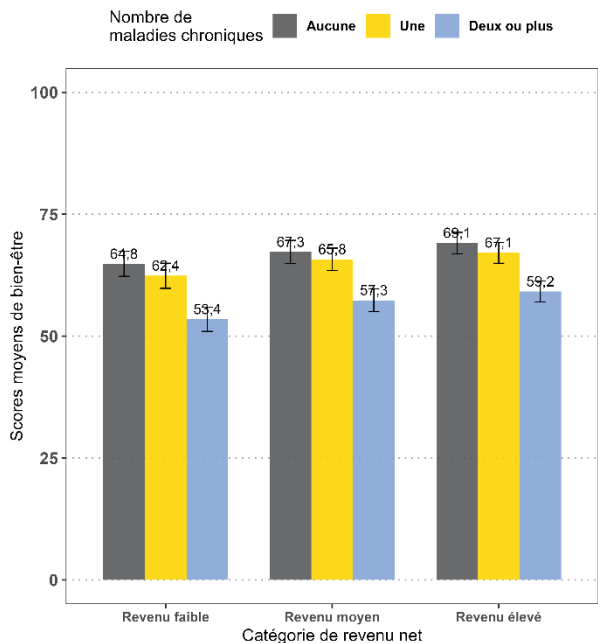


Figure 8 • Score moyen des répondants pour le bien-être par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4580)



Remarque : toutes les comparaisons ont pris en compte l'âge et le sexe. Les comparaisons en matière d'enseignement ont pris en compte le revenu et vice versa.

1.2.1.3. Santé physique

L'indicateur santé physique (composé de quatre questions), tel que décrit dans la [méthodologie](#), est une mesure de type T-score, où 50 représente la moyenne et 10 l'écart type de la population de référence PROMIS. Un score de 42 ou plus est considéré comme indicatif d'une bonne santé physique. Un score plus élevé indique une meilleure santé physique. Parmi tous les répondants souffrant d'au moins une maladie chronique, le score moyen pour la santé physique était de 45,0 (IC à 95 % : 44,2 - 45,7), plus des deux tiers d'entre eux déclarant avoir une bonne santé physique (69,7 % ont obtenu un score \geq 42). Par affection chronique, le score moyen était de 50,8 (IC à 95 % : 50,0 – 51,6) pour les patients sans affection chronique, de 47,9 (IC à 95 % : 47,2 – 48,7) pour les patients atteints d'une affection chronique et de 42,8 (IC à 95 % : 42,1 – 43,6) pour les patients atteints de deux maladies chroniques ou plus. Une stratification supplémentaire par facteur socio-démographique important est présentée dans les figures 9 à 12.

Lors de l'examen des données par **sexe** (Figure 9) les hommes (52,0) et les femmes (50,0) ont déclaré une meilleure santé physique lorsqu'ils ne souffraient d'aucune maladie chronique. Cependant, la santé physique perçue diminuait à mesure que le nombre de maladies chroniques augmentait. Parmi les personnes souffrant de deux maladies chroniques ou plus, les femmes ont déclaré un score moyen de santé physique légèrement inférieur (42,0) à celui des hommes (44,0).

Figure 10 présente les résultats stratifiés par **catégorie d'âge**. Là encore, les personnes sans maladie chronique ont déclaré une meilleure santé physique auto-évaluée dans toutes les catégories d'âge. Cette santé physique perçue diminuait dans chaque catégorie d'âge avec chaque maladie chronique supplémentaire. Les niveaux les plus bas de santé physique ont été rapportés dans la catégorie d'âge la plus jeune (45-54 ans) pour les deux catégories de maladies chroniques : 46,9 pour les personnes souffrant d'une seule maladie et 41,6 pour les personnes souffrant de deux maladies chroniques ou plus. Les autres catégories d'âge ont montré des tendances similaires.

Un **niveau d'instruction** plus élevé (Figure 11) correspondait à des scores légèrement meilleurs pour la santé physique, que les personnes n'aient aucune, une ou deux maladies chroniques ou plus. Néanmoins, la santé physique perçue diminuait à mesure que le nombre de maladies chroniques augmentait, tous niveaux de formation confondus, avec des tendances similaires chez les personnes sans formation, ayant un niveau d'instruction de base ou un niveau d'enseignement secondaire inférieur et ayant un niveau d'enseignement secondaire supérieur.

De même, un **niveau de revenu** élevé (Figure 12) était associé à des scores de santé physique auto-déclarés plus positifs, que les personnes aient aucune, une ou deux maladies chroniques ou plus. Néanmoins, la santé physique perçue diminuait à mesure que le nombre de maladies chroniques augmentait pour tous les niveaux de revenus, avec des tendances similaires chez les personnes à faible ou moyen revenu.

En résumé, la santé physique diminuait généralement à mesure que le nombre de maladies chroniques augmentait, indépendamment du sexe, de l'âge, du niveau d'instruction et du groupe de revenus. Les femmes déclaraient généralement une santé physique légèrement inférieure à mesure que le nombre de maladies chroniques augmentait. Un niveau d'instruction plus élevé et un revenu plus élevé étaient associés à une meilleure santé physique, quel que soit le nombre de maladies chroniques.

Figure 9 • Score moyen des répondants pour la santé physique par sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4604)

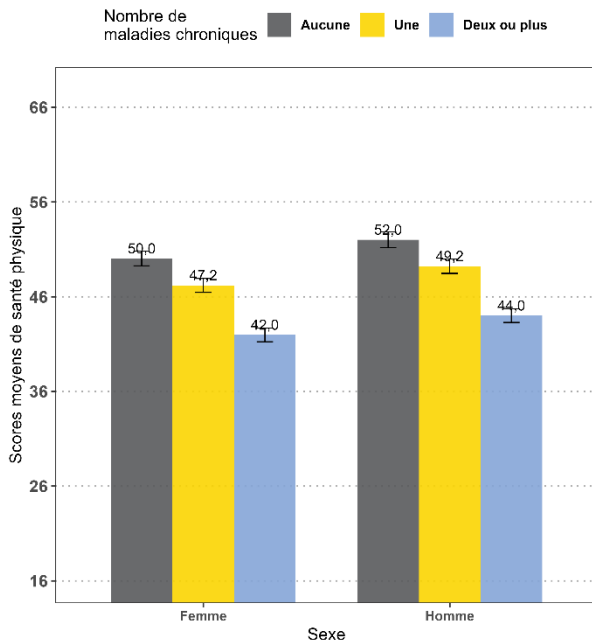


Figure 10 • Score moyen des répondants pour la santé physique par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4604)

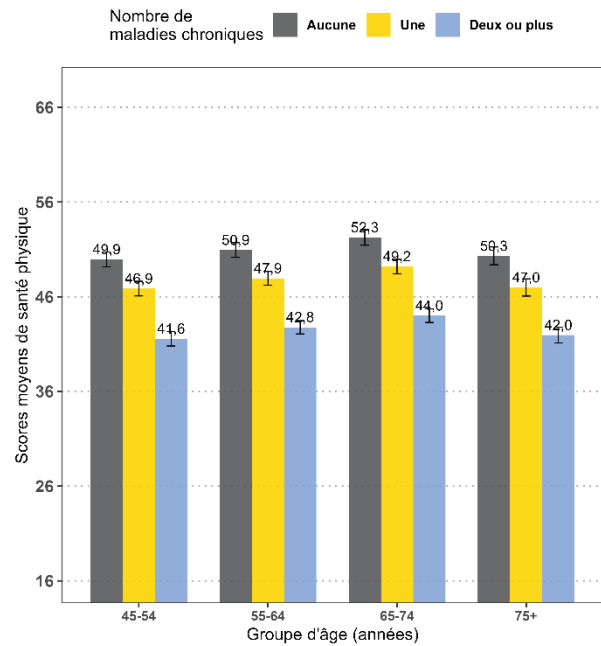


Figure 11 • Score moyen des répondants pour la santé physique par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4604)

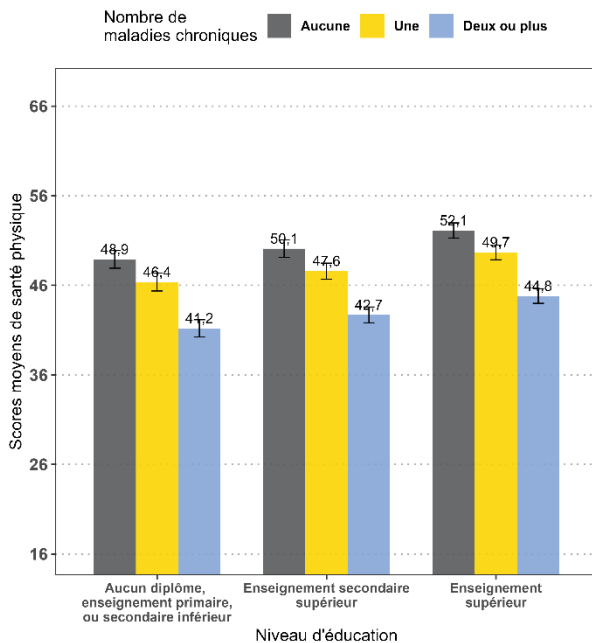
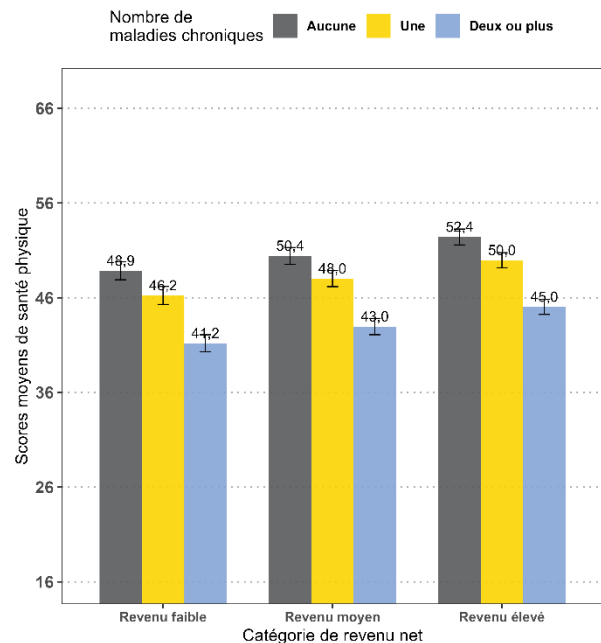


Figure 12 • Score moyen des répondants pour la santé physique par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4604)



Remarque : toutes les comparaisons ont pris en compte l'âge et le sexe. Les comparaisons en matière de formation ont pris en compte le revenu et vice versa.

1.2.1.4. Santé mentale

L'indicateur de santé mentale (basé sur quatre questions), tel que décrit dans la méthodologie, est une mesure de type T-score, où 50 représente la moyenne et 10 l'écart type de la population de référence PROMIS. Un score de 40 ou plus est considéré comme indicatif d'une bonne santé mentale. Un score plus élevé indique une meilleure santé mentale. Parmi tous les répondants souffrant d'au moins une maladie chronique, le score moyen pour la santé mentale était de 46,3 (IC à 95 % : 45,7 - 47,0), plus de quatre sur cinq déclarant une bonne santé mentale (82,7 % \geq 40). Par affection chronique, le score moyen était de 49,1 (IC à 95 % : 48,4 – 49,8) pour les patients sans affection chronique, de 47,9 (IC à 95 % : 47,2 – 48,6) pour les patients atteints d'une affection chronique et de 45,1 (IC à 95 % : 44,4 – 45,7) pour les patients atteints de deux maladies chroniques ou plus. Une stratification supplémentaire par facteur socio-démographique important est présentée dans les figures 13 à 16.

Si l'on examine les différences entre les **sexes** (Figure 13), les hommes (50,2) et les femmes (48,5) ont tous déclaré une meilleure santé mentale lorsqu'ils ne souffraient d'aucune maladie chronique. Cependant, à mesure que le nombre de maladies chroniques augmentait, la santé mentale perçue diminuait progressivement, en particulier chez les femmes.

Figure 14 présente une stratification de la santé mentale par **catégorie d'âge** et montre que les personnes sans maladies chroniques ont généralement déclaré des scores de santé mentale plus élevés dans toutes les catégories d'âge. À mesure que le nombre de maladies chroniques augmentait, la santé mentale perçue diminuait dans toutes les catégories d'âge, le rythme de cette diminution étant similaire pour chaque groupe.

Un **niveau d'instruction** plus élevé (Figure 15) était associé à de meilleurs scores de santé mentale, quel que soit le nombre de maladies chroniques. Cependant, à tous les niveaux de formation, la santé mentale perçue diminuait à mesure que le nombre de maladies chroniques augmentait. Les personnes sans formation, ayant une formation de base ou un niveau d'enseignement secondaire inférieur ont déclaré les scores moyens les plus bas en matière de santé mentale, tous niveaux de maladies chroniques confondus.

De la même manière, un **revenu** plus élevé (Figure 16) était associé à une meilleure santé mentale, quel que soit le nombre de maladies chroniques. Dans tous les groupes de revenus, la santé mentale perçue diminuait à mesure que le nombre de maladies chroniques augmentait.

En résumé, on peut affirmer que la santé mentale auto-déclarée diminuait à mesure que le nombre de maladies chroniques augmentait, ce qui était particulièrement frappant chez les femmes. Bien qu'un niveau d'instruction et un revenu plus élevés soient associés à de meilleurs résultats en matière de santé mentale, les personnes souffrant de deux maladies chroniques ou plus ont systématiquement déclaré une santé mentale plus faible dans tous les groupes.

Figure 13 • Score moyen des répondants pour la santé mentale par sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 3921)

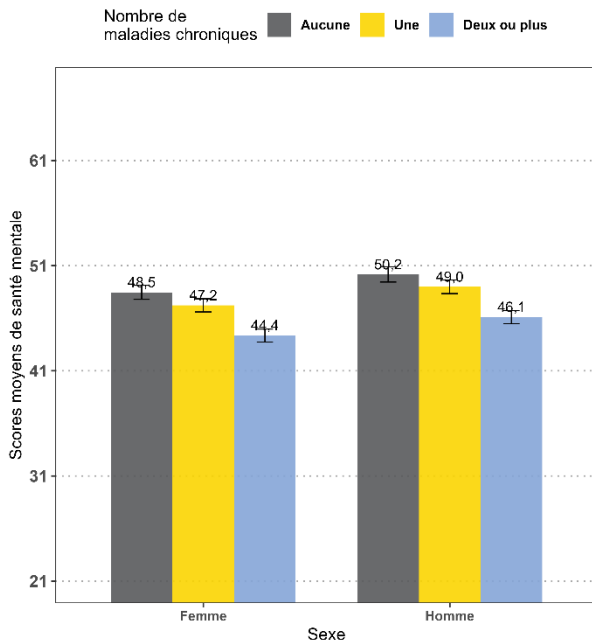


Figure 14 • Score moyen des répondants pour la santé mentale par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 3921)

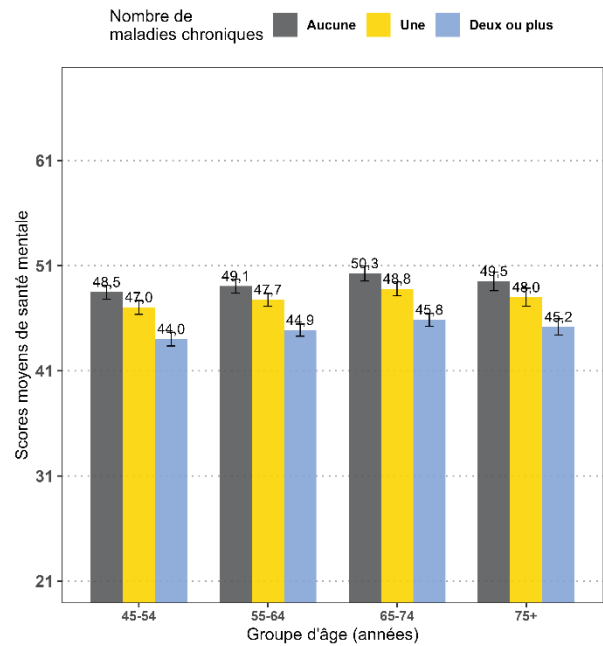


Figure 15 • Score moyen des répondants pour la santé mentale par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 3921)

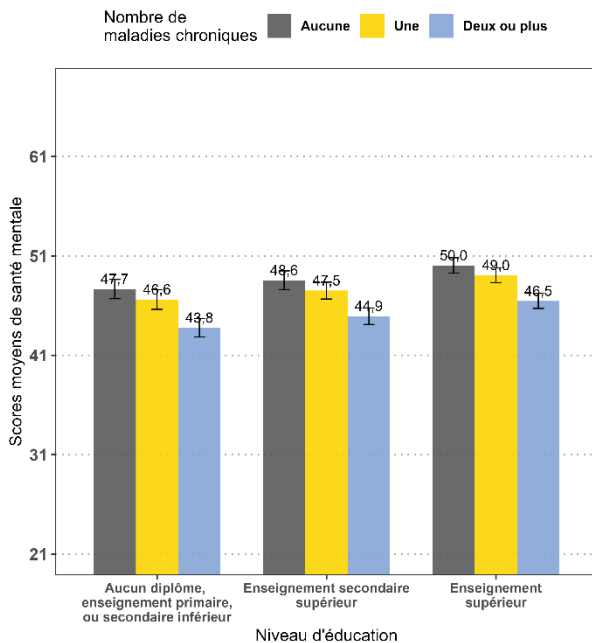
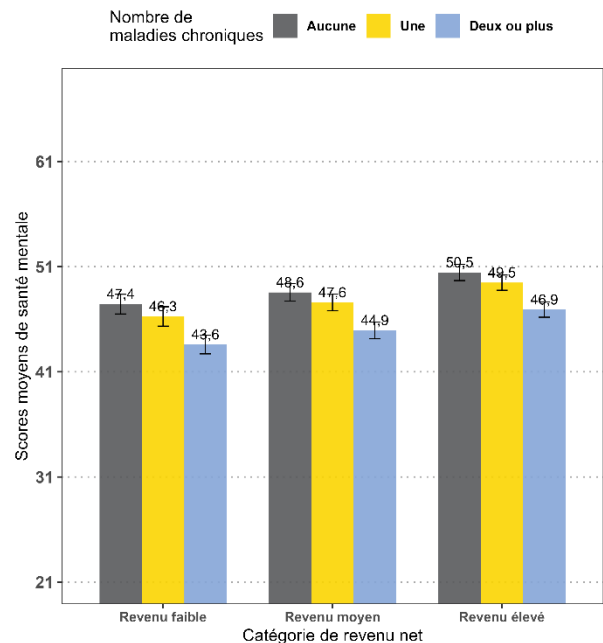


Figure 16 • Score moyen des répondants pour la santé mentale par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 3921)



Remarque : toutes les comparaisons ont pris en compte l'âge et le sexe. Les comparaisons en matière d'enseignement ont pris en compte le revenu et vice versa.

1.2.1.5. Fonctionnement social

Cet indicateur est basé sur la question suivante : *‘Évaluez de manière générale dans quelle mesure vous menez à bien vos activités et rôles sociaux habituels. [précisée plus en détail dans le questionnaire]’*. Le pourcentage de patients ayant déclaré un fonctionnement social ‘bon’, ‘très bon’ ou ‘excellent’ (par opposition à ‘passable’ ou ‘mauvais’) a été calculé et présenté dans les figures 17 à 20. Parmi tous les répondants souffrant d’au moins une maladie chronique, 85,9 % (IC à 95 % : 82,5 % - 88,8 %) ont déclaré un bon fonctionnement social. Par affection chronique, les pourcentages étaient de 94,8 % (IC à 95 % : 92,7 % - 96,4 %) pour les personnes sans affection chronique, 91,8 % (IC à 95 % : 89,3 % – 93,8 %) pour ceux qui avaient une affection chronique et 81,5 % (IC à 95 % : 77,5 % – 85,0 %) pour ceux qui avaient deux affections chroniques ou plus. Une stratification supplémentaire par facteur socio-démographique important est présentée ci-dessous.

Lors de l’analyse des différences par **sexe** (Figure 17) tant les hommes (95,4 %) que les femmes (94,6 %) ont déclaré un fonctionnement social optimal lorsqu’ils ne souffraient d’aucune affection chronique. Cependant, le fonctionnement social diminuait de manière constante avec chaque affection chronique supplémentaire : 80,8 % des femmes conservaient un bon fonctionnement social lorsqu’elles souffraient de deux affections chroniques ou plus, contre 83,5 % des hommes. Ces différences n’étaient toutefois pas significatives.

Lors de l’examen des **catégories d’âge** (Figure 18) les scores les plus élevés pour le fonctionnement social ont été observés chez les personnes sans maladie chronique dans la catégorie d’âge intermédiaire. Les scores les plus faibles en matière de fonctionnement social ont été observés de manière constante dans chaque catégorie d’âge chez les personnes souffrant de deux maladies chroniques ou plus, la catégorie d’âge la plus jeune affichant la baisse la plus forte (de 93,7 % à 76,0 %), soit le score le plus bas dans l’ensemble.

Le fonctionnement social semble également être lié au **niveau d’instruction** (Figure 19). Un niveau d’instruction plus élevé était corrélé à de meilleurs scores pour le fonctionnement social, en particulier chez les patients atteints de deux maladies chroniques ou plus. Néanmoins, le fonctionnement social s’est détérioré à tous les niveaux de formation à mesure que le nombre de maladies chroniques augmentait. Les personnes ayant un niveau d’instruction plus faible, comme celles sans formation ou ayant suivi l’enseignement primaire et secondaire inférieur, ont obtenu les scores les plus bas pour le fonctionnement social dans toutes les catégories de maladies chroniques, en particulier dans les cas de deux maladies chroniques ou plus, où les scores ont atteint un minimum de 77,1 %.

Le **niveau de revenu** avait une influence similaire sur les scores de fonctionnement social (Figure 20) : un revenu plus élevé était associé à de meilleurs scores pour le fonctionnement social, en particulier chez les patients atteints de deux maladies chroniques ou plus. À mesure que le nombre de maladies chroniques augmentait, les différences par niveau de revenu devenaient plus marquées. Les scores pour le fonctionnement social restaient relativement proches pour les personnes sans maladie chronique et celles atteintes d’une seule maladie chronique. Pour les personnes atteintes de deux maladies chroniques ou plus, le fonctionnement social diminuait considérablement, en particulier pour le groupe aux revenus les plus faibles (73,6 %).

Dans l’ensemble, le fonctionnement social diminuait à mesure que le nombre de maladies chroniques augmentait, avec un fonctionnement social légèrement moins bon pour les personnes plus jeunes et les personnes ayant un revenu ou un niveau d’instruction plus faibles. Cependant, un niveau d’instruction et un revenu plus élevés étaient associés à un meilleur fonctionnement social, en particulier chez les personnes atteintes de deux maladies chroniques ou plus.

Figure 17 • Pourcentage de répondants déclarant avoir une capacité (très) bonne ou excellente dans les activités et rôles sociaux (%) par sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4634)

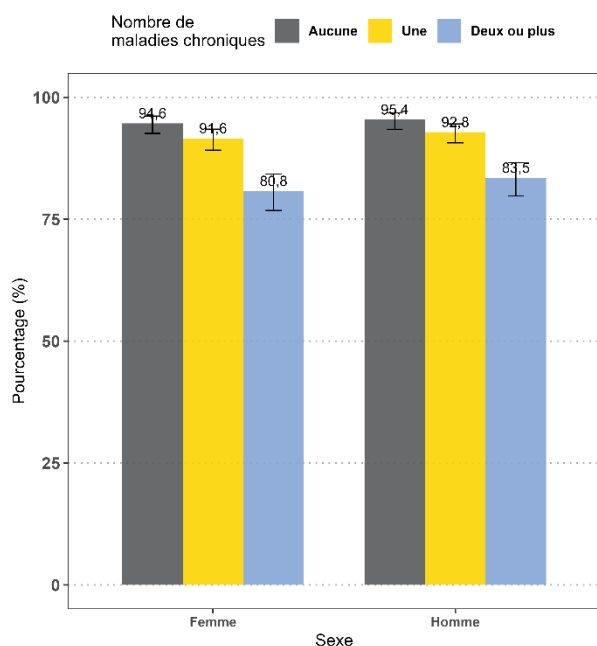


Figure 18 • Pourcentage de répondants déclarant avoir une capacité (très) bonne ou excellente dans les activités et rôles sociaux (%) par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4634)

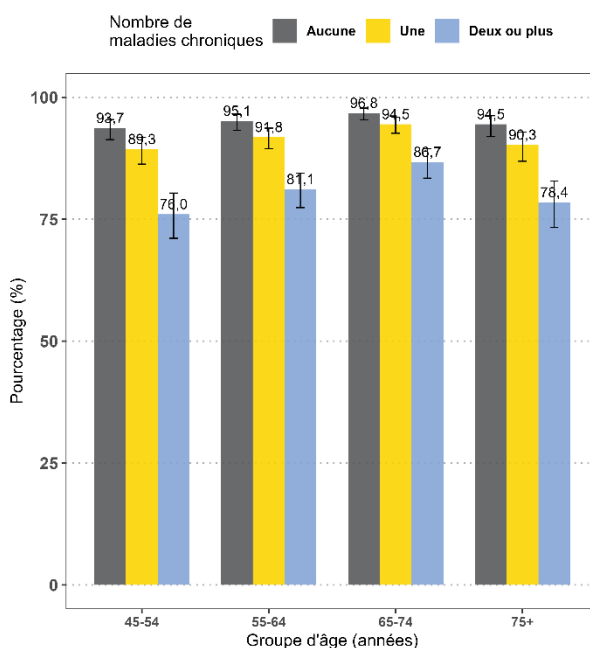


Figure 19 • Pourcentage de répondants déclarant avoir une capacité (très) bonne ou excellente dans les activités et rôles sociaux (%) par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4634)

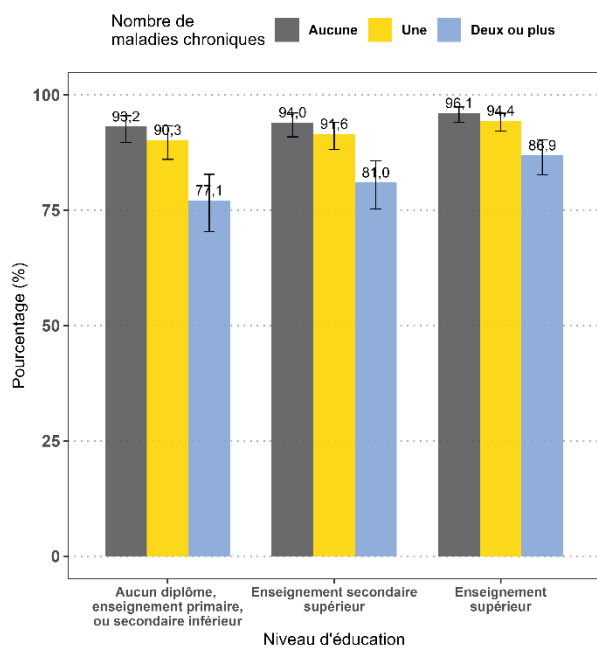
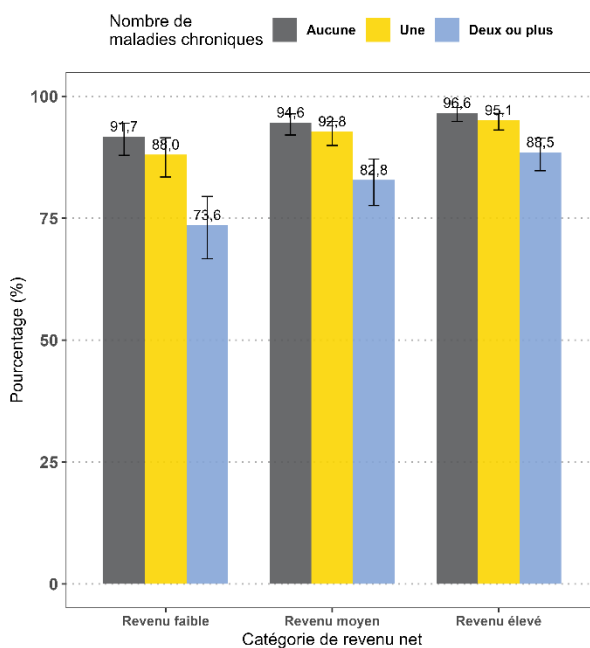


Figure 20 • Pourcentage de répondants déclarant avoir une capacité (très) bonne ou excellente dans les activités et rôles sociaux (%) par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4634)



Remarque : toutes les comparaisons ont pris en compte l'âge et le sexe. Les comparaisons en matière d'enseignement ont pris en compte le revenu et vice versa.

1.2.2. Patient-Reported Experience Measures (PREM)

1.2.2.1. Qualité des soins médicaux reçus

Cet indicateur repose sur la question suivante : *“Tout bien considéré, comment évalueriez-vous globalement les soins médicaux que vous avez reçus au cours des 12 derniers mois dans votre centre de soins primaires?”*. Le pourcentage de patients ayant déclaré avoir eu une expérience ‘bonne’, ‘très bonne’ ou ‘excellente’ de la qualité des soins médicaux au cours des 12 derniers mois (par opposition à ‘passable’, ‘mauvaise’ ou ‘incertain’) a été calculé. Parmi tous les répondants souffrant d’au moins une maladie chronique, la proportion de ceux ayant déclaré avoir eu une bonne expérience des soins médicaux était de 95,4 % (IC à 95 % : 93,1 % - 97,0 %). Par affection chronique, les pourcentages étaient de 95,8 % (IC à 95 % : 93,5 % – 97,4 %) pour les personnes sans affection chronique, de 95,9 % (IC à 95 % : 93,7 % – 97,4 %) pour celles qui en avaient une et de 95,1 % (IC à 95 % : 92,6 % – 96,8 %) pour les personnes atteintes de deux maladies chroniques ou plus. Une stratification supplémentaire selon les principaux facteurs socio-démographiques est présentée dans les figures 21 à 24.

Les données suggèrent que le nombre de maladies chroniques a un effet négligeable sur la qualité perçue des soins médicaux dans ces groupes socio-démographiques, avec peu de variations observées. Cela pourrait indiquer que les facteurs socio-démographiques et la présence de maladies chroniques ont généralement eu un effet limité sur la qualité des soins perçue. Cependant, une exception notable est apparue : les répondants âgés de 45 à 54 ans atteints de deux maladies chroniques ou plus ont déclaré une qualité des soins légèrement inférieure, à 88,4 %, tandis que tous les autres sous-groupes ont systématiquement déclaré des valeurs de 90 % ou plus, atteignant souvent 95 %.

Figure 21 • Pourcentage de répondants déclarant avoir reçu des soins médicaux (très) bons ou excellents au cours des 12 derniers mois (%) par sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4442)

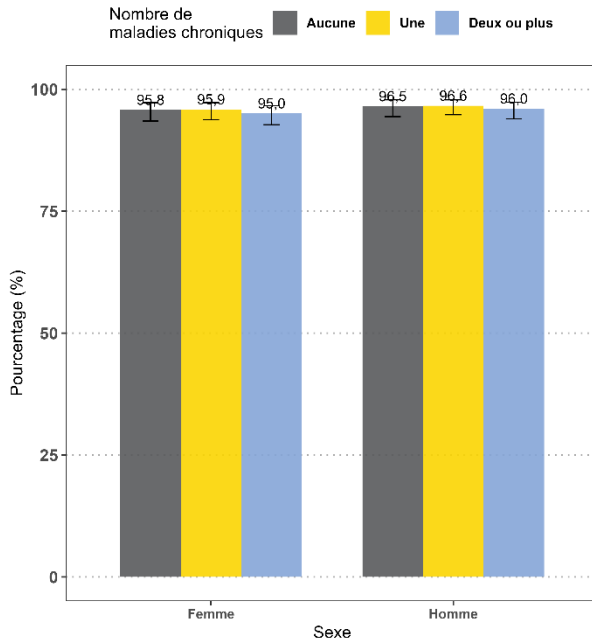


Figure 22 • Pourcentage de répondants déclarant avoir reçu des soins médicaux (très) bons ou excellents au cours des 12 derniers mois (%) par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4442)

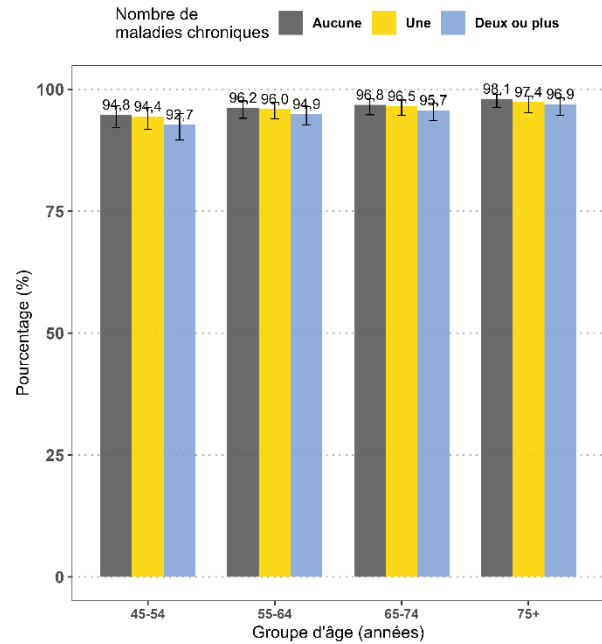


Figure 23 • Pourcentage de répondants déclarant avoir reçu des soins médicaux (très) bons ou excellents au cours des 12 derniers mois (%) par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4442)

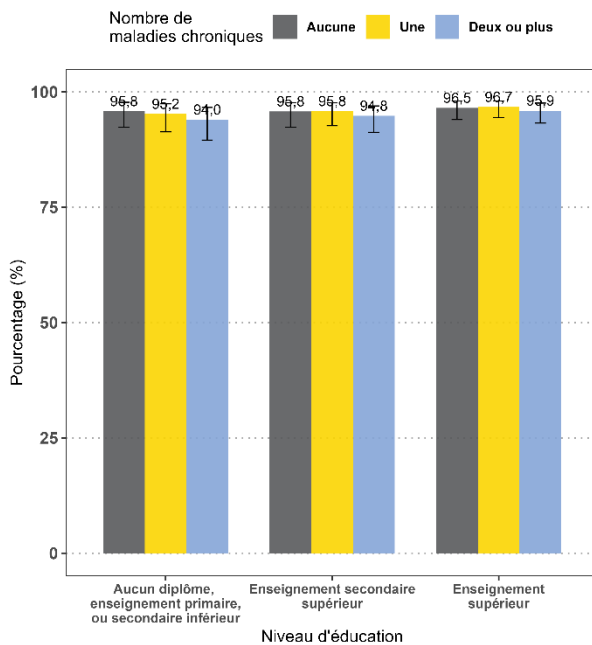
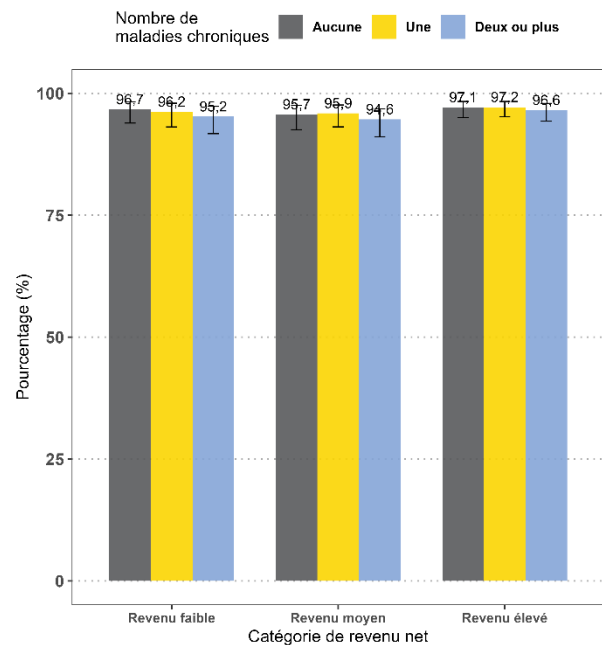


Figure 24 • Pourcentage de répondants déclarant avoir reçu des soins médicaux (très) bons ou excellents au cours des 12 derniers mois (%) par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4442)



Remarque : toutes les comparaisons ont pris en compte l'âge et le sexe. Les comparaisons en matière d'enseignement ont pris en compte le revenu et vice versa.

1.2.2.2. Confiance dans la gestion de sa propre santé et de son bien-être

Cet indicateur est basé sur la question suivante: *“Dans quelle mesure êtes-vous confiant dans votre capacité à gérer votre propre santé et votre bien-être?”*. Le pourcentage de patients qui ont déclaré être ‘confiants’ ou ‘très confiants’ (par rapport à ‘plutôt confiants’ ou ‘pas confiants du tout’) a été calculé et est présenté dans les figures 25 à 28. Parmi tous les répondants souffrant d'au moins une maladie chronique, la proportion de ceux qui se disent confiants dans la gestion de leur propre santé est de 63,1 % (IC à 95 % : 58,0 % - 68,1 %). Par affection chronique, les pourcentages étaient de 70,7 % (IC à 95 % : 65,6 % - 75,4 %) pour les personnes sans affection chronique, de 67,4 % (IC à 95 % : 62,3 % - 72,1 %) pour celles qui en avaient une et de 60,0 % (IC à 95 % : 54,8 % à 65,1 %) pour les personnes atteintes de deux maladies chroniques ou plus. Une stratification supplémentaire selon les principaux facteurs socio-démographiques est présentée ci-dessous.

En termes de **sexe** (Figure 25) aucune différence notable n'a été observée entre les hommes et les femmes, ce qui suggère que ce facteur était relativement insignifiant dans la gestion des maladies chroniques. Cependant, une tendance à la baisse a été observée avec l'augmentation du nombre de maladies chroniques.

Lors de l'examen des différents **groupes d'âge** (Figure 26) les scores de confiance les plus faibles en matière d'autogestion ont été observés chez les plus jeunes (45-54 ans) et les plus âgés (75 ans et plus) dans les trois catégories. En revanche, les autres groupes d'âge ont démontré une plus grande confiance en matière d'autogestion dans ces catégories. Ces différences entre les groupes d'âge n'étaient toutefois pas significatives. Néanmoins, une tendance à la baisse a été observée avec l'augmentation du nombre de maladies chroniques.

Une baisse de la confiance a également été observée parmi les **groupes de formation** (Figure 27). Les répondants ayant un niveau d'instruction plus élevé ont généralement montré une plus grande confiance que ceux ayant un niveau d'instruction plus faible. Par exemple, parmi les personnes souffrant d'au moins deux maladies chroniques et ayant un faible niveau d'instruction, la confiance en l'autogestion n'était que de 54,5 %. Cela contraste fortement avec les répondants ayant un niveau d'enseignement secondaire supérieur et deux maladies chroniques ou plus, qui ont déclaré une confiance plus élevée, à 67,5 %. Ces valeurs n'étaient toutefois pas significatives.

De même les **niveau de revenu** (Figure 28) ont révélé une tendance similaire à la baisse de la confiance. Les répondants ayant des revenus plus élevés ont généralement fait preuve d'une plus grande confiance que ceux ayant des revenus plus faibles. Cela était particulièrement évident chez les personnes souffrant d'au moins deux maladies chroniques : 68,2 % des répondants à revenus élevés ont exprimé leur confiance, contre 57,2 % et 56,5 % pour ceux à revenus moyens et faibles, respectivement. Ces valeurs n'étaient toutefois pas significatives.

En résumé, la confiance dans la gestion autonome de la santé diminuait avec l'augmentation du nombre de maladies chroniques, indépendamment des facteurs démographiques. Bien que les tendances aient montré que les personnes plus jeunes (45-54 ans) et plus âgées (75 ans et plus), ainsi que celles ayant un niveau d'instruction et un revenu plus faibles, avaient moins confiance, ces différences n'étaient pas statistiquement significatives.

Figure 25 • Pourcentage de répondants déclarant avoir (très) confiance dans leur capacité à gérer leur propre santé et leur bien-être (%) par sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4541)

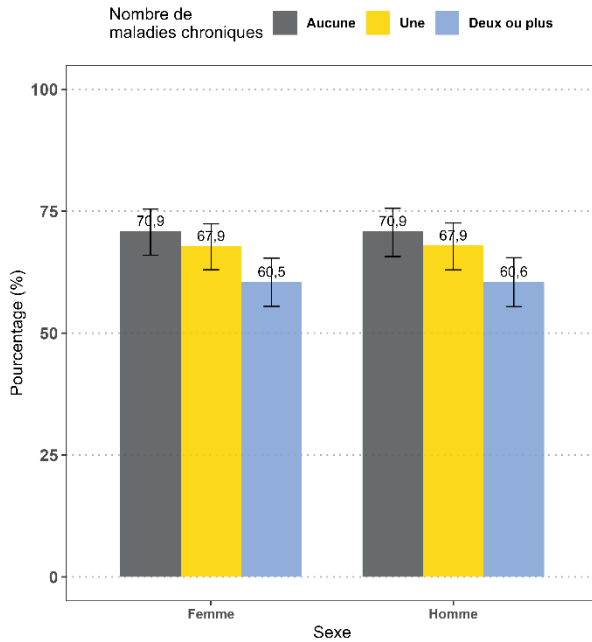


Figure 26 • Pourcentage de répondants déclarant avoir (très) confiance dans leur capacité à gérer leur propre santé et leur bien-être (%) par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4541)

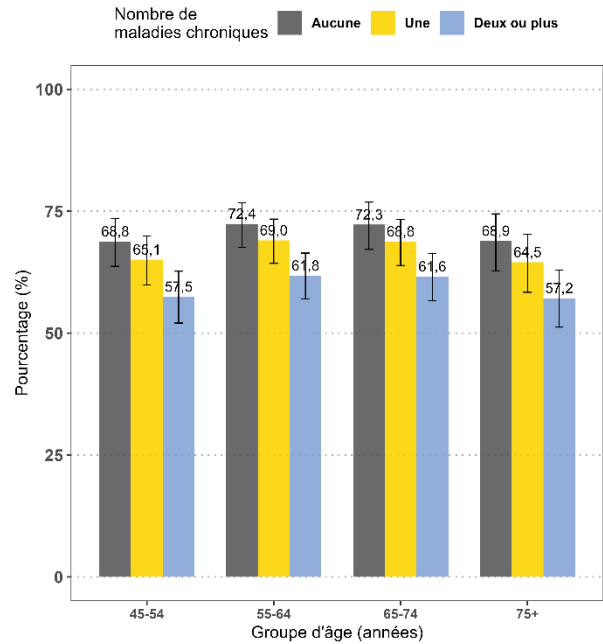


Figure 27 • Pourcentage de répondants déclarant avoir (très) confiance dans leur capacité à gérer leur propre santé et leur bien-être (%) par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4541)

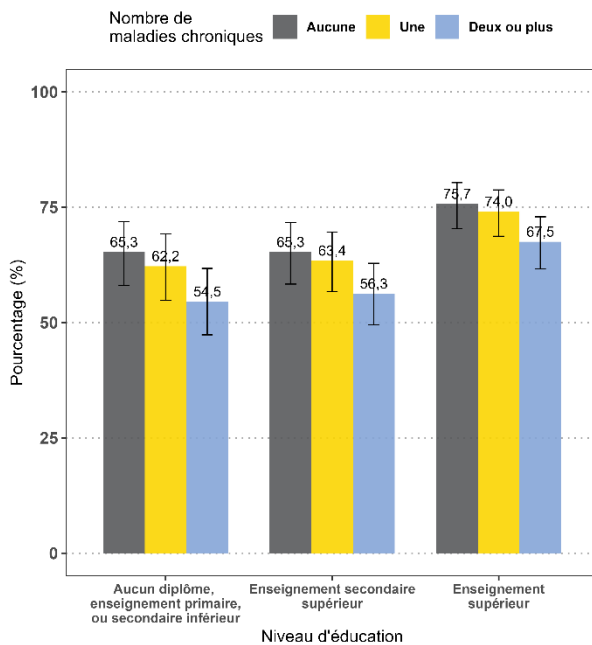
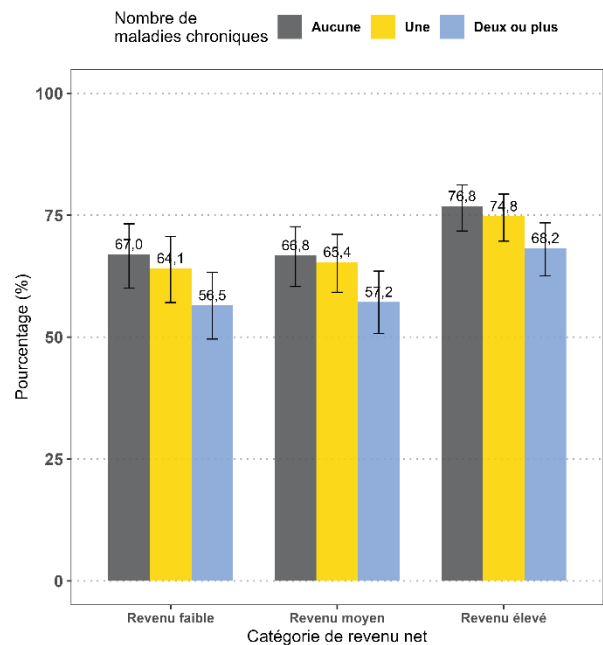


Figure 28 • Pourcentage de répondants déclarant avoir (très) confiance dans leur capacité à gérer leur propre santé et leur bien-être (%) par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4541)



Remarque : toutes les comparaisons ont pris en compte l'âge et le sexe. Les comparaisons en matière d'enseignement ont pris en compte le revenu et vice versa.

1.2.2.3. Confiance dans le système de santé

Cet indicateur repose sur la question suivante : *“Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec l'affirmation selon laquelle le système de santé est digne de confiance?”*. Le pourcentage de patients 'd'accord' ou 'tout à fait d'accord' (par rapport à ceux qui sont 'ni d'accord ni en désaccord', 'en désaccord' ou 'tout à fait en désaccord') a été calculé. Parmi tous les répondants souffrant d'au moins une maladie chronique, 69,5 % (IC à 95 % : 65,5 % - 73,1 %) étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec l'affirmation selon laquelle le système de santé est digne de confiance. Par maladie chronique, les pourcentages étaient de 69,7 % (IC à 95 % : 65,5 % - 73,7 %) pour les personnes ne souffrant d'aucune maladie chronique, 71,2 % (IC à 95 % : 67,3 % - 74,9 %) pour ceux qui en avaient une, et 68,1 % (IC à 95 % : 64,2 % - 71,9 %) pour ceux qui avaient deux maladies chroniques ou plus. Une stratification supplémentaire selon les principaux facteurs socio-démographiques est présentée ci-dessous.

En ce qui concerne le **sexe** (Figure 29) lorsqu'il s'agit de la confiance dans le système de santé, les hommes ont systématiquement déclaré des niveaux de confiance plus élevés que les femmes, qu'ils souffrent ou non de maladies chroniques. Par exemple, parmi les personnes ne souffrant pas de maladies chroniques, 74,5 % des hommes ont exprimé leur confiance dans le système de santé, contre 66,8 % des femmes. Cette tendance s'est maintenue chez les patients souffrant d'une maladie chronique (76,1 % pour les hommes contre 68,6 % pour les femmes) et chez ceux souffrant de deux maladies chroniques ou plus (73,0 % pour les hommes contre 64,9 % pour les femmes).

Lorsque les données ont été stratifiées par **catégorie d'âge** (Figure 30) la confiance dans le système de santé est restée relativement stable, avec quelques légères variations entre les tranches d'âge et les catégories de maladies chroniques.

En termes de **niveau d'instruction** (Figure 31) la confiance dans le système de santé a montré quelques variations entre les groupes de maladies chroniques, mais ces différences n'étaient pas statistiquement significatives. Dans l'ensemble, les répondants ayant un niveau d'instruction plus élevé avaient tendance à faire état d'une plus grande confiance dans tous les groupes de maladies chroniques. Par exemple, parmi les patients atteints d'au moins deux maladies chroniques, 75,7 % des personnes ayant un niveau d'instruction supérieur ont exprimé leur confiance dans le système, contre 65,9 % des personnes ayant un niveau d'enseignement secondaire supérieur et 61,5 % des personnes ayant un faible niveau d'instruction.

Une tendance similaire a été observée pour tous les **niveaux de revenus** (Figure 32). Les répondants ayant des revenus plus élevés ont généralement déclaré avoir davantage confiance dans le système de santé, tous groupes de maladies chroniques confondus. Par exemple, parmi les patients atteints d'une seule maladie chronique, 80,2 % des personnes ayant des revenus élevés ont exprimé leur confiance, contre 70,9 % des personnes ayant des revenus moyens et 64,2 % des personnes ayant des revenus faibles.

En résumé, la confiance dans le système de santé variait selon les groupes démographiques et le nombre de maladies chroniques, mais ces différences étaient faibles et non statistiquement significatives. En outre, les hommes ont généralement déclaré avoir une plus grande confiance que les femmes, et un niveau d'instruction et un revenu plus élevés étaient associés à une plus grande confiance dans le système de santé.

Figure 29 • Pourcentage de personnes d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que le système de santé est digne de confiance (%) par sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4478)

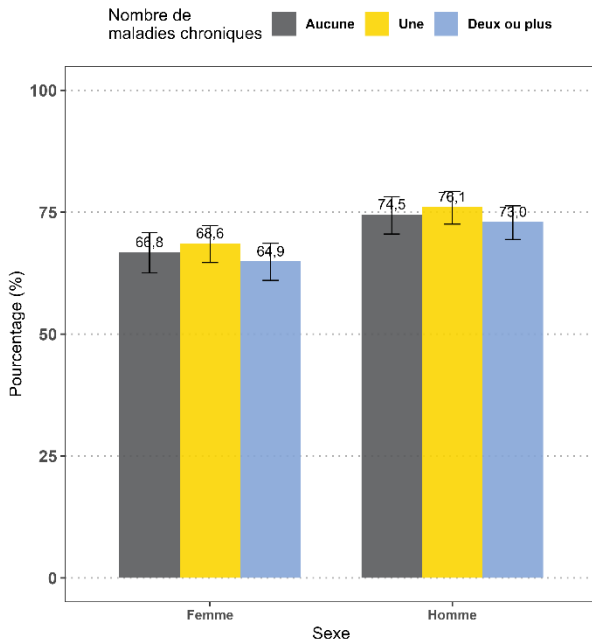


Figure 30 • Pourcentage de personnes d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que le système de santé est digne de confiance (%) par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4478)

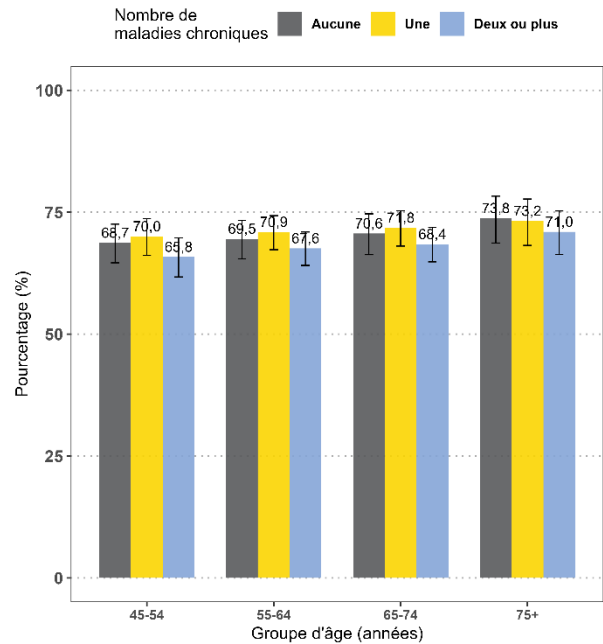


Figure 31 • Pourcentage de personnes d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que le système de santé est digne de confiance (%) par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4478)

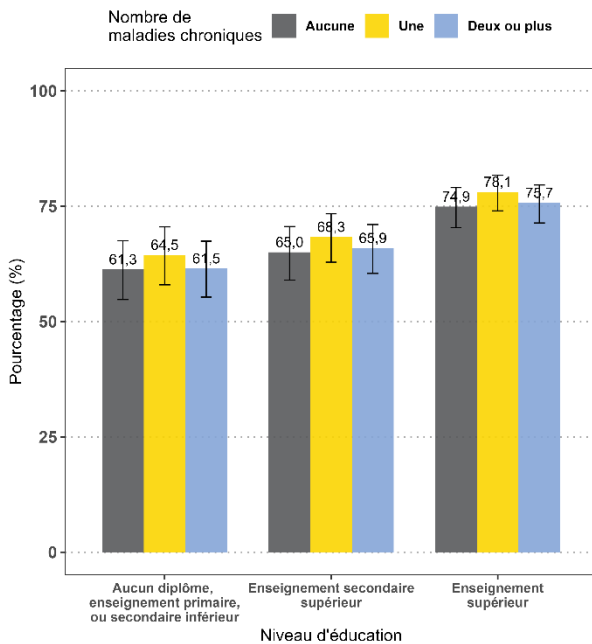
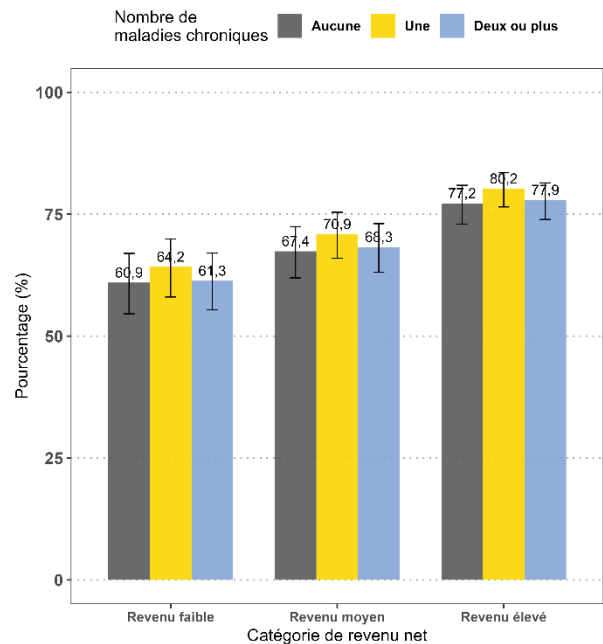


Figure 32 • Pourcentage de personnes d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que le système de santé est digne de confiance (%) par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4478)



Remarque : toutes les comparaisons ont pris en compte l'âge et le sexe. Les comparaisons en matière d'enseignement ont pris en compte le revenu et vice versa.

1.2.2.4. Coordination des soins perçue

L'échelle de coordination des soins (composée de cinq questions), telle que décrite précédemment dans la [méthodologie](#), va de 0 à 15. Les scores élevés indiquent une meilleure coordination des soins. Un score de 7,5 ou plus représente une réponse moyenne de 50 % ou plus pour les cinq questions incluses dans l'échelle, tandis qu'un score de 10 ou plus correspond à une réponse moyenne de 66,6 % ou plus. Les données n'ont pas été demandées pour les personnes ne souffrant pas de maladies chroniques. Parmi les répondants souffrant d'au moins une maladie chronique, le score moyen était de 9,1 (IC à 95 % : 8,7 - 9,5), et environ deux tiers (67,7 %) ont déclaré un score supérieur à 7,5. Cependant, le questionnaire PaRIS sur les pratiques de soins primaires (PaRIS-PCPQ) a montré que seulement 47,5 % des cabinets se sentaient bien préparés pour coordonner efficacement les soins. En fonction du nombre de maladies chroniques, le score moyen était de 8,7 (IC à 95 % : 8,3 - 9,1) pour les personnes atteintes d'une maladie chronique et de 9,4 (IC à 95 % : 9,0 - 9,8) pour celles atteintes de deux maladies chroniques ou plus. Une stratification supplémentaire selon les principaux facteurs socio-démographiques est présentée dans les figures 33 à 36.

Les données suggèrent que les personnes souffrant de plusieurs maladies chroniques ont tendance à déclarer une coordination des soins légèrement meilleure. Les facteurs socio-démographiques ont toutefois eu un impact minime sur les scores de coordination des soins, à l'exception de l'âge. Une augmentation faible mais constante de la coordination des soins a été observée avec l'âge.

Figure 33 • Scores moyens pour la coordination des soins perçue par sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 2496)

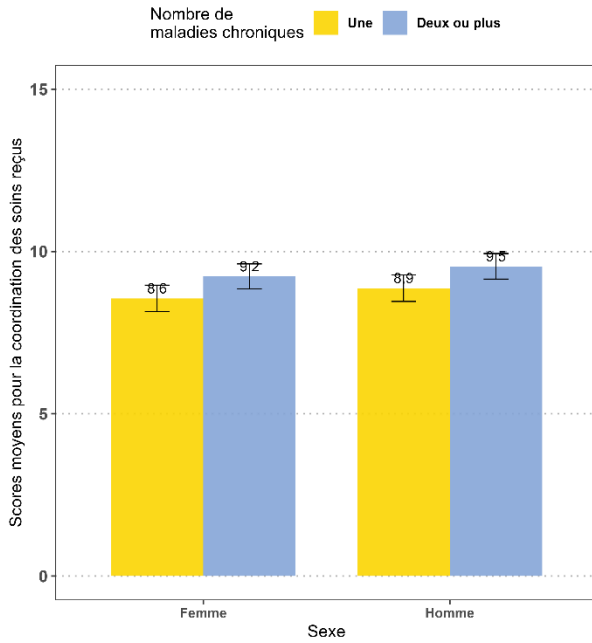


Figure 34 • Scores moyens pour la coordination des soins perçue par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 2496)

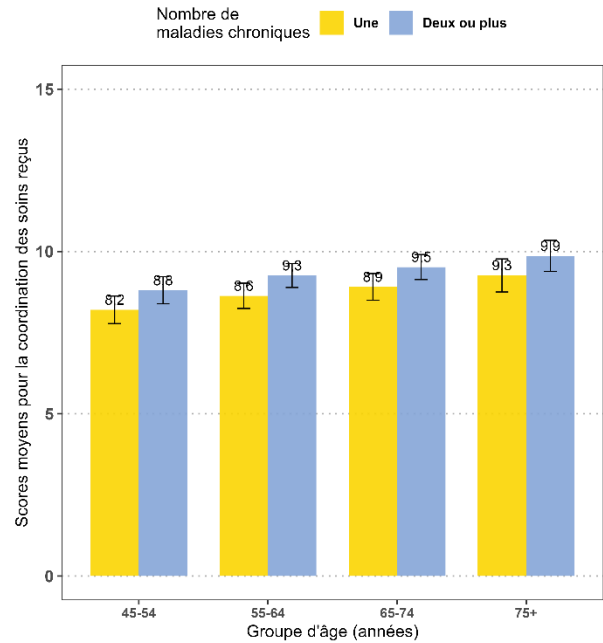


Figure 35 • Scores moyens pour la coordination des soins perçue par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 2496)

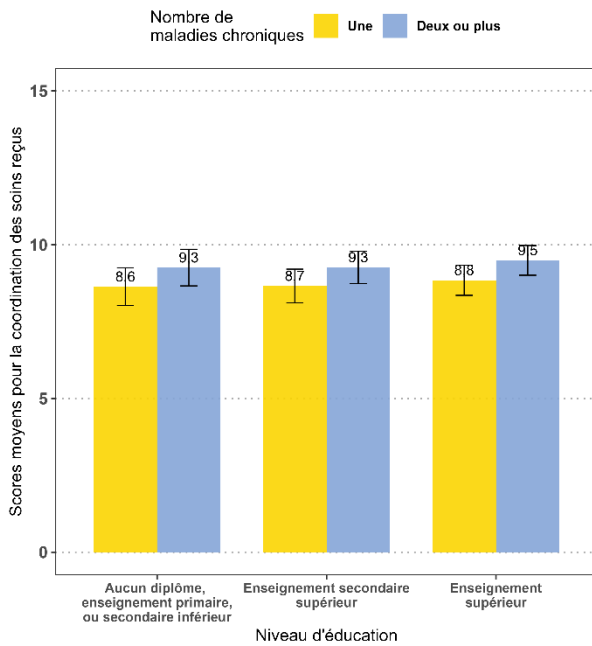
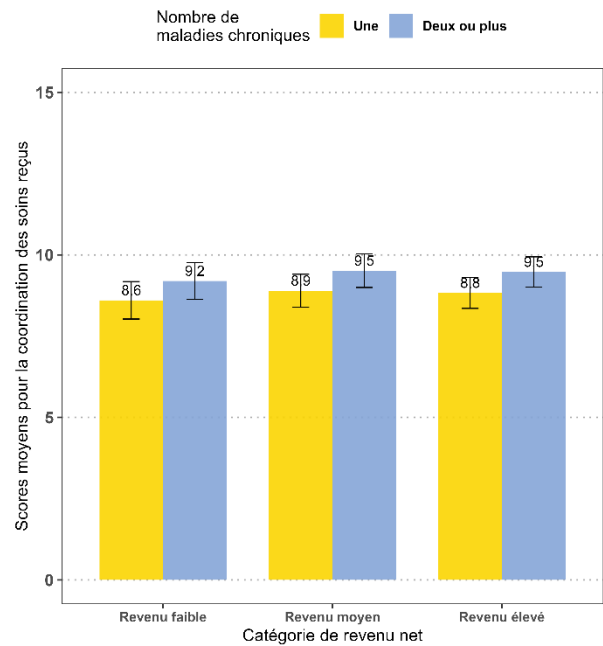


Figure 36 • Scores moyens pour la coordination des soins perçue par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 2496)



Remarque : toutes les comparaisons ont pris en compte l'âge et le sexe. Les comparaisons en matière d'enseignement ont pris en compte le revenu et vice versa.

1.2.2.5. Soins axés sur la personne

L'indicateur des soins axés sur la personne (composé de huit questions), tel que décrit précédemment dans la [méthodologie](#), va de 0 à 24. Un score plus élevé indique une meilleure prise en compte de la personne, c'est-à-dire que les personnes ont trouvé que les soins étaient fortement axés sur elles. Un score de 12, représentant une réponse moyenne d'au moins 50 % pour les huit questions, et un score de 16, représentant une moyenne de 66,6 %. Les données n'ont pas été demandées pour les personnes ne souffrant pas de maladies chroniques. Parmi les répondants souffrant d'au moins une maladie chronique, le score moyen était de 17,9 (IC à 95 % : 17,5 - 18,3), plus de neuf sur dix (92,7 %) ayant déclaré un score supérieur à 12. En fonction du nombre de maladies chroniques, le score moyen était de 17,9 (IC à 95 % : 17,5 - 18,3) pour les personnes atteintes d'une maladie chronique et de 17,8 (IC à 95 % : 17,4 - 18,3) pour celles atteintes de deux maladies chroniques ou plus. Une stratification supplémentaire selon les principaux facteurs socio-démographiques est présentée dans les figures 37 à 40.

Ces données suggèrent que le nombre de maladies chroniques a peu d'impact sur la perception des soins axés sur la personne parmi les différents groupes socio-démographiques. Les scores sont restés stables autour de 18, au-dessus du seuil de 16, ce qui reflète le fait que la plupart des répondants se sentent (très) confiants dans la nature centrée sur la personne de leurs soins. La variation minimale indique que les facteurs socio-démographiques et les maladies chroniques ont peu d'impact sur la façon dont les gens perçoivent le caractère centré sur la personne de leurs soins.

Figure 37 • Scores moyens pour le caractère centré sur la personne par sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 2647)

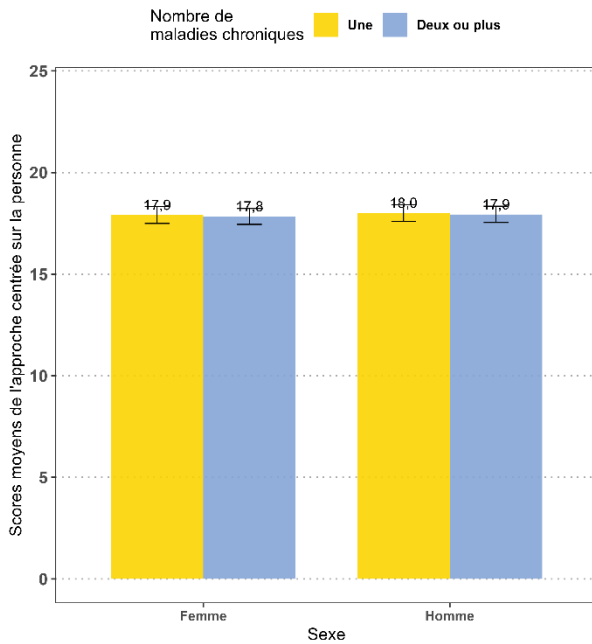


Figure 38 • Scores moyens pour le caractère centré sur la personne par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 2647)

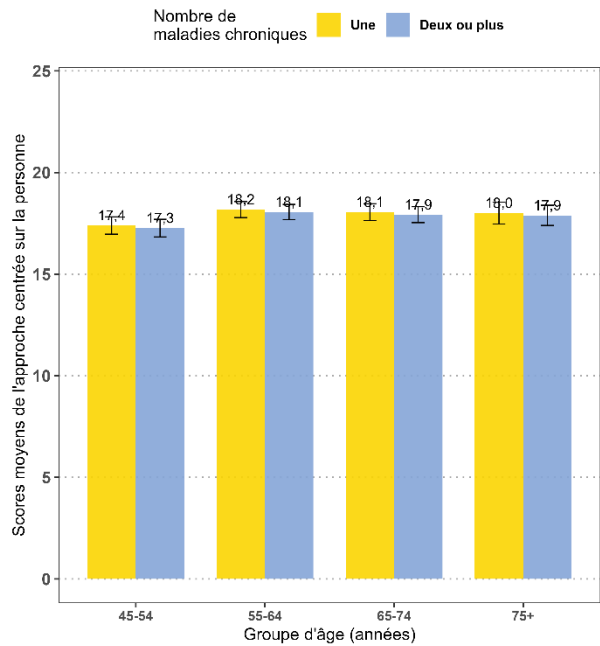


Figure 39 • Scores moyens pour le caractère centré sur la personne par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 2647)

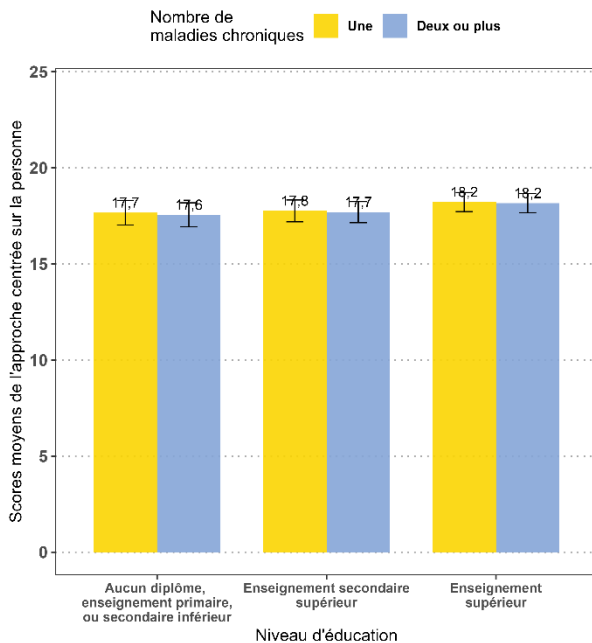
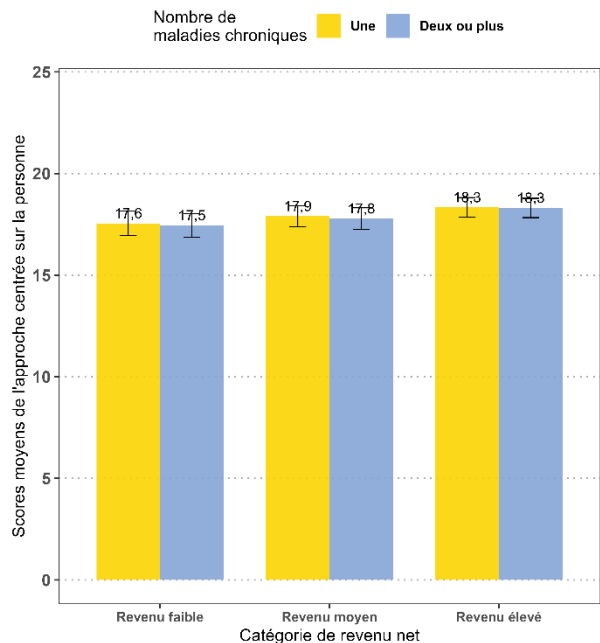


Figure 40 • Scores moyens pour le caractère centré sur la personne par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 2647)



Remarque : toutes les comparaisons ont pris en compte l'âge et le sexe. Les comparaisons en matière d'enseignement ont pris en compte le revenu et vice versa.

1.3. HEATMAPS DES INDICATEURS PARIS10

Trois cartes thermiques sont présentées ci-dessous, dans le Tableau 5, le Tableau 6 et le Tableau 7.

La première heatmap (Tableau 5) présente les indicateurs PaRIS 10 stratifiés par affection chronique. Voici quelques conclusions clés :

- En termes de mesures des **patient-reported outcome measures (PROM)** le groupe de référence, composé de patients sans affection chronique, a, comme prévu, rapporté les valeurs les plus élevées pour toutes les PROM, servant ainsi de groupe de référence. Les patients qui ont déclaré souffrir d'hypertension artérielle ont systématiquement obtenu les scores les plus élevés pour tous les indicateurs, ce qui suggère que cette affection peut avoir un impact perçu moindre sur la santé et le fonctionnement général par rapport à d'autres affections chroniques. En revanche, les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres causes de démence, bien qu'ils représentent un sous-groupe relativement restreint de participants, ont systématiquement obtenu les scores les plus bas pour tous les indicateurs, ce qui reflète l'impact significatif de cette affection sur la santé générale, le bien-être, la santé physique, la santé mentale et le fonctionnement social.
En ce qui concerne le bien-être et la santé mentale, les scores de santé mentale étaient particulièrement faibles chez les patients souffrant de dépression ou d'anxiété, mais aussi chez ceux atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence, ou encore de troubles neurologiques. Les scores de bien-être suivaient une tendance similaire, les pourcentages les plus faibles de patients atteignant des seuils positifs étant observés chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence, et de dépression.
- En ce qui concerne les mesures de **patient-reported experience measures (PREM)**, les patients souffrant d'hypertension artérielle ont systématiquement fait état d'expériences positives, même s'ils ne se classent pas toujours en tête. Les patients atteints d'un cancer (diagnostiqué ou traité au cours des cinq dernières années) ont eu une perception positive de la qualité des soins médicaux reçus au cours des 12 derniers mois (97 %) et ont accordé la plus grande confiance au système de santé (75%). Cela pourrait refléter la bonne organisation des soins prodigués aux patients atteints d'un cancer. En ce qui concerne les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence, bien qu'ils aient obtenu des scores relativement bons en matière de coordination des soins (10,9 sur 15), ces patients ont manifesté la plus faible confiance dans l'autogestion (30%).

Les deuxième et troisième heatmaps (Tableau 6 et Tableau 7) montrent les PROM et les PREM PaRIS 10 opposés les uns aux autres et vice versa. Voici quelques conclusions clés :

- les PROM positives, telles qu'une meilleure santé générale (évaluée comme bonne, très bonne ou excellente), le bien-être (≥ 50) et la santé mentale (≥ 40), correspondent systématiquement à une amélioration des PREM, notamment la confiance en l'autogestion (évaluée comme confiante ou très confiante) et les soins axés sur la personne (≥ 12), et vice versa.
- Les améliorations des PROM étaient liées à une augmentation substantielle de la confiance en l'autogestion (38% à 52%) et de la confiance dans les systèmes de santé (22% à 34%), ce qui indique leur sensibilité aux résultats de santé des patients. Les pourcentages et les scores (lorsqu'ils étaient disponibles) ont été comparés.
- Les pourcentages relatifs à la qualité des soins médicaux reçus au cours des 12 derniers mois et aux soins axés sur la personne sont restés élevés, quel que soit le groupe de PROM.
- La santé générale, le bien-être et la santé physique étaient étroitement liés aux PREM. L'amélioration des PREM, en particulier en matière de qualité des soins et de soins axés sur la personne, s'est traduite par une augmentation substantielle de la santé générale, du bien-être et de la santé physique. Les pourcentages et les scores (lorsqu'ils étaient disponibles) ont été comparés.

Tableau 5 • Indicateurs PaRIS10 par affection chronique, Enquête PaRIS, Belgique

Affection chronique	Patient-reported outcome measures (PROM)					Patient-reported experience measures (PREM)				
	Santé générale (%)	Bien-être (/100)	Santé physique (16,2-67,7)	Santé mentale (21,2-67,6)	Fonctionnement social (%)	Qualité perçue des soins (%)	Confiance dans l'autogestion (%)	Confiance dans le système de santé (%)	Coordination perçue (/15)	Soins axés sur la personne (/24)
Résultats positifs	Bon, très bon, excellent	≥ 50	≥ 42	≥ 40	Bon, très bon, excellent	Bon, très bon, excellent	Sûr, très sûr	D'accord, tout à fait d'accord	≥ 7,5	≥ 12
Hypertension (n = 1713)	74%	61 (75%)	45 (72%)	47 (85%)	89%	97%	65%	72%	9,4 (70%)	18,0 (93%)
Maladie cardio-vasculaire (n = 722)	63%	60 (72%)	43 (61%)	46 (84%)	85%	95%	60%	69%	9,4 (70%)	17,9 (93%)
Diabète (type 1 ou 2) (n = 522)	62%	58 (68%)	43 (60%)	46 (83%)	82%	95%	64%	69%	10,1 (78%)	18,1 (94%)
Arthrite ou problèmes au dos ou aux articulations (n = 1423)	63%	56 (66%)	42 (57%)	45 (79%)	83%	95%	59%	65%	8,8 (64%)	17,4 (91%)
Affection respiratoire (p. ex. asthme ou MPOC) (n = 517)	59%	55 (62%)	42 (53%)	45 (77%)	82%	94%	57%	68%	9,3 (68%)	17,6 (91%)
Maladie d'Alzheimer ou autre type de démence (n = 53)**	35%	39 (18%)	37 (24%)	36 (24%)	46%	90%	30%	61%	10,9 (93%)	16,4 (90%)
Dépression chronique, trouble anxieux, maladie psychique (n = 418)	59%	43 (37%)	42 (53%)	40 (50%)	71%	95%	53%	63%	8,8 (67%)	17,3 (91%)
Affection neurologique (p. ex. épilepsie ou migraine) (n = 262)	50%	49 (54%)	41 (49%)	42 (66%)	72%	94%	54%	64%	8,9 (66%)	17,2 (90%)
Maladie chronique des reins (n = 125)	46%	55 (57%)	41 (46%)	45 (74%)	74%	95%	63%	59%	9,5 (72%)	17,6 (88%)
Maladie chronique du foie (n = 55)**	58%	52 (51%)	42 (51%)	41 (62%)	80%	96%	61%	58%	9,1 (64%)	17,3 (91%)
Cancer (diagnostic ou traitement au cours des 5 dernières années)	59%	59 (71%)	44 (63%)	46 (84%)	86%	97%	58%	75%	9,7 (74%)	18,1 (95%)
Autre(s) affection(s) de longue durée (n = 853)*	61%	55 (63%)	43 (61%)	45 (77%)	82%	95%	61%	67%	9,1 (68%)	17,7 (92%)
Aucune maladie chronique (référence) (n = 958)	96%	67 (85%)	51 (93%)	49 (94%)	95%	96%	70%	70%	Niet gevraagd	Niet gevraagd

Voir Tableau 4 pour plus d'explications sur les indicateurs PaRIS10.

Pour tous les indicateurs, les pourcentages reflètent la proportion de personnes qui rapportent un résultat ou une expérience positifs. En outre, pour cinq indicateurs, le score moyen est représenté sur une échelle. Tous les résultats sont standardisés en fonction de l'âge et du sexe. Les données manquantes ont été omises.

Les couleurs sont relatives à chaque colonne.

Des scores plus élevés indiquent systématiquement de meilleurs résultats.

*Les « autres affections chroniques » les plus courantes étaient : hypercholestérolémie, thyroïdite, fibromyalgie, problèmes de prostate, burn-out, syndrome du côlon irritable (SCI), autres problèmes gastro-intestinaux, allergies, goutte, ostéoporose, etc.

** Seul un petit nombre de patients dans nos données souffraient de la maladie d'Alzheimer ou d'autres types de démence, ou d'une maladie hépatique chronique.

RÉSULTATS

Tableau 6 • PaRIS10 PREM dichotomisés par PaRIS10 PROM, Enquête PaRIS, Belgique

Patient-reported outcome measures (PROM)	Groupe	Qualité perçue des soins (%)	Confiance dans l'autogestion (%)	Confiance dans le système de santé (%)	Ervaren coördinatie (/15)	Soins centrés sur la personne (/24)
Résultats positifs	/	Bon, très bon, excellent	Sûr, très sûr	D'accord, tout à fait d'accord	≥ 7,5	≥ 12
Santé générale (%) (n = 1066)	Passable, mauvais	91%	50%	59%	8,7 (63%)	16,8 (88%)
Santé générale (%) (n = 3594)	Bon, très bon, excellent	96%	69%	72%	9,2 (70%)	18,3 (95%)
Bien-être (/100) (n = 3426)	< 50	91%	47%	57%	8,5 (61%)	16,5 (87%)
Bien-être (/100) (n = 1154)	≥ 50	97%	71%	73%	9,3 (70%)	18,4 (95%)
Santé physique (16,2-67,7) (n = 3444)	< 42	91%	47%	59%	8,7 (62%)	16,5 (87%)
Santé physique (16,2-67,7) (n = 1160)	≥ 42	97%	71%	73%	9,2 (70%)	18,4 (95%)
Santé mentale (21,2-67,6) (n = 3345)	< 40	92%	48%	53%	8,2 (56%)	16,0 (84%)
Santé mentale (21,2-67,6) (n = 576)	≥ 40	97%	70%	71%	9,3 (70%)	18,2 (94%)
Fonctionnement social (%) (n = 585)	Passable, mauvais	89%	44%	56%	8,2 (59%)	16,0 (85%)
Fonctionnement social (%) (n = 4049)	Bon, très bon, excellent	96%	67%	71%	9,2 (69%)	18,2 (94%)

Voir le tableau 4 pour plus d'explications sur les indicateurs PaRIS10. Pour tous les indicateurs, les pourcentages reflètent la proportion de personnes qui rapportent un résultat ou une expérience positifs. En outre, pour cinq indicateurs, le score moyen est représenté sur une échelle. Tous les résultats sont standardisés en fonction de l'âge et du sexe. Les données manquantes ont été omises. Les couleurs sont relatives à chaque colonne. Des scores plus élevés indiquent systématiquement de meilleurs résultats.

Tableau 7 • PaRIS10 PROM dichotomisé par PaRIS10 PREM, Enquête PaRIS, Belgique

Patient-reported experience mesures (PREM)	Groupe	Santé générale (%)	Bien-être (/100)	Santé physique (16,2-67,7)	Santé mentale (21,2-67,6)	Fonctionnement social (%)
Résultats positifs	/	Bon, très bon, excellent	≥ 50	≥ 42	≥ 40	Bon, très bon, excellent
Qualité perçue des soins (%) (n = 220)	Passable, mauvais, pas sûr	58%	50 (50%)	41 (51%)	43 (70%)	73%
Qualité perçue des soins (%) (n = 4222)	Bon, très bon, excellent	78%	62 (76%)	46 (76%)	47 (86%)	89%
Confiance dans l'autogestion (%) (n = 1537)	Un peu sûr, pas sûr du tout	68%	54 (61%)	43 (61%)	44 (77%)	81%
Confiance dans l'autogestion (%) (n = 3004)	Sûr, très sûr	82%	66 (82%)	48 (82%)	48 (89%)	92%
Confiance dans le système de santé (%) (n = 3095)	Pas d'accord ou en désaccord, pas d'accord, pas du tout d'accord	70%	56 (65%)	44 (67%)	45 (78%)	83%
Confiance dans le système de santé (%) (n = 3095)	D'accord, tout à fait d'accord	81%	64 (79%)	47 (79%)	48 (89%)	90%
Coordination des soins perçue (/15)	< 7,5	67%	57 (68%)	44 (65%)	45 (77%)	81%
Coordination des soins perçue (/15)	≥ 7,5	73%	62 (76%)	45 (73%)	47 (85%)	87%
Soins axés sur la personne (/24) (n = 195)	< 12	55%	50 (54%)	41 (49%)	42 (64%)	71%
Soins axés sur la personne (/24) (n = 2452)	≥ 12	74%	62 (76%)	46 (74%)	47 (85%)	87%

Voir le tableau 4 pour plus d'explications sur les indicateurs PaRIS10. Pour tous les indicateurs, les pourcentages reflètent la proportion de personnes qui rapportent un résultat ou une expérience positifs. En outre, pour cinq indicateurs, le score moyen est représenté sur une échelle. Tous les résultats sont standardisés en fonction de l'âge et du sexe. Les données manquantes ont été omises. Les couleurs sont relatives à chaque colonne. Des scores plus élevés indiquent systématiquement de meilleurs résultats..

1.4. LA LITTÉRATIE (DIGITALE) EN SANTÉ

Le concept de **littératie en santé** est évalué en combinant deux questions de l'échelle Porter Novelli à 10 items, à partir des données PaRIS.²³ Pour plus d'informations, voir la [méthodologie](#).

Un score plus élevé indique de meilleures compétences en matière de santé, sur une échelle de 1 à 5. La stratification selon les principaux facteurs socio-démographiques est présentée dans les figures 41 à 44. Les résultats ont été considérés comme statistiquement significatifs lorsque les intervalles de confiance à 95 % ne se chevauchent pas.

La littératie en santé était plus faible chez les patients âgés (75 ans et plus), en particulier ceux souffrant d'au moins deux maladies chroniques. Un gradient socio-économique clair a été observé, avec des scores plus faibles chez les personnes ayant un niveau d'instruction et un revenu plus bas. Les patients ayant un niveau d'instruction et un revenu plus élevés avaient la littératie en santé la plus élevée, indépendamment des maladies chroniques. Si les connaissances en matière de santé diminuaient légèrement avec l'augmentation du nombre de maladies chroniques, cet effet était moins prononcé que les différences liées au niveau d'instruction et au revenu. Les différences entre les sexes étaient minimes, les scores étant similaires pour les hommes et les femmes dans tous les groupes de maladies chroniques.

Figure 41 • Scores moyens pour l'indice de littératie en santé à 5 points par sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4555)

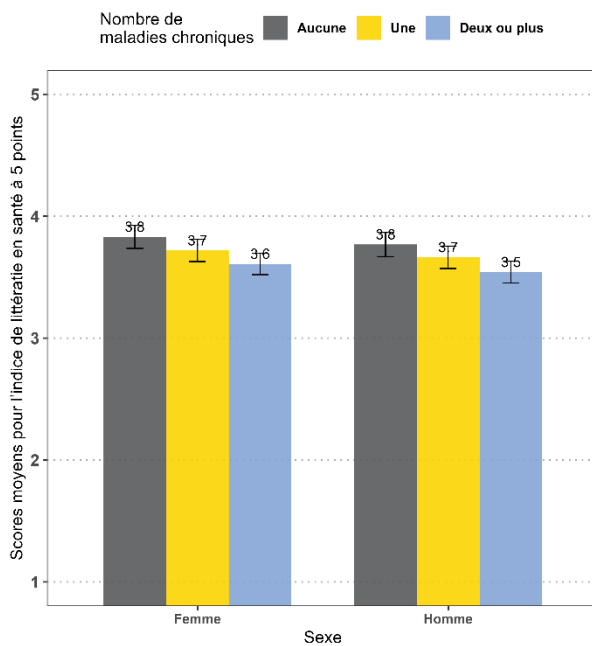


Figure 42 • Scores moyens pour l'indice de littératie en santé à 5 points par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4555)

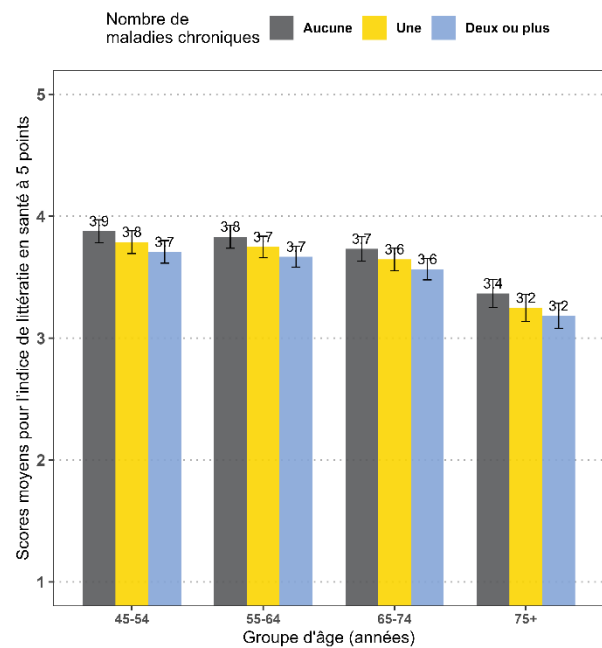


Figure 43 • Scores moyens pour l'indice de littératie en santé à 5 points par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4555)

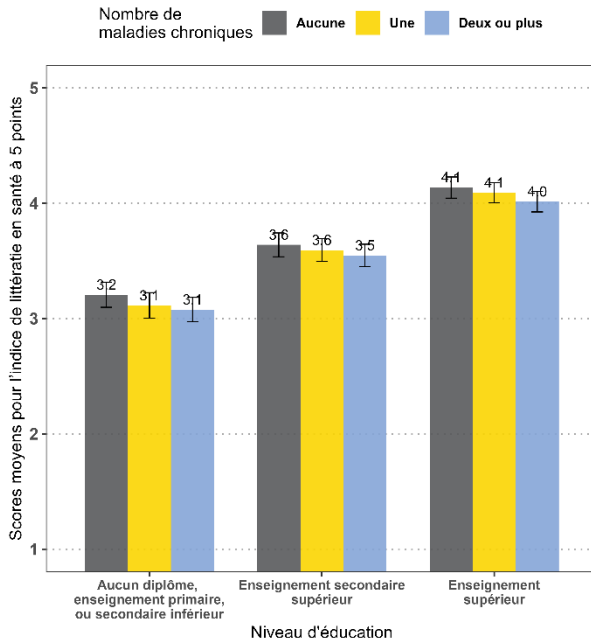
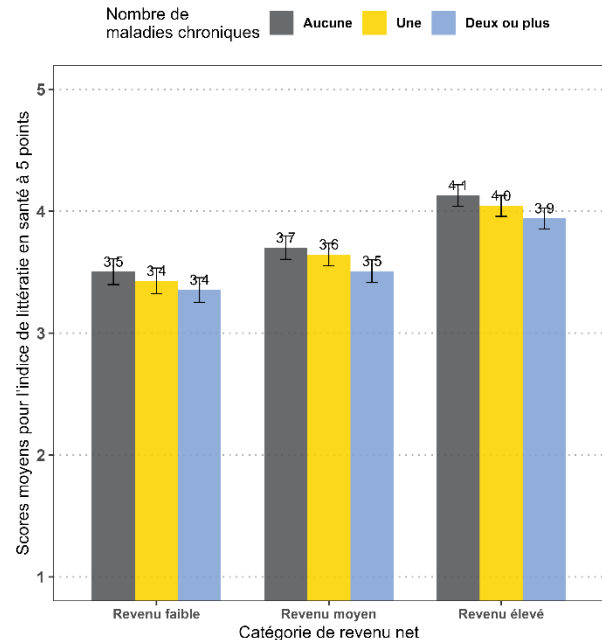


Figure 44 • Scores moyens pour l'indice de littératie en santé à 5 points par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4555)



Remarque : toutes les comparaisons ont pris en compte l'âge et le sexe. Les comparaisons en matière d'enseignement ont pris en compte le revenu et vice versa.

Avec la numérisation croissante des soins de santé, **la littératie digitale en santé** devient un domaine d'intérêt essentiel à part entière. Alors que la littératie en santé englobe la capacité à comprendre et à utiliser efficacement les informations de santé, la littératie digitale en santé concerne spécifiquement la navigation et l'utilisation des ressources de santé en ligne.

Une question clé dans ce contexte est le niveau de confiance des patients lorsqu'ils accèdent à des informations de santé sur Internet et les interprètent (*"Dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise pour utiliser les informations trouvées sur Internet afin de prendre des décisions en matière de santé?"*). Cela reste une préoccupation importante, car seuls 8 % des patients atteints de maladies chroniques ont déclaré se sentir confiants dans l'utilisation des informations de santé en ligne. Lorsque les données ont été stratifiées en fonction de facteurs socio-démographiques, des différences significatives ont été observées en fonction de l'âge et du sexe. La confiance était la plus élevée chez les patients âgés de 45 à 54 ans, avec 13,0%, mais elle diminuait régulièrement avec l'âge : 9,4% pour les 55-64 ans, 6,2% pour les 65-74 ans et seulement 4,0% pour les 75 ans et plus. Des différences entre les sexes ont également été observées, 9,2% des hommes déclarant avoir confiance dans l'utilisation des informations de santé numériques, contre 7,6% des femmes.

1.5. OUTILS NUMÉRIQUES

L'utilisation des outils numériques dans les établissements de soins primaires connaît une croissance rapide. Une évaluation récente a examiné la disponibilité et l'utilisation des services en ligne fournis par les centres de soins primaires, tels que les sites Web, les applications pour smartphones et les consultations vidéo. Ces outils sont conçus pour améliorer l'accès des patients aux soins de santé, mais leur efficacité dépend de la capacité des patients à les utiliser en toute confiance et de manière efficace.

Parmi les cabinets médicaux participants, 89.5% ont déclaré proposer des consultations téléphoniques, 80.7% proposaient des consultations vidéo et 75.4% utilisaient d'autres options à distance telles que le courrier électronique, les SMS ou la messagerie sécurisée via des plateformes destinées aux patients.

58.3% des patients ont déclaré que le site web de leur cabinet de soins primaires était facile à utiliser. Cependant, les patients ayant un niveau d'instruction moins élevé étaient moins susceptibles de trouver le site web convivial que ceux ayant un niveau d'instruction plus élevé, ce qui représente une différence de perception de 20.9%.

Par rapport aux consultations en face à face, les consultations téléphoniques ont obtenu des scores nettement inférieurs en termes de qualité perçue des soins et d'approche centrée sur la personne. En raison du nombre limité de consultations vidéo (seulement quatre cas signalés), aucune conclusion définitive n'a pu être tirée. Les visites à domicile ont été associées à des notes nettement inférieures en matière de santé générale, de bien-être mental, de confiance en l'autogestion et de soins centrés sur la personne. D'autres formes de soins à distance ont également obtenu des notes nettement inférieures en matière de santé générale. Ces résultats sont présentés dans le Tableau 8 ci-dessous.

Tableau 8 • Indicateurs PaRIS10 par type de soins reçus lors de leur dernière consultation, enquête PaRIS, Belgique

Type de soins	Santé générale (%)	Bien-être (/100)	Santé physique (16,2-67,7)	Santé mentale (21,2-67,6)	Fonctionnement social (%)	Qualité perçue des soins (%)	Confiance dans l'autogestion (%)	Confiance dans le système de santé (%)	Coordination perçue (/15)	Soins axés sur la personne (/24)
Résultats positifs	Bon, très bon, excellent	≥ 50	≥ 42	≥ 40	Bon, très bon, excellent	Bon, très bon, excellent	Sûr, très sûr	D'accord, entièrement d'accord	≥ 7,5	≥ 12
Consultation personnelle (n = 4227)	78,6	62,0	46,4	47,1	89,1	96,0	65,2	69,8	9,2	18,0
Consultation par téléphone (n = 62)	68,0	57,1	44,0	45,7	84,4	86,0	63,5	59,4	8,2	16,0
Consultation par vidéo (n = 4)	100,0	69,2	52,5	52,1	100,0	100,0	67,4	51,0	7,5	17,3
Visite à domicile (n = 120)	52,9	51,7	39,4	43,0	54,2	92,8	49,2	68,9	9,6	16,5
Autre (n = 61)	50,3	56,7	42,3	45,6	76,0	93,9	59,7	61,7	8,4	17,1

Voir le tableau 4 pour plus d'explications sur les indicateurs PaRIS10. Tous les résultats sont standardisés en fonction de l'âge et du sexe. Les données manquantes ont été omises.

Le VERT signifie que les intervalles de confiance ne se chevauchent pas et que la valeur diffère de manière significative ($p < 0,05$) de la « consultation personnelle ».

1.6. PLANS DE SOINS

Un plan de soins est défini comme suit dans le questionnaire PaRIS destiné aux patients (PaRIS-PQ): *“Un accord écrit entre une personne et son professionnel de santé décrivant le type de soins à fournir sur une longue période, la manière dont les soins seront dispensés et les responsabilités de la personne dans la gestion de ses soins”*.

Les répondants souffrant d'au moins une maladie chronique ont été interrogés : *“Disposez-vous d'un plan de soins qui tient compte de tous vos besoins en matière de santé et de bien-être?”* Les réponses possibles étaient ‘Oui’, ‘Non’ ou ‘Je ne sais pas’. Pour l'analyse ci-dessous, les réponses ont été dichotomisées, les réponses « Non » et « Je ne sais pas » étant regroupées dans une seule catégorie. Dans nos données, **28,0 % des répondants atteints d'au moins une maladie chronique ont déclaré avoir un plan de soins**. Tous les scores ci-dessous ont été standardisés en fonction de l'âge et du sexe. Les résultats ont été considérés comme statistiquement significatifs lorsque les intervalles de confiance à 95 % ne se chevauchaient pas.

En ce qui concerne la **santé générale**, 74,9 % (IC à 95 % : 70,9 %-78,5 %) des patients sans plan de soins ont évalué leur santé comme bonne, très bonne ou excellente, contre 65,6 % (IC à 95 % : 60,3 %-70,7 %) de ceux qui avaient un plan de soins. En termes de **santé physique**, les patients sans plan de soins ont obtenu un score moyen plus élevé de 45,7 (IC à 95 % : 44,9-46,5) par rapport à 43,3 (IC à 95 % : 42,3-44,2) chez ceux qui avaient un plan de soins.

Le **fonctionnement social** était comparable entre les deux groupes, 86,4 % (IC à 95 % : 83,1 %-89,3 %) des patients sans plan de soins déclarant être capables de mener à bien leurs activités et rôles sociaux habituels de manière efficace, contre 85,3 % (IC à 95 % : 81,0 %-88,7 %) chez les patients ayant un plan de soins. Les scores de santé mentale étaient également très proches, avec une moyenne de 46,4 (IC à 95 % : 45,7-47,1) pour les patients sans plan de soins et de 46,0 (IC à 95 % : 45,2-46,9) pour ceux qui en avaient un. De même, le **bien-être** mesuré par l'indicateur WHO-5 était comparable entre les deux groupes, avec un score moyen de 60,0 (IC à 95 % : 57,8-62,2) pour ceux qui n'avaient pas de plan de soins et de 59,3 (IC à 95 % : 56,8-61,8) pour ceux qui en avaient un.

La **qualité des soins perçue** est restée élevée dans les deux groupes, la quasi-totalité des patients ayant évalué leurs soins comme bons, très bons ou excellents, comme en témoignent les pourcentages similaires chez les patients bénéficiant d'un plan de soins (97,1 %, IC à 95 % : 94,8 %-98,3 %) et ceux qui n'en bénéficiaient pas (94,8 %, IC à 95 % : 92,1 %-96,6 %). **La confiance dans l'autogestion** n'a pas montré de différence substantielle, 63,2 % (IC à 95 % : 57,9 %-68,2 %) des patients sans plan de soins se sentant confiants ou très confiants dans la gestion de leur propre santé, contre 63,6 % (IC à 95 % : 57,6 %-69,3 %) de ceux qui avaient un plan de soins. **La confiance dans le système de soins de santé** était également similaire, 73,8 % (IC à 95 % : 69,1 %-78,1 %) des patients disposant d'un plan de soins étant d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que le système était digne de confiance, contre 68,0 % (IC à 95 % : 63,9 %-71,9 %) de ceux qui n'en disposaient pas.

En revanche, les scores relatifs **aux soins axés sur la personne** étaient nettement plus élevés chez les patients bénéficiant d'un plan de soins, avec une moyenne de 19,0 (IC à 95 % : 18,5-19,5) contre 17,4 (IC à 95 % : 17,1-17,8) pour ceux qui n'en bénéficiaient pas, ce qui reflète l'importance accrue accordée aux soins individualisés et holistiques.

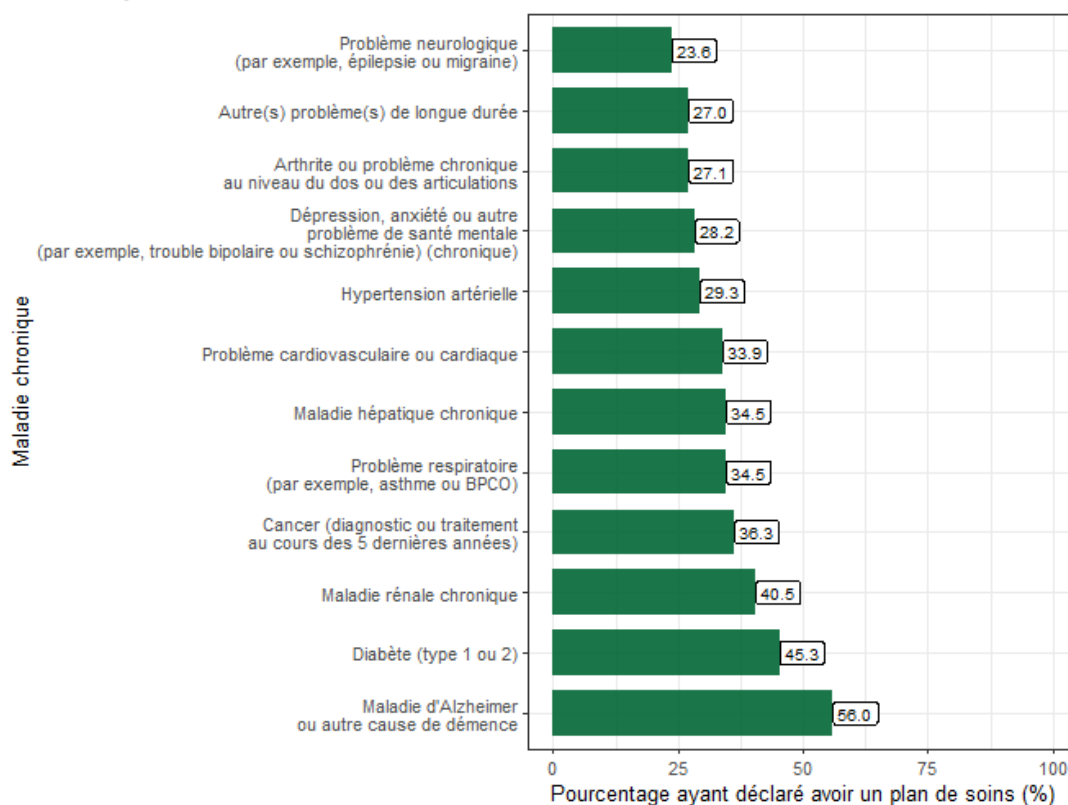
Il convient de noter que l'échelle de **coordination des soins expérimentés** n'a pas été incluse dans cette analyse, car elle se compose de cinq questions, dont celle abordée dans cette section : *“Disposez-vous d'un plan de soins qui tient compte de tous vos besoins en matière de santé et de bien-être?”*

Ces résultats montrent que, dans l'ensemble, il n'y avait pas de différences substantielles entre les patients avec et sans plan de soins en termes de fonctionnement social, de santé mentale, de bien-être, de confiance en l'autogestion ou de confiance dans le système de soins de santé. Les deux groupes ont attribué des notes similaires à la qualité des soins, presque tous les patients jugeant leurs

soins bons, très bons ou excellents. Cependant, les patients sans plan de soins ont déclaré être en meilleure santé générale et physique que ceux qui avaient un plan de soins. À l'inverse, les patients bénéficiant d'un plan de soins ont attribué des notes plus élevées aux soins axés sur la personne, ce qui suggère que les plans de soins peuvent contribuer à des expériences de soins plus individualisées et holistiques.

L'examen de la question de l'existence d'un plan de soins pour les maladies chroniques a révélé des différences considérables (Figure 45). Si des maladies telles que la démence, le diabète et les maladies rénales ont affiché des taux relativement plus élevés de planification des soins, d'autres maladies telles que les troubles neurologiques, l'arthrite et les troubles mentaux ont affiché des taux beaucoup plus faibles. Il est à noter qu'aucun type de maladie chronique ne dépasse 56 %, ce qui suggère que la planification des soins n'est peut-être pas une approche standard en Belgique. Cette variation peut refléter des différences dans la manière dont les plans de soins sont utilisés et définis pour différentes maladies en Belgique.

Figure 45 • Pourcentage de patients déclarant avoir un plan de soins par maladie chronique, Enquête PaRIS, Belgique (n = 3414)



Enfin, un modèle de régression logistique distinct a été construit en utilisant la variable «plan de soins» comme variable dépendante et en incluant des covariables sélectionnées via l'AIC par étapes, distinctes de l'analyse des indicateurs PaRIS10. Ce modèle a montré que la **probabilité d'avoir un plan de soins est significativement associée à l'âge, au nombre de maladies chroniques et au niveau d'instruction**. Par rapport au groupe de référence (personnes âgées de 45 à 54 ans), les groupes d'âge plus âgés avaient des chances progressivement plus élevées d'avoir un plan de soins. Bien que le groupe d'âge des 55-64 ans (OR = 1,25, IC à 95 % : 0,96-1,62) ne soit pas statistiquement significatif, les personnes âgées de 65 à 74 ans (OR = 1,59, IC à 95 % : 1,23-2,07) et les personnes âgées de 75 ans et plus (OR = 2,46, IC à 95 % : 1,83-3,33) présentaient des probabilités nettement plus élevées. Chaque affection chronique supplémentaire augmentait le risque de 11 % (OR = 1,11, IC à 95 % : 1,03-1,20). En termes d'instruction, les répondants ayant suivi des études secondaires supérieures présentaient un risque inférieur de 28 % (OR = 0,72, IC à 95 % : 0,58-0,90) et ceux ayant fait des études supérieures avaient 50 % moins de chances (OR = 0,50, IC à 95 % : 0,41-0,62) d'avoir un plan de soins

que les personnes «sans instruction, ayant fait des études primaires ou ayant fait des études secondaires inférieures». Il n'y avait pas d'association significative pour le sexe (OR = 1,10, IC à 95 % : 0,92-1,31) ou l'IMC (OR = 1,02, IC à 95 % : 1,00-1,04).

1.7. DIFFICULTÉS FINANCIÈRES

L'impact des difficultés financières sur les PREM et les PROM a également été étudié. Une catégorie de répondants confrontés à des difficultés financières a été identifiée, définie comme ceux qui ont répondu 'toujours' ou 'généralement' à au moins une des questions suivantes : “ *Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que vous avez été inquiet ou stressé par les choses suivantes ? 1) Avoir assez d'argent pour acheter des repas sains ? 2) Avoir assez d'argent pour payer votre loyer ou votre hypothèque ? 3) Avoir assez d'argent pour payer vos autres factures mensuelles, comme l'électricité, le chauffage et le téléphone?*”.

Les résultats présentés ci-dessous incluent tous les répondants, qu'ils souffrent ou non de maladies chroniques. Dans notre étude, **25,9 % des répondants ont connu des difficultés financières**. Tous les scores ci-dessous ont été normalisés en fonction de l'âge et du sexe. Les résultats ont été considérés comme statistiquement significatifs lorsque les intervalles de confiance à 95 % ne se chevauchaient pas.

En ce qui concerne la **santé générale**, 79,8 % (IC à 95 % : 76,5 %-82,8 %) des personnes sans difficultés financières ont évalué leur santé comme bonne, très bonne ou excellente, contre 71,0 % (IC à 95 % : 66,2 %-75,4 %) parmi celles qui ont des difficultés financières. En ce qui concerne le **santé physique**, le score moyen des personnes sans difficultés financières était de 46,9 (IC à 95 % : 46,1-47,8), soit un score nettement supérieur à celui de 44,0 (IC à 95 % : 43,1-44,9) déclaré par les personnes en difficulté financière. Un écart similaire a été observé en matière de **santé mentale**, avec des scores de 47,5 (IC à 95 % : 46,9-48,1) et 45,4 (IC à 95 % : 44,6-46,1) respectivement pour les personnes sans difficultés financières et celles qui en ont.

Le **bien-être** des personnes sans difficultés financières était également nettement supérieur, avec un score WHO-5 moyen de 63,0 (IC à 95 % : 61,0-65,0) contre 57,3 (IC à 95 % : 55,0-59,5) pour celles qui rencontraient des difficultés financières. De même, en matière de **fonctionnement social**, 90,2 % (IC à 95 % : 87,8 %-92,2 %) des personnes sans difficultés financières ont déclaré être en mesure de remplir efficacement leurs rôles habituels, une proportion plus élevée que les 81,8 % (IC à 95 % : 77,4 %-85,5 %) observés chez les personnes en situation de difficultés financières.

La **confiance dans le système de santé** était nettement plus faible chez les personnes en difficulté financière. Seuls 61,4 % (IC à 95 % : 56,8 %-65,8 %) de ce groupe ont déclaré avoir confiance dans le système, contre 72,0 % (IC à 95 % : 68,6 %-75,1 %) chez les personnes sans soucis financiers.

La **confiance dans la gestion de sa santé** était comparable entre les deux groupes, 61,5 % (IC à 95 % : 55,8 %-67,0 %) des personnes confrontées à des difficultés financières se disant confiantes ou très confiantes, contre 65,9 % (IC à 95 % : 61,1 %-70,4 %) parmi celles qui n'en avaient pas. De même, la **qualité des soins perçue** restait élevée dans les deux groupes, 94,9 % (IC à 95 % : 92,1 %-96,7 %) des personnes en difficulté financière jugeant leurs soins bons, très bons ou excellents, contre 95,8 % (IC à 95 % : 93,8 %-97,1 %) parmi celles qui n'en avaient pas. Les scores relatifs aux **soins axés sur la personne** étaient également très similaires, avec une moyenne de 18,1 (IC à 95 % : 17,7-18,4) pour les personnes sans difficultés financières et de 17,5 (IC à 95 % : 17,0-18,0) pour celles qui en avaient. De même, les scores relatifs à la **coordination des soins** étaient presque identiques, avec une moyenne de 9,2 (IC à 95 % : 8,8-9,6) pour les personnes sans difficultés financières et de 9,0 (IC à 95 % : 8,5-9,4) pour celles qui en avaient. Ces résultats suggèrent que les difficultés financières n'ont peut-être pas d'impact significatif sur ces résultats.

En résumé, les difficultés financières peuvent ici être associées à une santé physique et mentale plus précaire, à un bien-être moindre, à une confiance réduite dans le système de santé et à une diminution de la santé globale et du fonctionnement social. Cependant, les notes élevées attribuées à la qualité et aux soins axés sur la personne pourraient suggérer que les services de santé répondent efficacement aux besoins des populations financièrement vulnérables.

Afin de mieux comprendre les facteurs sous-jacents associés aux difficultés financières, un modèle de régression logistique distinct a été élaboré. Contrairement aux analyses des indicateurs PaRIS10, ce modèle utilisait les difficultés financières comme variable dépendante et incluait des covariables

sélectionnées par AIC par étapes. Dans ce modèle, plusieurs facteurs ont eu une influence. Tous les groupes d'âge plus âgés, par rapport au groupe de référence des 45-54 ans, présentaient un risque significativement réduit de connaître des difficultés financières. Plus précisément, les personnes âgées de 55 à 64 ans (OR = 0,67, IC à 95 % : 0,55-0,82), 65-74 ans (OR = 0,67, IC à 95 % : 0,55-0,83) et les personnes âgées de 75 ans et plus (OR = 0,61, IC à 95 % : 0,47-0,79) étaient moins susceptibles de déclarer des difficultés financières. Chaque maladie chronique supplémentaire augmentait les risques de difficultés financières d'environ 12 % (OR = 1,12, IC à 95 % : 1,06-1,19). Le niveau d'instruction jouait également un rôle : si le niveau d'études secondaires supérieures n'était pas statistiquement significatif (OR = 0,85, IC à 95 % : 0,70-1,04), les personnes ayant fait des études supérieures avaient 39 % moins de risques (OR = 0,61, IC à 95 % : 0,50-0,74) que celles n'ayant « aucune éducation, une éducation primaire ou une éducation secondaire inférieure ». Comme on pouvait s'y attendre, le revenu net des ménages est également un facteur influent. Les répondants de la catégorie « revenu moyen » avaient 38 % moins de chances (OR = 0,62, IC à 95 % : 0,50-0,76), tandis que ceux de la catégorie « revenus élevés » avaient 60 % moins de chances (OR = 0,40, IC à 95 % : 0,32-0,50) de connaître des difficultés financières. Le sexe (OR = 0,99, IC à 95 % : 0,84-1,15) et l'IMC (OR = 1,02, IC à 95 % : 1,00-1,04) n'étaient pas des facteurs prédictifs significatifs de difficultés financières.

1.7.1. Verhoogde tegenmoetkoming (VT)/bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM)

Dans certains cas, les patients peuvent bénéficier d'un remboursement majoré des soins de santé (VT/BIM), ce qui réduit les coûts des services tels que les consultations médicales, les séjours à l'hôpital et les médicaments. Il a été demandé aux patients s'ils bénéficiaient de cette intervention majorée : 582 ont répondu 'Oui', 3 362 ont répondu 'Non', 492 ont répondu 'Je ne sais pas', 45 ont sélectionné 'Je préfère ne pas répondre' et 206 n'ont pas répondu. Seuls ceux qui ont répondu 'Oui' ou 'Non' ont été inclus dans l'analyse.

Les patients éligibles à un remboursement majoré des soins de santé ont déclaré des résultats nettement moins bons dans les PROM. Par rapport aux non-bénéficiaires, ils ont obtenu des scores plus faibles en matière de santé générale (55,2 % contre 83,4 %), de bien-être (52,9 contre 63,8), de santé physique (41,2 contre 47,6), de santé mentale (43,5 contre 47,7) et de fonctionnement social (74,4 % contre 91,2 %). Ces résultats sont présentés plus en détail dans le Tableau 9.

Tableau 9 • Indicateurs PaRIS10 par VT/BIM, Enquête PaRIS, Belgique

VT/BIM	Santé générale (%)	Bien-être (/100)	Santé physique (16,2-67,7)	Santé mentale (21,2-67,6)	Fonctionnement social (%)
Résultats positifs	Bon, très bon, excellent	≥ 50	≥ 42	≥ 40	Bon, très bon, excellent
NON (n = 3362)	83,4	63,8	47,6	47,7	91,2
OUI (n = 582)	55,2	52,9	41,2	43,5	74,4
VT/BIM	Qualité perçue des soins (%)	Confiance dans l'autogestion (%)	Confiance dans le système de santé (%)	Coordination perçue (/15)	Soins axés sur la personne (/24)
Résultats positifs	Bon, très bon, excellent	Sûr, très sûr	D'accord, entièrement d'accord	≥ 7,5	≥ 12
NON (n = 3362)	96,3	68,2	71,4	9,1	18,1
OUI (n = 582)	94,3	57,9	63,3	9,3	17,6

Remarque : voir le tableau 4 pour plus d'explications concernant les indicateurs PaRIS10. Tous les résultats ont été standardisés selon l'âge et le sexe. Les données manquantes ont été omises. VERT signifie que les intervalles de confiance (IC) ne se chevauchent pas et que la valeur diffère de manière significative ($p < 0,05$) de « NON ».

2. Questionnaire PaRIS sur les pratiques de soins primaires (PaRIS-PCPQ)

Le questionnaire PaRIS sur les pratiques de soins primaires (PaRIS-PCPQ) comprenait 29 questions réparties en trois grands thèmes. Les données provenant des 59 cabinets médicaux participants ont été utilisées. Certaines questions de l'enquête permettaient des sélections multiples, ce qui se reflète dans les totaux supérieurs à 100 % pour ces éléments.

2.1. CATACTÉRISTIQUES DES CABINETS

L'une de ces catégories portait sur les caractéristiques du cabinet, avec des questions sur le type de cabinet et les modes de rémunération des médecins. Le tableau 10 présente une vue d'ensemble de ces aspects, stratifiés en fonction du nombre de maladies chroniques déclarées chez les patients.

Tableau 10 • Questionnaire destiné aux prestataires, fusionné avec l'enquête auprès des patients et stratifié en fonction du nombre de maladies chroniques déclarées (colonne % (n)). Les valeurs manquantes ont été exclues. Enquête PaRIS, Belgique

	Nombre de maladies chroniques (déclarées par les patients)		
	Aucune	Une	Deux ou plus
Type de cabinet			
Cabinet individuel	13,4% (121)	17,3% (244)	17,4% (334)
Cabinet de groupe*	50,6% (457)	46,5% (656)	43,2% (827)
Cabinet multidisciplinaire	36,0% (325)	36,2% (511)	39,4% (754)
Total	100,0% (903)	100,0% (1411)	100,0% (1915)
Rémunération des médecins:**			
Rémunération par activité de soins	49,2% (537)	47,5% (819)	44,6% (1045)
Rémunération par séance	2,9% (32)	2,3% (40)	2,8% (66)
Salaire fixe	12,5% (136)	14,8% (255)	18,1% (425)
Rémunération par prestation	12,4% (135)	12,4% (214)	10,7% (250)
Rémunération par personne	17,3% (189)	15,7% (271)	17,0% (399)
Autre	5,8% (63)	7,2% (124)	6,8% (160)
Total	100,0% (1092)	100,0% (1723)	100,0% (2345)

*Les cabinets de groupe avec des patients propres et partagés ont été regroupés dans une seule catégorie.

** Les médecins généralistes pouvaient sélectionner plusieurs types de paiement, de sorte que le nombre total de réponses dépasse le nombre d'enregistrements.

En ce qui concerne le **type de cabinet** dans notre échantillon, les cabinets de groupe étaient le type le plus courant dans tous les groupes de patients, bien que leur prévalence ait diminué à mesure que le nombre de maladies chroniques augmentait (50,6 % pour les patients sans maladie chronique contre 43,2 % pour ceux qui en avaient deux ou plus). Les cabinets de groupe multidisciplinaires ont montré une tendance à la hausse, étant plus courants chez les patients atteints de plusieurs maladies chroniques (36,0 % pour les patients sans maladie chronique contre 39,4 % pour ceux atteints de deux maladies chroniques ou plus).

Les cabinets individuels étaient le type de cabinet le moins courant dans tous les groupes, représentant environ 13 % des patients sans maladie chronique et environ 17 % des patients atteints de maladies chroniques.

Lorsque l'on examine les **modes de rémunération des médecins** dans notre échantillon, la rémunération à l'acte était le modèle de paiement le plus fréquent, mais sa prévalence a légèrement diminué chez les médecins traitant des patients atteints de plusieurs maladies chroniques (49,2 % pour

les patients sans maladie chronique contre 44,6 % pour ceux atteints d'au moins deux maladies chroniques).

Les salaires fixes étaient plus fréquemment utilisés pour les médecins traitant des patients atteints de maladies chroniques. Les honoraires à la séance, la rémunération par prestation et les honoraires par personne sont restés relativement stables dans tous les groupes.

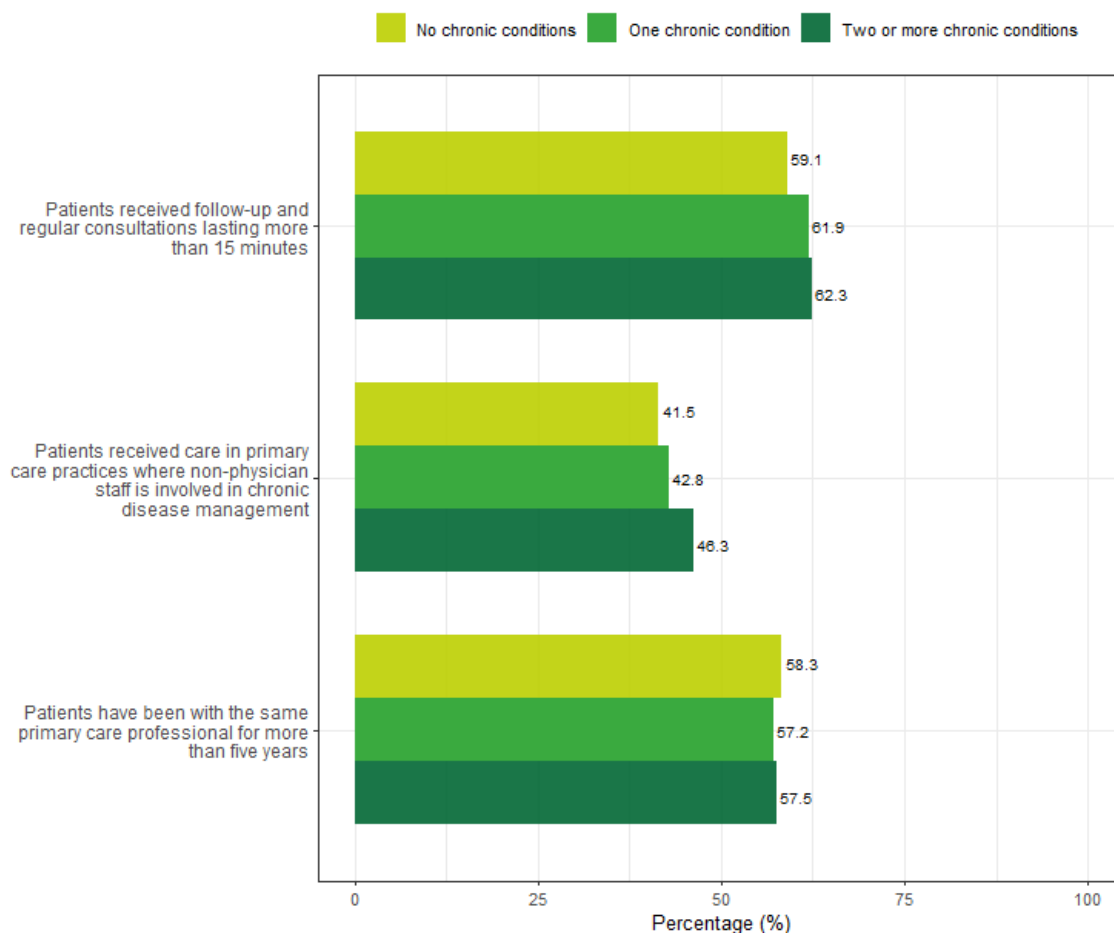
La figure 46, qui illustre les principaux indicateurs liés aux médecins généralistes en fonction de l'état de santé chronique des patients, fournit des informations supplémentaires sur les caractéristiques des cabinets de soins primaires.

En termes de **durée des consultations**, la proportion de patients bénéficiant d'un suivi et de consultations régulières de plus de 15 minutes a légèrement augmenté avec le nombre de maladies chroniques, passant de 59,1 % pour ceux qui ne souffraient d'aucune maladie chronique à 62,3 % pour ceux qui en souffraient de deux ou plus.

69,5 % des cabinets de médecins généralistes ont déclaré faire appel à du **personnel non médical** pour la prise en charge des maladies chroniques. En ce qui concerne cette implication, les patients atteints d'un plus grand nombre de maladies chroniques étaient plus susceptibles de recevoir des soins dans des établissements de soins primaires où du personnel non médical jouait un rôle, 41,5 % des patients sans maladie chronique bénéficiant de ce type de soins, contre 46,3 % des patients atteints d'au moins deux maladies chroniques.

En ce qui concerne la **continuité des soins**, environ 57 à 58 % des patients étaient suivis par le même professionnel de santé primaire depuis plus de cinq ans, avec seulement des différences minimales en fonction de l'état de leur maladie chronique.

Figure 46 • Pourcentage de répondants présentant un nombre variable de maladies chroniques et indicateurs associés relatifs aux médecins généralistes, Enquête PaRIS, Belgique



2.2. ORGANISATION DU CABINET

La deuxième catégorie portait sur l'organisation du cabinet, avec des questions sur l'organisation, la disponibilité et l'échange des dossiers médicaux.

Tous les cabinets de soins primaires participants étaient en mesure d'échanger des dossiers médicaux électroniques, et les dossiers médicaux étaient toujours disponibles pendant les consultations. Pour les cabinets participants, **les informations les plus fréquemment consignées dans les dossiers médicaux** des patients comprenaient le 'diagnostic' (100 %) et les 'médicaments prescrits' (100 %), qui étaient systématiquement documentés. Viennent ensuite les 'paramètres cliniques' (98,3 %), les 'résultats d'examens' (98,3 %) et les 'motifs de consultation' (98,5 %), ce qui indique une forte importance accordée aux évaluations médicales et aux résultats d'examens. Viennent ensuite les 'habitudes tabagiques' (94,7 %) et les 'antécédents médicaux familiaux' (89,5 %), qui sont fréquemment inclus, reflétant l'importance du mode de vie et des facteurs héréditaires dans les soins aux patients. Le 'poids et la taille' (89,5 %) apparaissent également dans une proportion significative des dossiers. Plus loin, la 'consommation de substances' (87,7 %) et la 'situation professionnelle' (52,6 %) ont été documentées à des niveaux modérés, ce qui montre une certaine attention portée aux déterminants sociaux de la santé. Les 'conditions de vie' (45,6 %) et les 'autres informations' (40,5 %) ont été moins souvent enregistrées. En bas du classement, 'l'origine ethnique' (21,1 %) était la moins fréquemment mentionnée.

Les cabinets médicaux montrent une grande capacité à **échanger des informations électroniques avec des professionnels extérieurs à leur cabinet**. Plus précisément, 93,2 % des cabinets participants peuvent échanger électroniquement les résumés cliniques des patients. En outre, 88,1 % des cabinets participants ont la possibilité d'échanger les résultats des tests de laboratoire et des tests diagnostiques. De plus, 93,2 % des cabinets participants peuvent échanger des dossiers médicaux électroniques.

2.3. GESTION DES SOINS CHRONIQUES

La troisième catégorie portait sur la gestion des soins chroniques et le suivi des patients dans le cabinet.

Le soutien à l'autogestion des patients atteints de maladies chroniques est principalement fourni sous forme d'informations verbales pendant ou après la consultation (85,5 %). D'autres méthodes d'aide à l'autogestion comprennent la distribution d'informations sous forme de brochures, de livrets ou de ressources Internet/en ligne (51,3 %), la définition d'objectifs explicites et la planification d'actions avec les membres de l'équipe du cabinet (31,2 %), l'orientation vers des cours d'autogestion ou des éducateurs (16,9 %) et le soutien des membres de l'équipe du cabinet formés à l'autonomisation des patients et aux méthodes de résolution de problèmes (6,9 %). Un faible pourcentage de médecins généralistes (3,8 %) ont déclaré ne fournir aucun de ces types de soutien à l'autogestion.

Si l'on se concentre sur les données issues du questionnaire destiné aux patients, seuls 14,6 % des patients atteints de maladies chroniques voient 'toujours' ou 'souvent' **leurs objectifs d'autogestion consignés dans leur dossier médical**. De même, seuls 15,6 % des patients atteints de maladies chroniques reçoivent 'toujours' ou 'souvent' des instructions écrites (sous forme électronique ou papier) sur la manière de gérer leurs propres soins à domicile.

L'impact des plans de soins sur les résultats et l'expérience des patients a déjà été abordé dans la partie 1.6. Cependant, une question connexe a été posée aux prestataires de soins de santé concernant **l'élaboration de plans de soins dans le cadre de leur cabinet**. La mesure dans laquelle les plans de soins des patients sont élaborés varie en fonction des besoins et de l'état de santé des patients. Il est à noter que plus de la moitié (52,5 %) des prestataires n'élaborent pas systématiquement de plans de soins. Parmi ceux qui le font, 15,3 % élaborent des plans de soins pour tous les patients atteints de maladies chroniques, tandis qu'une proportion plus importante (23,7 %) se concentre uniquement sur des maladies chroniques spécifiques. En outre, 11,9 % des plans de soins répondent à des besoins spécialisés, tels que des besoins nutritionnels ou des soins complexes, et seulement 1,7 % sont

élaborés pour d'autres groupes de patients. Enfin, 1,7 % des médecins généralistes interrogés ne savaient pas quelle était l'approche de leur cabinet en matière d'élaboration de plans de soins.

La capacité des cabinets de soins primaires à coordonner les soins avec d'autres prestataires de soins de santé et d'aide sociale varie en fonction des besoins des patients, moins de la moitié d'entre eux se déclarant prêts dans la plupart des domaines. Seuls 47,5 % des cabinets se sentent bien préparés à coordonner les soins pour les patients atteints de maladies chroniques, tandis qu'ils sont encore moins nombreux (27,1 %) à être équipés pour prendre en charge les personnes souffrant de troubles mentaux graves tels que la dépression, le trouble bipolaire ou la schizophrénie. La préparation diminue encore davantage pour les patients souffrant d'addiction ou de toxicomanie, seuls 18,6 % des cabinets déclarant une coordination adéquate. La coordination des services sociaux communautaires, tels que le logement, les repas et le transport, est un domaine dans lequel seuls 35,6 % des cabinets se sentent bien préparés. Il est à noter que seuls 15,3 % des cabinets sont bien équipés pour coordonner les services de traduction pour les patients ayant besoin d'une aide linguistique. Cependant, certains domaines présentent des points forts, avec une proportion plus élevée de cabinets préparés à la coordination des soins palliatifs (69,5 %) et des soins de longue durée (61,0 %).

Lorsqu'ils **orientent des patients vers un spécialiste**, seuls 26,3 % des cabinets ont déclaré rédiger « toujours » ou « souvent » des lettres de recommandation électroniques (comprenant des détails sur les diagnostics provisoires et les résultats d'examen possibles), tandis qu'un pourcentage beaucoup plus élevé (93,0 %) utilise « toujours » ou « souvent » des lettres de recommandation papier. En revanche, après une visite de suivi, 93,0 % des cabinets ont indiqué qu'ils recevaient « toujours » ou « souvent » des informations de référence électroniques en temps opportun de la part des spécialistes, mais seulement 25,0 % ont déclaré recevoir « toujours » ou « souvent » des informations en temps opportun par le biais de lettres de référence papier.

3. Variations au niveau des pratiques et patients

La corrélation intraclasse (ICC) a été calculée afin d'évaluer les variations dans les dix indicateurs clés PaRIS, afin de déterminer dans quelle mesure ces variations s'expliquaient par des facteurs liés aux prestataires et aux patients. Les résultats indiquent que les caractéristiques des patients expliquent la majeure partie des variations, tandis que les caractéristiques des prestataires ne contribuent que dans une faible mesure. Cependant, l'influence des facteurs liés aux prestataires varie selon les indicateurs, étant plus importante pour certains que pour d'autres.

Par exemple, la qualité des soins médicaux perçue présente la plus forte proportion de variation attribuable aux caractéristiques au niveau des prestataires, avec 12,76 %. Elle est suivie par la santé physique (8,07 %), la confiance en l'autogestion (7,43 %) et le bien-être (7,38 %). Des indicateurs tels que la coordination des soins perçue (4,38 %), le fonctionnement social (4,09 %), la santé générale (3,90 %) et les soins axés sur la personne (2,33 %) ont montré des proportions plus faibles de variation au niveau des prestataires. La santé mentale représentait une part encore plus faible, avec 1,94 %, et la confiance dans le système de soins de santé affichait la contribution la plus faible des facteurs liés aux prestataires, avec seulement 0,41 %.

Ces résultats soulignent que, si les facteurs liés aux patients prédominent dans l'explication des variations, les caractéristiques liées aux prestataires pourraient jouer un rôle plus important dans des domaines spécifiques, tels que la qualité des soins perçue et la santé physique. Ces variations soulignent l'importance d'adapter les interventions afin de tenir compte à la fois de la contribution des patients et des prestataires aux résultats et aux expériences, en particulier lorsque l'influence des prestataires est plus marquée.

4. La Belgique dans un contexte international

Les résultats de la Belgique dans l'enquête PaRIS de l'OCDE présentent un tableau mitigé, avec des points forts et des défis dans certains PROM et PREM. L'enquête portait sur 19 pays, mais seuls 17 ont été utilisés pour la comparaison¹. Le Tableau 4 donne un aperçu détaillé des indicateurs PaRIS10.

En ce qui concerne les **PROM**, la Belgique se classe 11e pour la santé physique et mentale, ce qui la place près de la moyenne PaRIS de l'OCDE (à moins d'un intervalle comparatif, ce qui signifie qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative). De même, la Belgique se classe 9e pour le bien-être et le fonctionnement social. Cependant, la santé générale affiche des résultats relativement meilleurs, se classant 6e, bien que toujours proche de la moyenne.

Si les **PROM** étaient plus proches de la moyenne, la Belgique excellait dans plusieurs **PREM**. Elle s'est classée 3e pour les soins axés sur la personne et la qualité des soins médicaux, avec des performances nettement supérieures à la moyenne PaRIS de l'OCDE (statistiquement supérieures d'au moins un intervalle comparatif). La confiance dans l'autogestion s'est classée 7e, tandis que la confiance dans le système de soins de santé et la coordination des soins se sont toutes deux classées 6e, toutes proches de la moyenne de l'OCDE.

En plus du rapport global, l'OCDE a publié des notes spécifiques par pays, présentant les résultats les plus intéressants pour la Belgique dans le contexte international, ainsi que les meilleurs et les pires résultats.

Pour la Belgique, l'une des conclusions les plus notables est qu'environ deux tiers des patients atteints d'au moins deux maladies chroniques bénéficient d'un suivi et de consultations régulières d'une durée supérieure à 15 minutes, ce qui est nettement supérieur à la moyenne PaRIS de l'OCDE, qui est de 47%. Cela souligne un engagement fort en faveur de la continuité et de la qualité des soins pour les patients ayant des besoins de santé complexes. D'autre part, seuls 46,3 % de ces patients ont été traités dans des établissements de soins primaires où le personnel non médical participe activement à la prise en charge des maladies chroniques, contre une moyenne de 83 % dans les pays de l'OCDE. Cela met en évidence un domaine clé dans lequel la Belgique accuse un retard en matière de soins coordonnés et dispensés en équipe.

La Belgique se distingue positivement en matière d'infrastructure numérique : tous les cabinets de soins primaires participants ont déclaré être en mesure d'échanger des dossiers médicaux électroniques, et les dossiers étaient toujours disponibles lors des consultations, ce qui est bien supérieur à la moyenne de l'OCDE, qui est de 57 %. Cependant, la maîtrise des technologies numériques dans le domaine de la santé reste un défi important, puisque seulement 8 % des patients atteints de maladies chroniques se sentent à l'aise pour utiliser les informations de santé en ligne, ce qui est bien inférieur à la moyenne de l'OCDE, qui est de 19 %.

Ces comparaisons internationales permettent d'identifier et de partager les meilleures pratiques, contribuant ainsi à l'amélioration continue des soins de santé dans tous les pays.

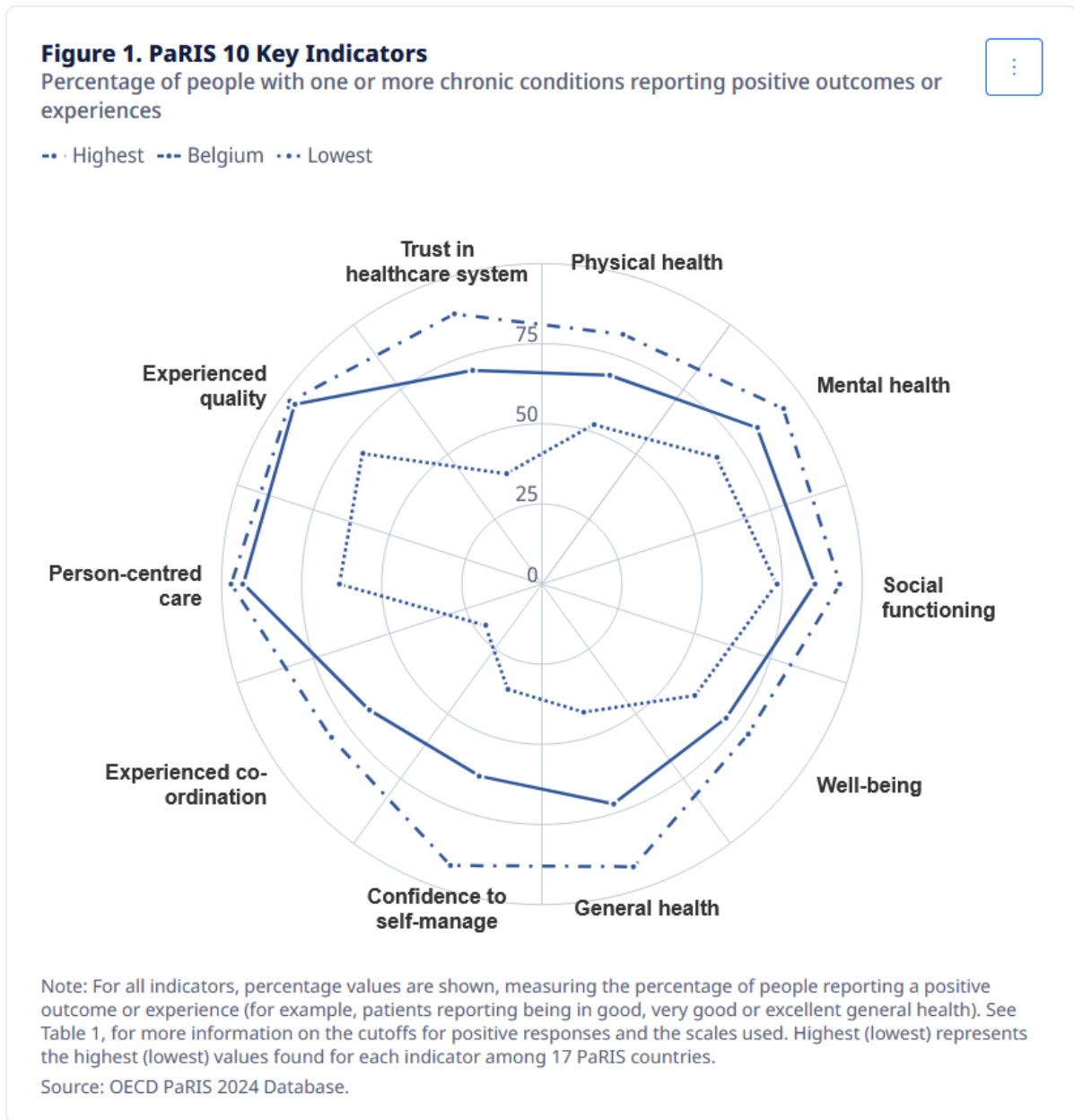
En résumé, la Belgique obtient de bons résultats dans des domaines tels que le suivi des patients et l'infrastructure numérique, mais présente des marges d'amélioration en matière de culture numérique en matière de santé et d'intégration du personnel non médical dans les parcours de soins chroniques. Cependant, les différences méthodologiques entre les pays, telles que l'utilisation d'une approche de recrutement différente en France, peuvent compliquer les comparaisons directes et limiter les conclusions définitives. De futures analyses tenant compte de ces variations pourraient offrir un aperçu

¹ L'Italie et les États-Unis ont été exclus en raison de différences dans la méthodologie de collecte des données. Les données italiennes concernaient des patients suivis dans des polycliniques spécialisées dans certaines régions, tandis que l'échantillon américain était limité aux personnes âgées de 65 ans et plus.

plus approfondi des atouts relatifs et des domaines à développer au sein du système de soins primaires belge.

Pour une représentation visuelle de la Belgique, voir la Figure 47 ci-dessous, extraite des [country notes](#).²⁴ De plus amples détails sont également disponibles dans le [OECD report](#).¹³

Figure 47 • 10 indicateurs clés PaRIS pour la Belgique, extraits des ‘country notes’ (n = 4577)²⁴



DISCUSSION

Cette étude représente une avancée majeure dans l'évaluation des soins axés sur le patient en Belgique. Cependant, plusieurs limites importantes doivent être prises en compte afin d'interpréter correctement les résultats et d'améliorer les cycles de recherche futurs. En outre, les principales conclusions et considérations sont présentées ci-dessous afin de faciliter l'analyse approfondie et l'élaboration de politiques.

Représentativité des médecins généralistes

La représentativité des médecins généralistes participants peut être influencée par un biais de sélection. Étant donné que la participation exigeait des efforts administratifs supplémentaires, les praticiens exerçant seuls, qui ont généralement une charge de travail plus importante, étaient sous-représentés. En outre, l'étude a peut-être attiré des médecins généralistes qui étaient déjà engagés dans des initiatives de soins axés sur le patient et d'amélioration de la qualité, ce qui a pu fausser les résultats. Cependant, le prochain cycle pourrait être plus facile à encourager, car il ne s'agira plus seulement d'une idée, mais d'un concept pleinement développé. De plus, nous avons reçu des commentaires positifs sur les rapports spécifiques à chaque cabinet que nous avons fournis à chaque médecin généraliste (en annexe), qui offraient un aperçu clair des domaines dans lesquels les cabinets obtenaient de bons résultats par rapport à la moyenne belge. Ces rapports ont constitué un outil précieux pour mettre les points forts en évidence et ils peuvent inciter à une participation plus large à l'avenir.

Représentativité des patients

La représentativité de l'échantillon de patients est également soumise à certaines limites. En raison du manque de données sur les non-participants, il est difficile de déterminer dans quelle mesure le biais de sélection a pu influencer les résultats. Bien que des efforts aient été faits pour inclure des populations diverses, notamment en traduisant le questionnaire dans certaines langues minoritaires, l'utilisation de ces traductions est restée limitée, ce qui a pu exclure des groupes importants tels que les communautés turcophones et arabophones. En outre, l'étude s'est appuyée sur des réponses écrites, excluant par nature les personnes analphabètes. Les critères d'inclusion exigeant que les patients aient consulté au moins une fois un médecin généraliste au cours des six derniers mois, les personnes souffrant de maladies chroniques nécessitant des contacts moins fréquents avec les soins primaires ont pu être exclues, ce qui a pu conduire à une sous-représentation de ce groupe, soit en raison d'un recours limité aux services de soins primaires, soit en raison de la nature spécifique de leur maladie. Ces lacunes indiquent que certaines populations vulnérables n'ont peut-être pas été suffisamment représentées, ce qui nécessite des stratégies supplémentaires pour une inclusion plus large dans les études futures.

Principales conclusions et considérations

Plusieurs conclusions notables ont émergé de l'étude :

- **Paradoxe lié au sexe** : les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes, mais ne déclarent pas nécessairement être en meilleure santé. Cette tendance s'est reflétée dans l'étude, les femmes ayant tendance à obtenir des scores plus faibles dans les PROM, même si ces différences n'étaient pas toujours statistiquement significatives. De plus, de légères différences ont été observées dans les PREM, notamment en ce qui concerne la confiance dans le système de soins de santé.
- **Influence des facteurs socio-économiques** : le revenu et le niveau d'instruction ont une incidence sur les PROM et les PREM. Les personnes ayant des revenus et des niveaux d'instruction plus élevés ont généralement déclaré une meilleure santé générale, physique, mentale et sociale, ainsi qu'un plus grand bien-être. La confiance dans le système de soins de

santé était également plus fortement liée au revenu et à l'éducation. Ces résultats soulignent l'importance de s'attaquer aux disparités socio-économiques en matière d'accès aux soins de santé et d'expérience.

- Résultats de la heatmap : les patients sans maladie chronique ont déclaré les meilleurs résultats, tandis que ceux atteints d'Alzheimer/démence ont obtenu les scores les plus bas pour toutes les mesures de santé et la plupart des mesures d'expérience. La dépression et l'anxiété étaient également liées à une mauvaise santé mentale et à un faible bien-être. En revanche, les patients atteints d'un cancer ont déclaré une qualité de soins élevée (97 %) et la plus grande confiance dans le système de soins de santé (75 %).
De meilleurs résultats en matière de santé étaient fortement associés à une plus grande confiance dans l'autogestion et à une plus grande confiance dans le système de soins de santé, soulignant le lien étroit entre la santé déclarée par les patients et leur expérience des soins.
- Compétences numériques en matière de santé : les compétences en matière de santé ont révélé un gradient socio-économique clair. Les patients ayant un niveau d'instruction et un revenu plus élevés ont déclaré avoir de meilleures compétences en matière de littératie de santé, indépendamment de leur état de santé chronique. Ces compétences diminuaient légèrement avec le nombre de maladies chroniques et de manière plus notable avec l'âge, étant particulièrement faibles chez les patients de plus de 75 ans.
La littératie numérique en matière de santé était particulièrement faible, surtout chez les personnes âgées. Seuls 8 % des patients atteints de maladies chroniques se sentaient à l'aise pour utiliser les informations de santé en ligne. La confiance atteignait un pic de 13,0 % chez les 45-54 ans, mais chutait fortement à 4,0 % chez les plus de 75 ans.
- Outils numériques : bien que les outils numériques soient de plus en plus intégrés dans les soins primaires, leur efficacité dépend en grande partie de la capacité des patients à les utiliser. Une grande majorité des cabinets ont déclaré proposer des consultations téléphoniques (89,5 %), un peu moins proposant des consultations vidéo (80,7 %) et d'autres méthodes à distance telles que les e-mails, les SMS ou les plateformes sécurisées (75,4 %). Malgré cette large disponibilité, seuls 58,3 % des patients ont trouvé les sites web des cabinets faciles à utiliser, avec un écart notable entre les personnes ayant un niveau d'instruction élevé et celles ayant un niveau d'instruction faible (20,9 %). Les consultations à distance, en particulier les appels téléphoniques et les visites à domicile, étaient associées à des scores plus faibles en matière de qualité perçue des soins, de confiance dans l'autogestion et de santé générale et mentale.
- Plans de soins : les résultats concernant les plans de soins n'étaient pas particulièrement bons, ce qui suggère une possible confusion parmi les répondants quant à ce qu'implique un plan de soins. Il est à noter qu'aucune maladie chronique ne dépasse 56 %, ce qui indique que la planification des soins n'est peut-être pas une pratique courante. Ces variations suggèrent des lacunes potentielles dans la planification des soins pour certaines maladies et soulignent la nécessité d'une approche plus cohérente en Belgique. Cependant, compte tenu du potentiel des plans de soins en tant qu'outil d'autogestion des patients, des efforts supplémentaires devraient être faits pour clarifier leur objectif et évaluer leur efficacité.
- Type de cabinet et système de paiement : en raison de la petite taille de l'échantillon, il a été difficile de réaliser des analyses approfondies par type de cabinet et modèle financier. Cependant, les résultats préliminaires suggèrent que les médecins traitant des patients atteints de plusieurs maladies chroniques sont plus susceptibles de travailler dans des cabinets médicaux multidisciplinaires et de percevoir des salaires fixes ou des paiements par personne plutôt que de dépendre uniquement d'un modèle de rémunération à l'acte. De futures études avec des échantillons plus importants pourraient explorer cette tendance de manière plus rigoureuse.

- Soutien des médecins généralistes à l'autogestion : un écart a été observé entre la présence d'objectifs d'autogestion dans les dossiers des patients et le soutien réel apporté par les médecins généralistes. Cela met en évidence un écart potentiel dans la mise en œuvre des stratégies d'autogestion, qui mérite d'être étudié plus en détail.
- Coordination des soins : les cabinets de soins primaires se déclarent peu préparés à coordonner les soins pour divers besoins : 47,5 % pour les maladies chroniques, 27,1 % pour les troubles mentaux graves et 18,6 % pour les dépendances. La coordination des services sociaux est meilleure, avec 35,6 %, tandis que les services de traduction présentent une lacune importante, avec 15,3 %. Cependant, les cabinets sont mieux préparés pour les soins palliatifs (69,5 %) et les soins de longue durée (61,0 %). Pour combler ces lacunes, il pourrait être utile d'interroger les médecins généralistes et d'explorer des possibilités telles que des études ciblées ou des programmes de formation afin de renforcer leur confiance et leurs connaissances en matière de coordination des soins.
- Difficultés financières et résultats en matière de santé : les difficultés financières étaient associées à des résultats moins bons en matière de santé physique et mentale, y compris chez les personnes éligibles à un remboursement majoré des soins de santé. Si les services de santé répondent dans une certaine mesure aux besoins des patients financièrement vulnérables, des interventions ciblées restent nécessaires pour atténuer les répercussions sanitaires et sociales plus larges de l'insécurité financière.
- Limites de la représentativité des données rapportées par les patients : il est important de noter que tous les résultats de cette étude sont basés uniquement sur les données rapportées par les patients et qu'ils ne sont pas étayés par des résultats cliniques objectifs. Ce recours à des mesures subjectives peut influencer l'interprétation des résultats, ce qui souligne la nécessité de mener des recherches futures intégrant des données cliniques afin de mieux comprendre les soins axés sur le patient.

Implications pour la recherche et les politiques futures

Ces résultats soulignent la nécessité d'adopter une approche nuancée des soins axés sur le patient qui va au-delà des diagnostics médicaux. La santé générale, le bien-être et la santé physique, tels que mesurés par les PROM, se sont avérés étroitement liés à l'expérience des patients (PREM). Cela renforce l'importance d'intégrer le point de vue des patients dans l'évaluation des soins de santé et la prise de décision. Les résultats de l'enquête PaRIS peuvent servir de base à de nouvelles initiatives politiques. Cela permettra l'élaboration de politiques efficaces visant à mettre en place des soins intégrés et axés sur le patient.

Bien que cette étude fournisse des informations précieuses, certaines améliorations devraient être envisagées pour le prochain cycle de recherche (confirmé par l'OCDE). La prise en compte du biais de sélection dans la participation des médecins généralistes et des patients, l'intensification des efforts de traduction afin d'atteindre davantage de populations minoritaires et l'exploration d'autres modes d'enquête afin d'inclure les personnes analphabètes permettront d'améliorer la représentativité des résultats futurs. En outre, la reconnaissance des limites de l'étude actuelle permettra d'affiner les méthodologies et d'améliorer la généralisation des évaluations des soins axés sur le patient en Belgique.

En évaluant ces aspects de manière critique et en mettant en œuvre des stratégies ciblées, les recherches futures pourront mieux éclairer les politiques qui améliorent l'accessibilité, la confiance et la qualité des soins de santé pour tous les patients, indépendamment de leur situation socio-économique ou démographique.

CONCLUSION

Cette étude représente une étape importante en tant que première initiative internationale et nationale visant à évaluer la qualité des soins du point de vue des patients à l'aide des Patient-Reported Experience Measures (PREM) et des Patient-Reported Outcome Measures (PROM) dans le domaine des soins primaires.

En déplaçant l'attention de '*Quel est le problème?*' à '*Qu'est-ce qui compte pour vous?*', cette étude va au-delà de l'évaluation quantitative pour fournir des informations significatives sur la manière dont les patients vivent réellement les soins. Cette approche centrée sur le patient offre des indications précieuses pour améliorer la qualité des soins de santé en fonction de ce qui compte le plus pour les personnes qui reçoivent des soins en Belgique.

REFERENCES

1. OECD. *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD; 2023. doi:10.1787/7a7afb35-en
2. Reig-Garcia G, Cámara-Liebana D, Suñer-Soler R, et al. Assessment of Standardized Care Plans for People with Chronic Diseases in Primary Care Settings. *Nurs Rep*. 2024;14(2):801-815. doi:10.3390/nursrep14020062
3. Cramm JM, Nieboer AP. Relational coordination promotes quality of chronic care delivery in Dutch disease-management programs. *Health Care Manage Rev*. 2012;37(4):301-309. doi:10.1097/HMR.0b013e3182355ea4
4. Jowsey T, Dennis S, Yen L, Mofizul Islam M, Parkinson A, Dawda P. Time to Manage: patient strategies for coping with an absence of care coordination and continuity. *Sociol Health Illn*. 2016;38(6):854-873. doi:10.1111/1467-9566.12404
5. OECD. *Measuring What Matters: The Patient-Reported Indicator Surveys*. OECD Publishing; 2019. doi:10.1787/2148719d-en
6. van Merode T, van de Ven K, van den Akker M. Patients with multimorbidity and their treatment burden in different daily life domains: a qualitative study in primary care in the Netherlands and Belgium. *J Comorb*. 2018;8(1):9-15. doi:10.15256/joc.2018.8.119
7. Martens M, Danhieux K, Van Belle S, et al. Integration or Fragmentation of Health Care? Examining Policies and Politics in a Belgian Case Study. *Int J Health Policy Manag*. 2022;11(9):1668-1681. doi:10.34172/ijhpm.2021.58
8. De Maeseneer J, Galle A. Belgium's Healthcare System: The Way Forward to Address the Challenges of the 21st Century; Comment on "Integration or Fragmentation of Health Care? Examining Policies and Politics in a Belgian Case Study." *International Journal of Health Policy and Management*. 2023;12(Issue 1):1-4. doi:10.34172/ijhpm.2022.7070
9. Jamieson Gilmore K, Corazza I, Coletta L, Allin S. The uses of Patient Reported Experience Measures in health systems: A systematic narrative review. *Health Policy*. 2023;128:1-10. doi:10.1016/j.healthpol.2022.07.008
10. Maertens de Noordhout C, Devos C, Adriaenssens J, Bouckaert N, Ricour C, Gerkens S. Health system performance assessment: care for people living with chronic conditions.
11. Nolte E, Knai C, Saltman R. *Assessing Chronic Disease Management in European Health Systems. Concepts and Approaches*.; 2014.
12. van den Berg M, others. *PaRIS Field Trial Report: Technical Report on the International PaRIS Survey of People Living with Chronic Conditions*. OECD Publishing; 2024. doi:10.1787/e5725c75-en
13. OECD. *Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*. OECD Publishing; 2025. doi:10.1787/c8af05a5-en
14. Groenewegen P, Spreeuwenberg P, Tims R, et al. Data analysis plan of the OECD PaRIS survey: leveraging a multi-level approach to analyse data collected from people living with chronic conditions and their primary care practices in 20 countries. *BMC Research Notes*. 2024;17(1):157. doi:10.1186/s13104-024-06815-7
15. R Core Team. *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing; 2024. <https://www.R-project.org/>

REFERENCES

16. Cella D, Yount S, Rothrock N, et al. The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS): Progress of an NIH Roadmap Cooperative Group During its First Two Years. *Medical Care*. 2007;45(5):S3. doi:10.1097/01.mlr.0000258615.42478.55
17. Hays RD, Bjorner JB, Revicki DA, Spritzer KL, Cella D. Development of physical and mental health summary scores from the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) global items. *Qual Life Res*. 2009;18(7):873-880. doi:10.1007/s11136-009-9496-9
18. Bonsignore M, Barkow K, Jessen F, Heun PDR. Validity of the Five-item WHO Well-Being Index (WHO-5) in an elderly population. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2001;251 Suppl 2:II27-31. doi:10.1007/BF03035123
19. Sugavanam T, Fosh B, Close J, Byng R, Horrell J, Lloyd H. Codesigning a Measure of Person-Centred Coordinated Care to Capture the Experience of the Patient: The Development of the P3CEQ. *Journal of Patient Experience*. 2018;5(3):201-211. doi:10.1177/2374373517748642
20. Lloyd H, Fosh B, Close J, Byng R. Validation of the Person Centred Coordinated Care Experience Questionnaire. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2018;31. doi:10.1093/intqhc/mzy212
21. Parker J, Regan J, Petroski J. Beneficiary Activation in the Medicare Population. *MMRR*. 2014;4(4):E1-E14. doi:10.5600/mmrr.004.04.b02
22. 2017 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults. November 15, 2017. Accessed July 31, 2024. <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2017/nov/2017-commonwealth-fund-international-health-policy-survey-older>
23. Maibach E, Weber D, Massett H, Hancock G, Price S. Understanding Consumers' Health Information Preferences Development and Validation of a Brief Screening Instrument. *Journal of health communication*. 2007;11:717-736. doi:10.1080/10810730600934633
24. OECD. Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS): Belgium. 2025. https://www.oecd.org/en/publications/does-healthcare-deliver-results-from-the-patient-reported-indicator-surveys-paris_748c8b9a-en/belgium_d4ba0ccc-en.html

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 • Porter Novelli schaalgroeping op basis van factoranalyse, Enquête PaRIS, Belgique.....	18
Tableau 2 • Socio-demografische factoren van de respondenten, Enquête PaRIS, Belgique.....	19
Tableau 3 • Wijze van voltooiing (online of op papier) met socio-demografische factoren (kolom %(n)). Ontbrekende waarden werden uitgesloten. Enquête PaRIS, Belgique.....	20
Tableau 4 • PaRIS10-indicatoren maken gebruik van Patient-Reported Outcome Measures (PROM) en Patient-Reported Experience Measures (PREM)	21
Tableau 5 • PaRIS10-indicatoren par chronische aandoening, Enquête PaRIS, Belgique.....	44
Tableau 6 • PaRIS10 PREM gedichotomiseerd par PaRIS10 PROM, Enquête PaRIS, Belgique.....	45
Tableau 7 • PaRIS10 PROM gedichotomiseerd par PaRIS10 PREM, Enquête PaRIS, Belgique.....	46
Tableau 8 • PaRIS10-indicatoren par type zorg ontvangen tijdens hun laatste consult, PaRIS-enquête, Belgique	49
Tableau 9 • PaRIS10 indicatoren par VT/BIM, Enquête PaRIS, Belgique	54
Tableau 10 • Vragenlijst voor zorgverleners samengevoegd met de patiënte enquête en gestratificeerd naar het aantal gerapporteerde chronische aandoeningen (kolom%(n)). Ontbrekende gegevens werden buiten beschouwing gelaten. Enquête PaRIS, Belgique	55
Tableau A1 • Herschaling van standaardisatievariabelen volgens Groenewegen et al., 2024. Enquête PaRIS, Belgique	77

LISTE DES FIGURES

Figure 1 • Pourcentage de répondants déclarant être en (très) bonne ou excellente santé générale (%) par Sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4660)	24
Figure 2 • Pourcentage de répondants déclarant être en (très) bonne ou excellente santé générale (%) par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4660)	24
Figure 3 • Pourcentage de répondants déclarant être en (très) bonne ou excellente santé générale (%) par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4660)	24
Figure 4 • Pourcentage de répondants déclarant être en (très) bonne ou excellente santé générale (%) par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4660)	24
Figure 5 • Score moyen des répondants pour Bien-être par Sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4580)	26
Figure 6 • Score moyen des répondants pour Bien-être par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4580)	26
Figure 7 • Score moyen des répondants pour Bien-être par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4580)	26
Figure 8 • Score moyen des répondants pour Bien-être par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4580)	26
Figure 9 • Score moyen des répondants pour Santé physique par Sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4604)	28
Figure 10 • Score moyen des répondants pour Santé physique par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4604)	28
Figure 11 • Score moyen des répondants pour Santé physique par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4604)	28
Figure 12 • Score moyen des répondants pour Santé physique par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4604)	28
Figure 13 • Score moyen des répondants pour Santé mentale par Sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 3921)	30
Figure 14 • Score moyen des répondants pour Santé mentale par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 3921)	30
Figure 15 • Score moyen des répondants pour Santé mentale par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 3921)	30
Figure 16 • Score moyen des répondants pour Santé mentale par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 3921)	30
Figure 17 • Pourcentage de répondants déclarant avoir une capacité (très) bonne ou excellente dans les activités et rôles sociaux (%) par Sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4634)	32
Figure 18 • Pourcentage de répondants déclarant avoir une capacité (très) bonne ou excellente dans les activités et rôles sociaux (%) par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4634)	32
Figure 19 • Pourcentage de répondants déclarant avoir une capacité (très) bonne ou excellente dans les activités et rôles sociaux (%) par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4634)	32
Figure 20 • Pourcentage de répondants déclarant avoir une capacité (très) bonne ou excellente dans les activités et rôles sociaux (%) par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4634)	32
Figure 21 • Pourcentage de répondants déclarant avoir reçu des soins médicaux (très) bons ou excellents au cours des 12 derniers mois (%) par Sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4442)	34
Figure 22 • Pourcentage de répondants déclarant avoir reçu des soins médicaux (très) bons ou excellents au cours des 12 derniers mois (%) par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4442)	34
Figure 23 • Pourcentage de répondants déclarant avoir reçu des soins médicaux (très) bons ou excellents au cours des 12 derniers mois (%) par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4442)	34

Figure 24 • Pourcentage de répondants déclarant avoir reçu des soins médicaux (très) bons ou excellents au cours des 12 derniers mois (%) par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4442)	34
Figure 25 • Pourcentage de répondants déclarant avoir (très) confiance dans leur capacité à gérer leur propre santé et leur bien-être (%) par Sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4541)	36
Figure 26 • Pourcentage de répondants déclarant avoir (très) confiance dans leur capacité à gérer leur propre santé et leur bien-être (%) par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4541)	36
Figure 27 • Pourcentage de répondants déclarant avoir (très) confiance dans leur capacité à gérer leur propre santé et leur bien-être (%) par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4541)	36
Figure 28 • Pourcentage de répondants déclarant avoir (très) confiance dans leur capacité à gérer leur propre santé et leur bien-être (%) par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4541)	36
Figure 29 • Pourcentage de personnes d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que le système de santé est digne de confiance (%) par Sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4478)	38
Figure 30 • Pourcentage de personnes d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que le système de santé est digne de confiance (%) par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4478)	38
Figure 31 • Pourcentage de personnes d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que le système de santé est digne de confiance (%) par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4478)	38
Figure 32 • Pourcentage de personnes d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que le système de santé est digne de confiance (%) par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4478)	38
Figure 33 • Scores moyens pour la coordination des soins perçue par Sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 2496)	40
Figure 34 • Scores moyens pour la coordination des soins perçue par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 2496)	40
Figure 35 • Scores moyens pour la coordination des soins perçue par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 2496)	40
Figure 36 • Scores moyens pour la coordination des soins perçue par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 2496)	40
Figure 37 • Scores moyens pour le caractère centré sur la personne par Sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 2647)	42
Figure 38 • Scores moyens pour le caractère centré sur la personne par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 2647)	42
Figure 39 • Scores moyens pour le caractère centré sur la personne par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 2647)	42
Figure 40 • Scores moyens pour le caractère centré sur la personne par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 2647)	42
Figure 41 • Scores moyens pour l'indice de littératie en santé à 5 points par Sexe et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4555)	47
Figure 42 • Scores moyens pour l'indice de littératie en santé à 5 points par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4555)	47
Figure 43 • Scores moyens pour l'indice de littératie en santé à 5 points par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4555)	48
Figure 44 • Scores moyens pour l'indice de littératie en santé à 5 points par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques, Enquête PaRIS, Belgique (n = 4555)	48
Figure 45 • Percentage patiënten dat aangaf een zorgplan te hebben par chronische aandoening, Enquête PaRIS, Belgique (n = 3414)	51
Figure 46 • Percentage respondenten met een verschillend aantal chronische aandoeningen en bijhorende praktijk karakteristieken, Enquête PaRIS, Belgique	56
Figure 47 • PaRIS10-sleutelindicatoren voor Belgique, ontleend uit de 'country notes' (n = 4577)²⁴	61
Figure A1 • Pourcentage de répondants déclarant être en (très) bonne ou excellente santé générale (%) par Sexe et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	88

Figure A2 • Pourcentage de répondants déclarant être en (très) bonne ou excellente santé générale (%) par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	88
Figure A3 • Pourcentage de répondants déclarant être en (très) bonne ou excellente santé générale (%) par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	88
Figure A4 • Pourcentage de répondants déclarant être en (très) bonne ou excellente santé générale (%) par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	88
Figure A5 • Score moyen des répondants pour Bien-être par Sexe et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	89
Figure A6 • Score moyen des répondants pour Bien-être par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	89
Figure A7 • Score moyen des répondants pour Bien-être par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	89
Figure A8 • Score moyen des répondants pour Bien-être par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	89
Figure A9 • Score moyen des répondants pour Santé physique par Sexe et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	90
Figure A10 • Score moyen des répondants pour Santé physique par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	90
Figure A11 • Score moyen des répondants pour Santé physique par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	90
Figure A12 • Score moyen des répondants pour Santé physique par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	90
Figure A13 • Score moyen des répondants pour Santé mentale par Sexe et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	91
Figure A14 • Score moyen des répondants pour Santé mentale par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	91
Figure A15 • Score moyen des répondants pour Santé mentale par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	91
Figure A16 • Score moyen des répondants pour Santé mentale par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	91
Figure A17 • Pourcentage de répondants déclarant avoir une capacité (très) bonne ou excellente dans les activités et rôles sociaux (%) par Sexe et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	92
Figure A18 • Pourcentage de répondants déclarant avoir une capacité (très) bonne ou excellente dans les activités et rôles sociaux (%) par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	92
Figure A19 • Pourcentage de répondants déclarant avoir une capacité (très) bonne ou excellente dans les activités et rôles sociaux (%) par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	92
Figure A20 • Pourcentage de répondants déclarant avoir une capacité (très) bonne ou excellente dans les activités et rôles sociaux (%) par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	92
Figure A21 • Pourcentage de répondants déclarant avoir reçu des soins médicaux (très) bons ou excellents au cours des 12 derniers mois (%) par Sexe et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	93
Figure A22 • Pourcentage de répondants déclarant avoir reçu des soins médicaux (très) bons ou excellents au cours des 12 derniers mois (%) par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	93
Figure A23 • Pourcentage de répondants déclarant avoir reçu des soins médicaux (très) bons ou excellents au cours des 12 derniers mois (%) par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	93
Figure A24 • Pourcentage de répondants déclarant avoir reçu des soins médicaux (très) bons ou excellents au cours des 12 derniers mois (%) par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	93
Figure A25 • Pourcentage de répondants déclarant avoir (très) confiance dans leur capacité à gérer leur propre santé et leur bien-être (%) par Sexe et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	94

Figure A26 • Pourcentage de répondants déclarant avoir (très) confiance dans leur capacité à gérer leur propre santé et leur bien-être (%) par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	94
Figure A27 • Pourcentage de répondants déclarant avoir (très) confiance dans leur capacité à gérer leur propre santé et leur bien-être (%) par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	94
Figure A28 • Pourcentage de répondants déclarant avoir (très) confiance dans leur capacité à gérer leur propre santé et leur bien-être (%) par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	94
Figure A29 • Pourcentage de personnes d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que le système de santé est digne de confiance (%) par Sexe et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	95
Figure A30 • Pourcentage de personnes d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que le système de santé est digne de confiance (%) par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	95
Figure A31 • Pourcentage de personnes d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que le système de santé est digne de confiance (%) par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	95
Figure A32 • Pourcentage de personnes d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que le système de santé est digne de confiance (%) par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	95
Figure A33 • Scores moyens pour la coordination des soins perçue par Sexe et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	96
Figure A34 • Scores moyens pour la coordination des soins perçue par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	96
Figure A35 • Scores moyens pour la coordination des soins perçue par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	96
Figure A36 • Scores moyens pour la coordination des soins perçue par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	96
Figure A37 • Scores moyens pour le caractère centré sur la personne par Sexe et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	97
Figure A38 • Scores moyens pour le caractère centré sur la personne par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	97
Figure A39 • Scores moyens pour le caractère centré sur la personne par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	97
Figure A40 • Scores moyens pour le caractère centré sur la personne par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique	97

ADDENDUM

A1. Recalcul des variables de standardisation

Tableau A1 • Recalcul des variables de standardisation selon Groenewegen et al., 2024. Enquête PaRIS, Belgique

HOMME	FEMME	45-54	55-64	65-74	75+	MALE_std	FEMALE_std	age_std1	age_std2	age_std3	age_std4
1	0	1	0	0	0	0.522	-0.522	0.717	-0.289	-0.226	-0.202
1	0	0	1	0	0	0.522	-0.522	-0.283	0.711	-0.226	-0.202
1	0	0	0	1	0	0.522	-0.522	-0.283	-0.289	0.774	-0.202
1	0	0	0	0	1	0.522	-0.522	-0.283	-0.289	-0.226	0.798
0	1	1	0	0	0	-0.478	0.478	0.717	-0.289	-0.226	-0.202
0	1	0	1	0	0	-0.478	0.478	-0.283	0.711	-0.226	-0.202
0	1	0	0	1	0	-0.478	0.478	-0.283	-0.289	0.774	-0.202
0	1	0	0	0	1	-0.478	0.478	-0.283	-0.289	-0.226	0.798

A2. Données parallèles de l'enquête

Au total, 4 687 réponses à l'enquête auprès des patients ont été recueillies. Parmi les questionnaires reçus, 2 799 (59,7 %) ont été remplis en ligne et 1 888 (40,3 %) sur papier. Il convient de noter que sur les 1 888 formulaires papier, 110 n'ont pas été envoyés à l'OCDE pour son rapport phare car ils ont été reçus après la date limite de soumission ; ces 110 formulaires sont toutefois toujours inclus dans nos totaux/données. Au total, 3 197 répondants ont utilisé la version néerlandaise du questionnaire, 1 462 la version française et un nombre limité d'autres langues, dont l'anglais (19), l'italien (4), l'arabe (3), le turc (1) et l'espagnol (1).

Le temps moyen nécessaire aux patients pour remplir le questionnaire en ligne était de 26,9 minutes. Aucune donnée n'était disponible pour les questionnaires papier. L'analyse par cabinet médical a révélé que le temps moyen nécessaire pour remplir le questionnaire variait entre 21,3 minutes et 43,6 minutes. Par sexe, le temps moyen était de 27,7 minutes pour les femmes et de 27,4 minutes pour les hommes. Les temps de remplissage par catégorie d'âge étaient les suivants : 25,4 minutes pour les 45-54 ans, 26,3 minutes pour les 55-64 ans, 27,4 minutes pour les 65-74 ans et 32,1 minutes pour les plus de 75 ans. Par niveau d'instruction, les temps étaient de 32,2 minutes pour les répondants sans niveau d'enseignement, avec un niveau d'enseignement de base ou un niveau d'enseignement secondaire inférieur ; 28,5 minutes pour les répondants ayant un niveau d'enseignement secondaire supérieur ; et 25,6 minutes pour les répondants ayant un niveau d'enseignement supérieur. Enfin, le temps de réponse par niveau de revenu était de 31,4 minutes pour les répondants à faible revenu, de 28,0 minutes pour les patients à revenu moyen et de 25,9 minutes pour les répondants à revenu élevé. Il convient de noter que ces données sont sujettes à un biais, car seules les enquêtes remplies en ligne ont été prises en compte et étaient disponibles.

Dans 88,9 % des cas, la personne invitée a rempli elle-même le questionnaire. En outre, 2,5 % ont été remplis par un ami ou un membre de la famille au nom de la personne invitée, 2,9 % ont été remplis conjointement et 0,9 % avec l'aide d'un prestataire de soins ou d'un professionnel de santé. Dans 4,9 % des cas, aucune information n'a été fournie sur la personne qui a rempli le questionnaire.

A3. Rapport du médecin généraliste

Vous trouverez à la page suivante un exemple du rapport du médecin généraliste qui a été envoyé individuellement à chaque médecin généraliste participant. Chaque médecin généraliste a reçu un rapport personnalisé. Cet exemple est fictif et combine les données de cinq cabinets médicaux afin de garantir l'anonymat. Il comprend la page de couverture et le contenu principal, mais pas la dernière page.

L'exemple est en néerlandais. Le rapport contient des informations démographiques sur les patients participants, ainsi que des informations sur leur mode de vie et leurs comportements en matière de santé. Il contient également des mesures de résultats rapportées par les patients (PROM) et des mesures d'expérience rapportées par les patients (PREM)

RAPPORT PARIS

Rapport van de geaggregeerde en geanonimiseerde resultaten van uw patiënten

D. ANNAERT¹ • R. EKELSON¹ • A. VAN VYVE¹ • R. DE SCHREYE¹

¹ Sciensano, Gezondheidszorgonderzoek, Brussel

April 2024 • Brussel • Belgique

**VOORBEELD RAPPORT: data van vijf willekeurige
huisartsenpraktijken gecombineerd**

Nogmaals van harte bedankt voor uw deelname aan PaRIS

Een project van:



Onze partners:



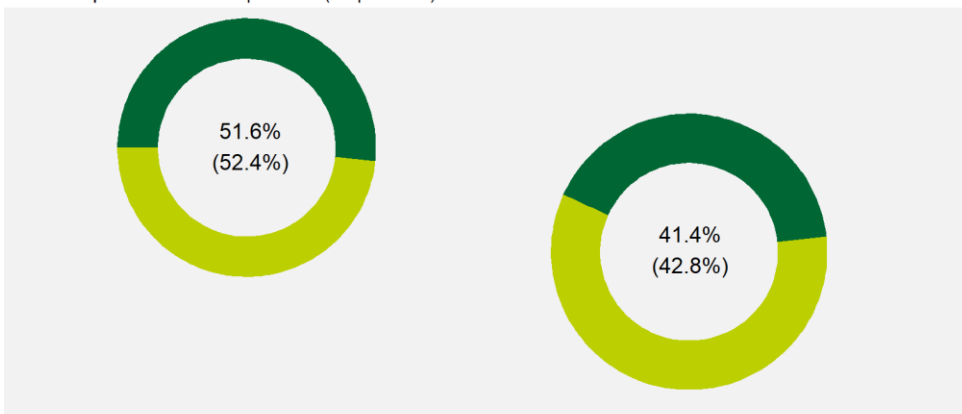
Ipsos MORI



DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

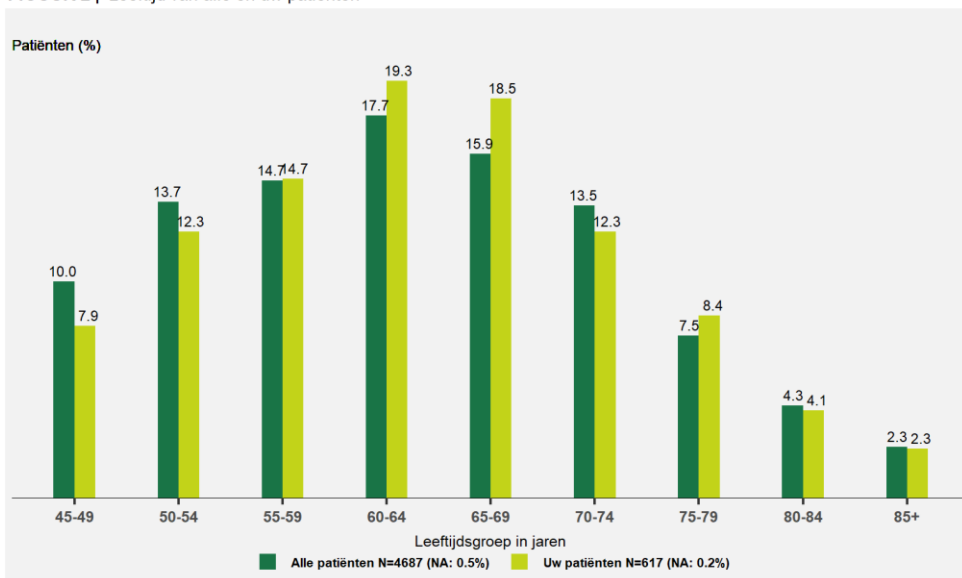
Demografie van de deelnemende patiënten aan PaRIS in uw praktijk en in België wordt weergegeven in de bijgevoegde figuren. Geslacht en leeftijd worden beschreven in de eerste twee figuren, terwijl de derde figuur het aantal chronische aandoeningen per patiënt weergeeft. 80% van de deelnemende patiënten rapporteerde dat ze minstens één chronische aandoening hadden. 48% meldde dat ze meer dan één chronische aandoening hadden.

FIGUUR 1 | Geslacht van alle patiënten (uw patiënten)

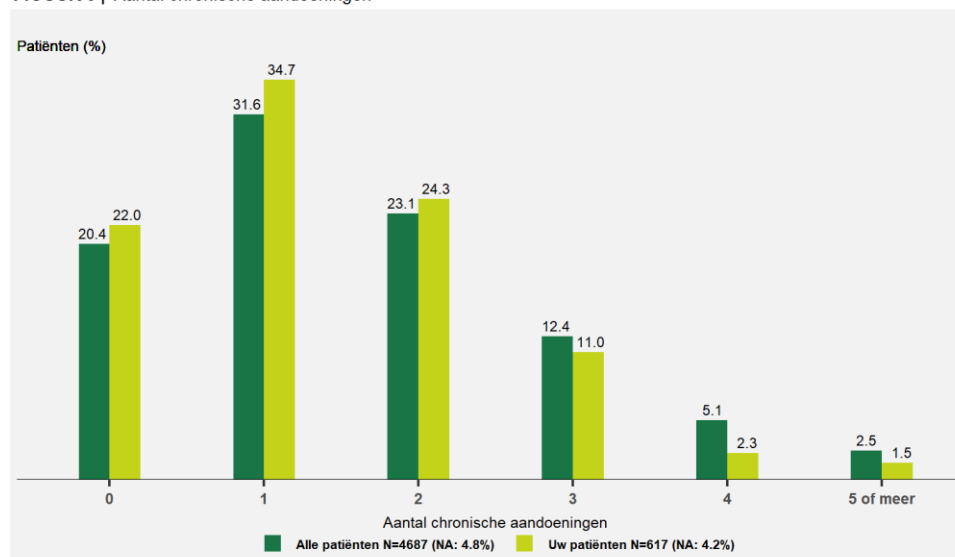


Alle patiënten: 0.8% duiden anders aan of zeggen liever niet wat hun geslacht is en 6.2% waren NA.
Uw patiënten: 1% duiden anders aan of zeggen liever niet wat hun geslacht is en 3.9% waren NA.

FIGUUR 2 | Leeftijd van alle en uw patiënten

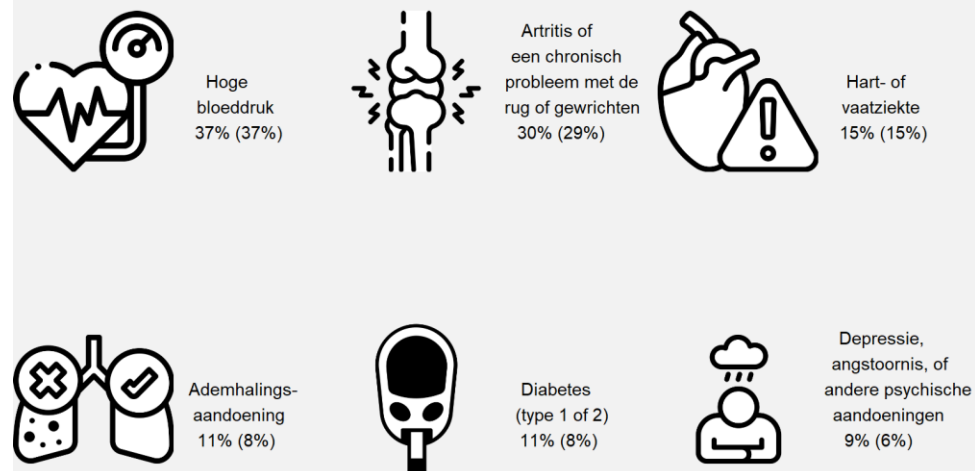


FIGUUR 3 | Aantal chronische aandoeningen



Meest gerapporteerde chronische aandoeningen - nationale data

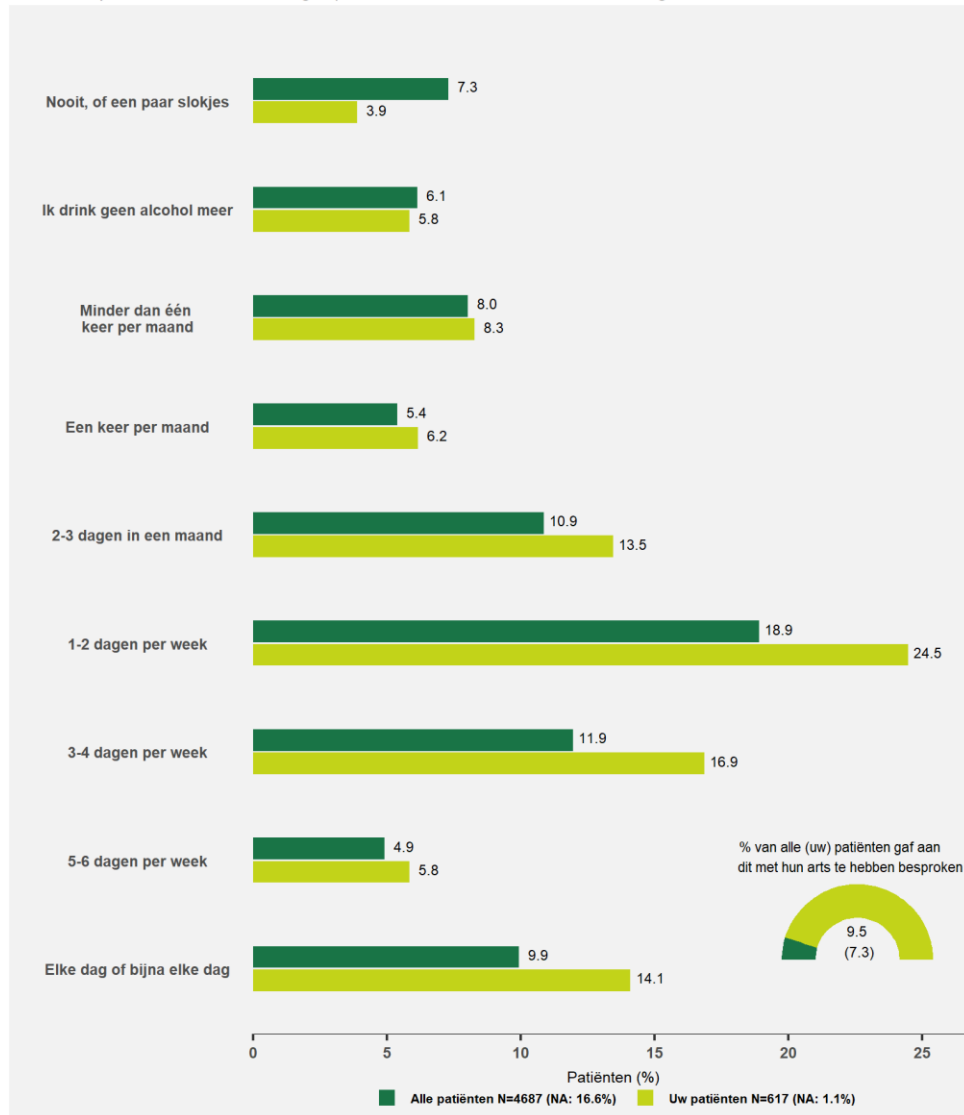
Alle patiënten (uw patiënten)



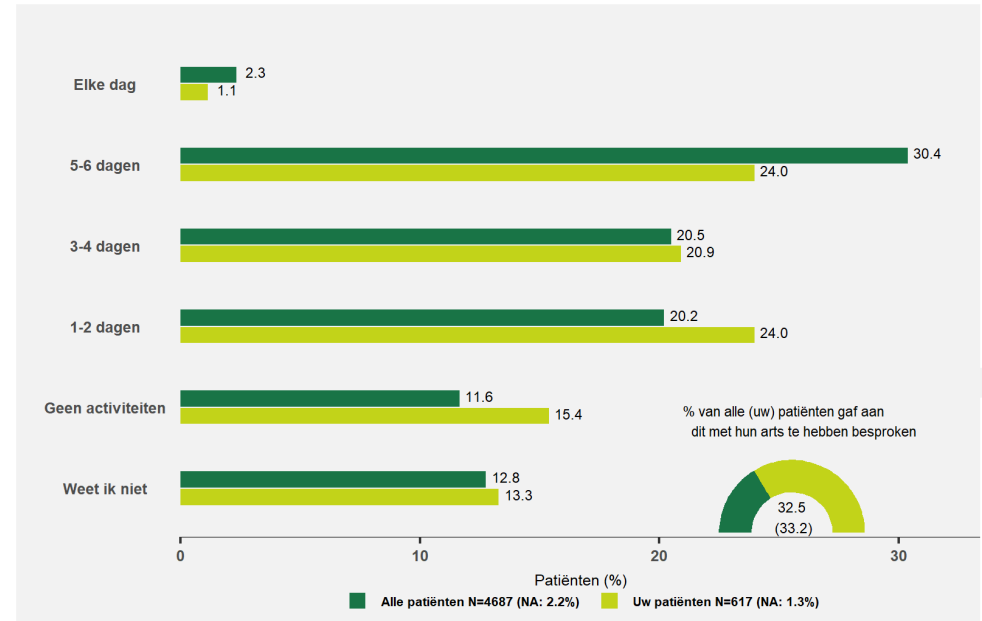
GEZONDHEIDSGEDRAG EN LEVENSTIJL

De levensstijl en het gezondheidsgedrag van mensen hebben een significante invloed op hun gezondheidstoestand. Onderstaande figuren tonen het belangrijkste gezondheidsgedrag van uw patiënten (lichaamsbeweging, alcohol- en tabaksgebruik) en het ontvangen preventieadvies, zoals gerapporteerd door de deelnemers.

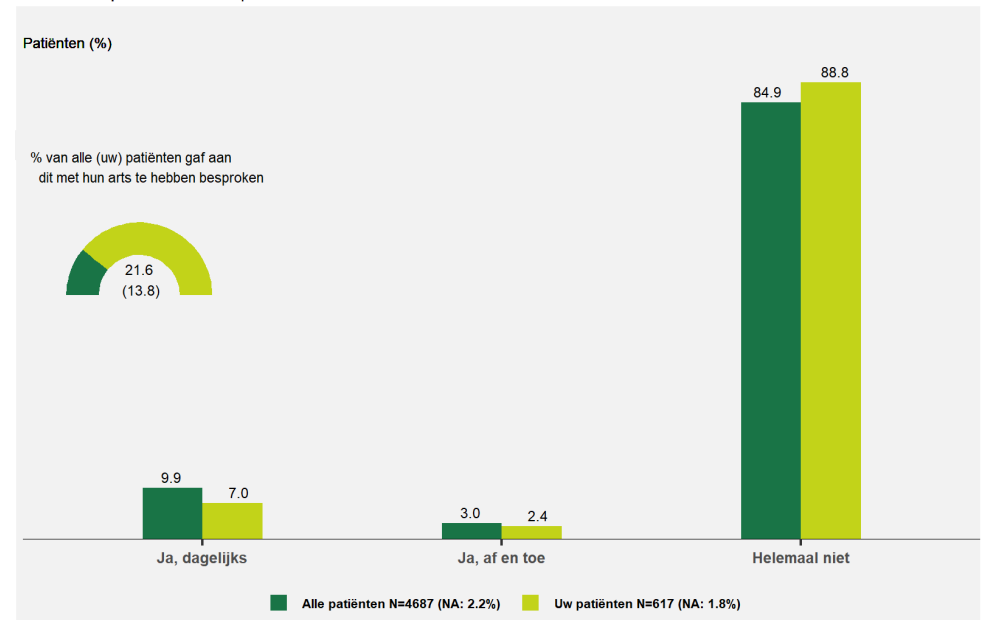
FIGUUR 4 | Hoe vaak hebt u in de afgelopen 12 maanden een alcoholische drank gedronken?



FIGUUR 5 | Hoeveel dagen hebt u vorige week minstens 30 minuten aan intensieve of matige activiteit gedaan?



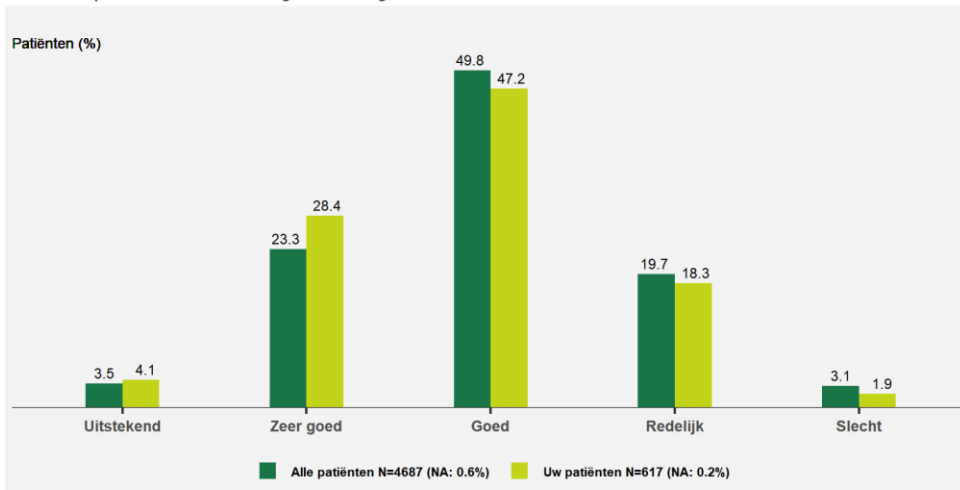
FIGUUR 6 | Rookt u tabaksproducten?



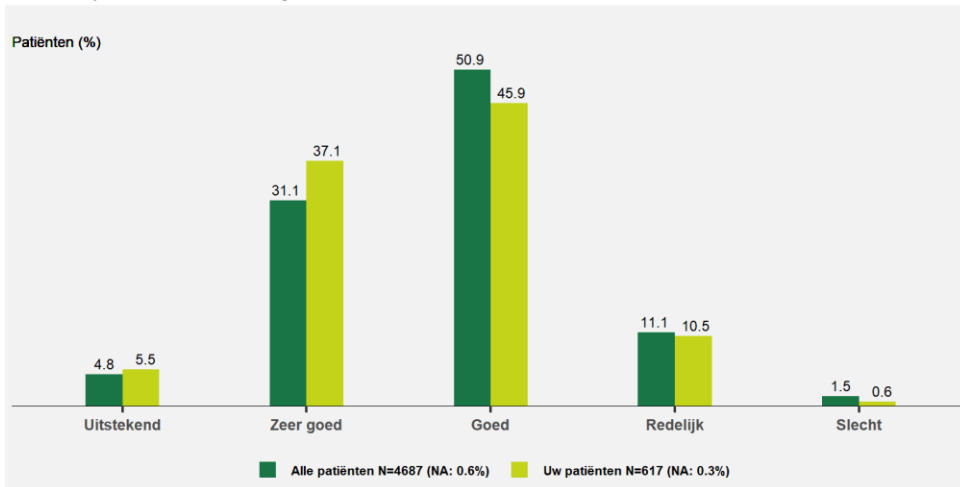
PROMs

PROMs (Patient Reported Outcomes Measurement) zijn meetinstrumenten die de persoonlijke beoordelingen van patiënten vastleggen met betrekking tot de impact van ziekte of zorg op hun algehele gezondheid en welzijn. Dit omvat aspecten zoals levenskwaliteit, symptomen en het vermogen om dagelijkse taken uit te voeren. De resultaten van PROMs worden beschouwd als veranderingen in de gezondheidstoestand, kennis of gedrag die direct kunnen worden toegeschreven aan eerdere gezondheidszorg. De figuren die volgen tonen de beoordeling van de algehele gezondheid en het welzijn door uw patiënten, samen met die van de volledige groep deelnemers in België.

FIGUUR 7 | Hoe vindt u over het algemeen uw gezondheid?



FIGUUR 8 | Hoe vindt u over het algemeen uw kwaliteit van leven?



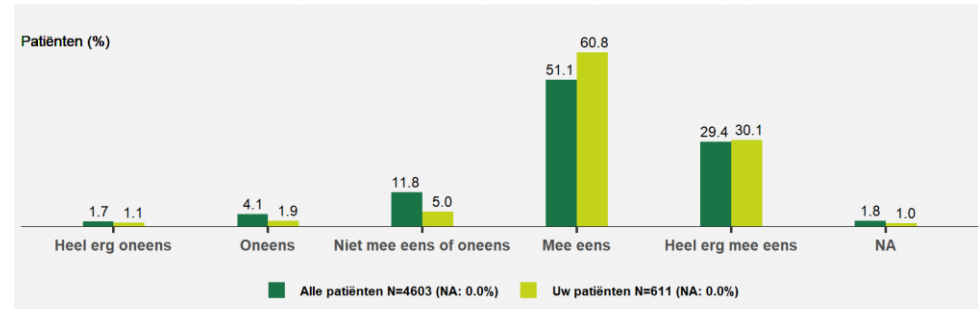
PREMs

PREMs (Patient Reported Experience Measurement) worden ingezet om de ervaring van patiënten tijdens het ontvangen van zorg vast te leggen. Het doel is om het effect van het zorgproces op de beleving van de patiënt te onderzoeken, in plaats van de uitkomsten van de zorg zelf. Bij het meten van PREMs is het van belang om, zoals bij PROMs, rekening te houden met het feit dat de antwoorden van patiënten worden beïnvloed door hun verwachtingen, voorkeuren, persoonlijkheid en eerdere ervaringen. De PREMs die besproken worden, worden opgedeeld in volgende categorieën: communicatie, patiëntgerichte zorg, gedeelde besluitvorming, gezondheidgeletterheid, patiënttevredenheid, en doelgerichte zorg. Deze categorieën zijn vaak van toepassing op meerdere vragen.

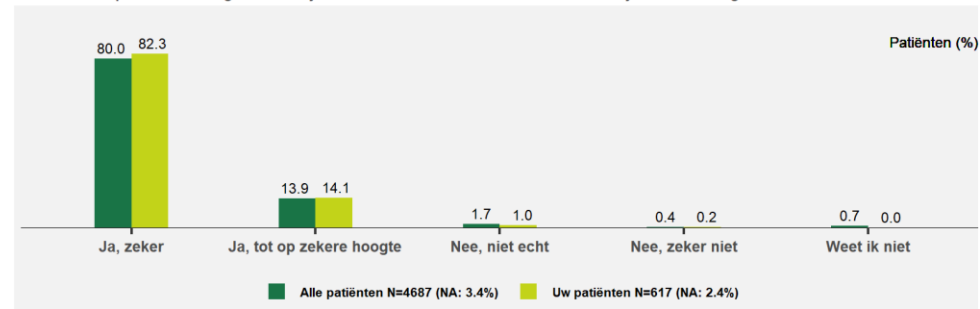
COMMUNICATIE



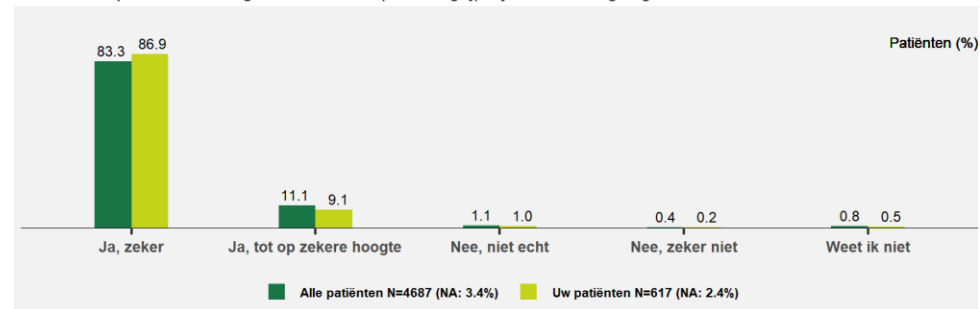
FIGUUR 9 | Ik vertrouw erop dat zorgverleners me alle nodige informatie geven om aan mijn gezondheid te werken.



FIGUUR 10 | Heeft de zorgverlener tijdens uw laatste consultatie voldoende tijd met u doorgebracht?



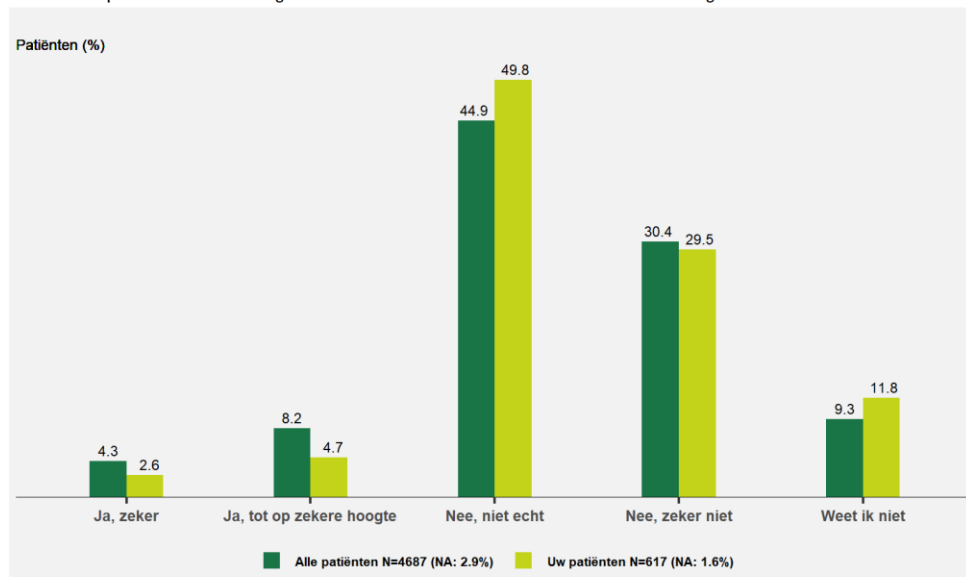
FIGUUR 11 | Heeft deze zorgverlener zaken op een begrijpelijke manier uitgelegd?



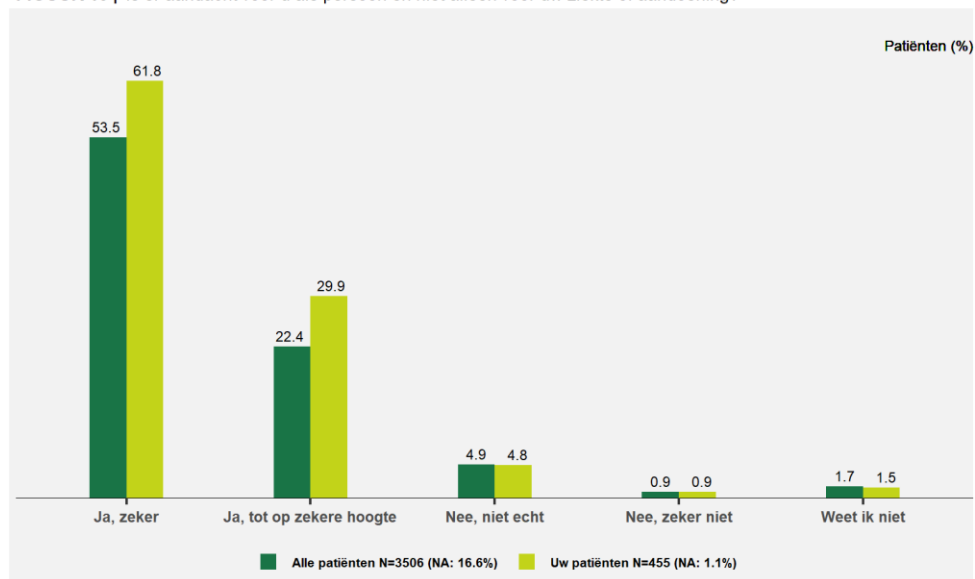
PATIËNTGERICHTE ZORG



FIGUUR 12 | Is het wel eens voorgekomen dat u informatie moest herhalen die in uw zorgdossier had moeten staan?



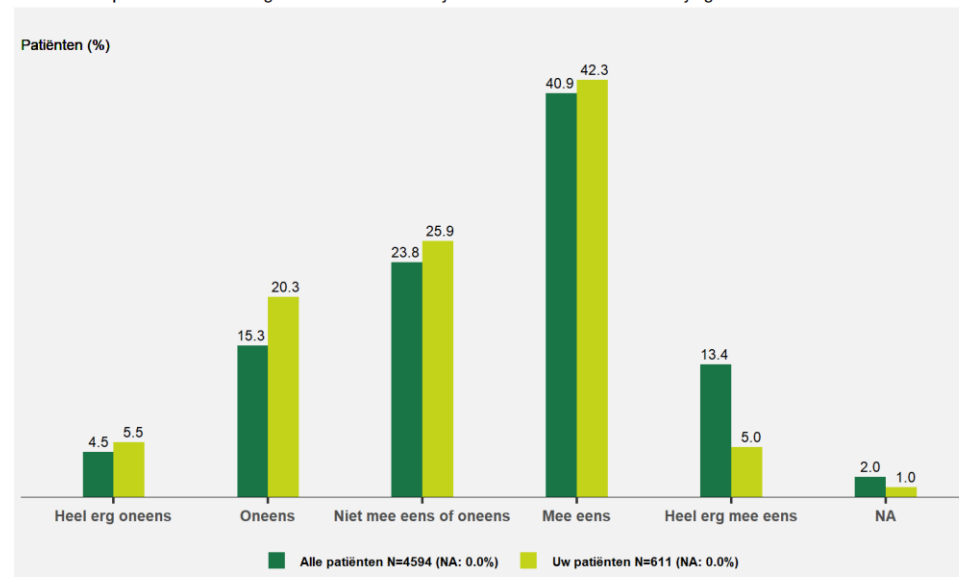
FIGUUR 13 | Is er aandacht voor u als persoon en niet alleen voor uw ziekte of aandoening?



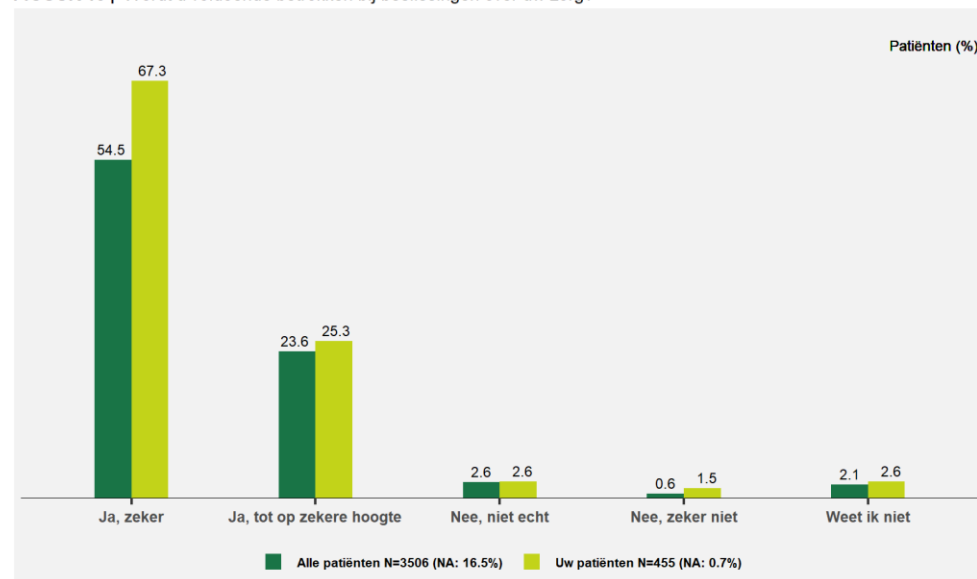
GEDEELDE BESLUITVORMING



FIGUUR 14 | Ik laat het aan zorgverleners over om de juiste keuzes te maken over mijn gezondheid.



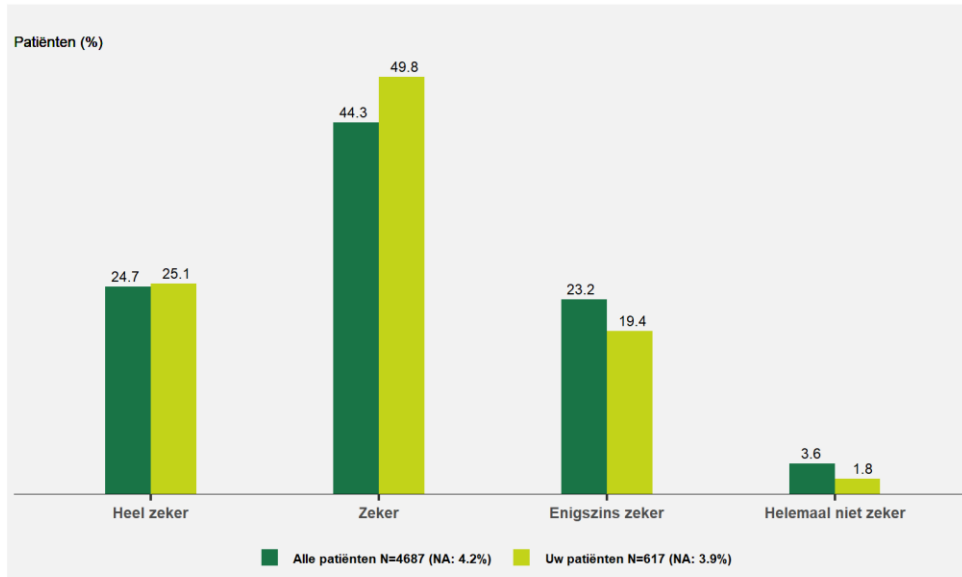
FIGUUR 15 | Wordt u voldoende betrokken bij beslissingen over uw zorg?



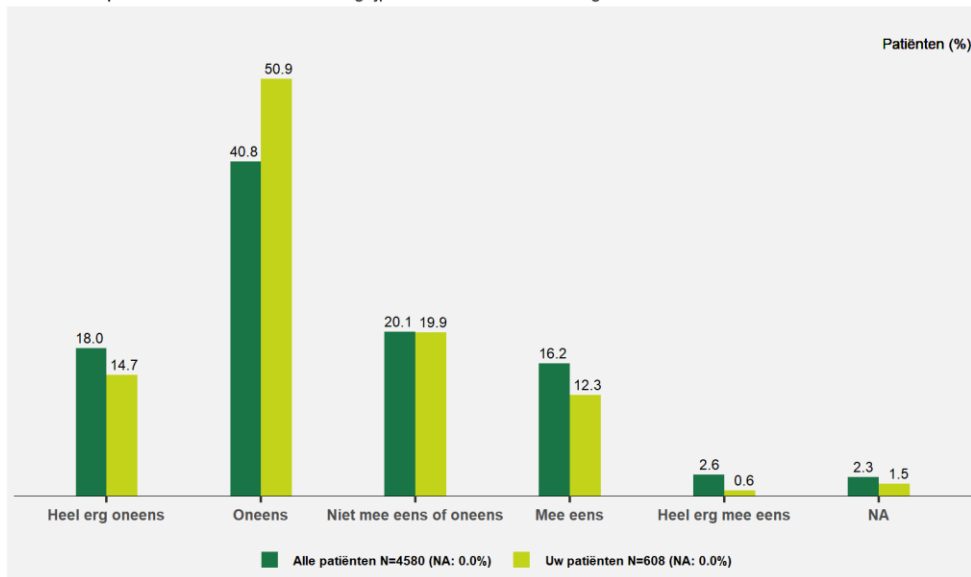
GEZONDHEIDGELETERDHEID



FIGUUR 16 | Hoe zeker bent u ervan dat u de instructies kunt volgen over hoe u thuis voor uzelf moet zorgen?



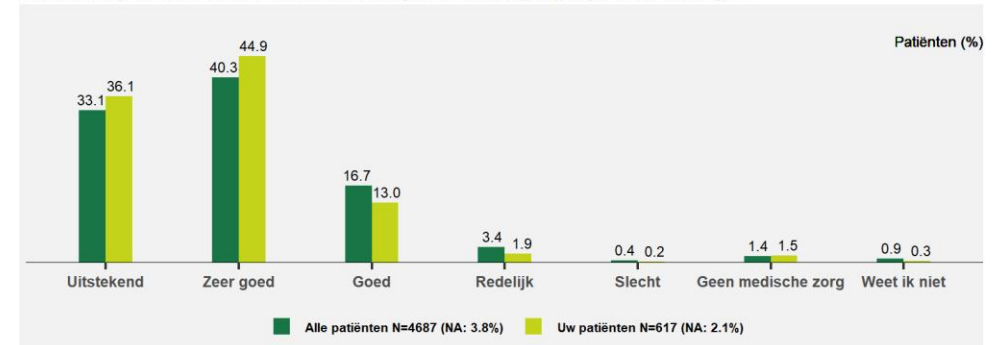
FIGUUR 17 | Ik heb vaak moeite met het begrijpen van de informatie over gezondheid die ik lees.



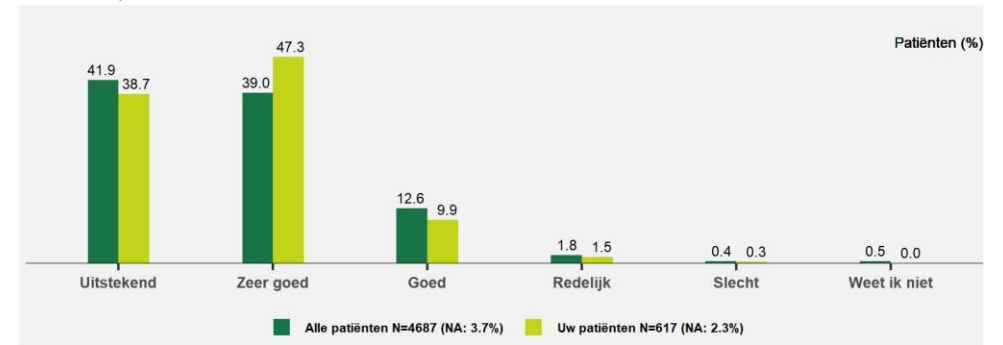
PATIËNTTEVREDENHEID



FIGUUR 18 | Hoe beoordeelt u de medische zorg die u in het afgelopen jaar hebt ontvangen?



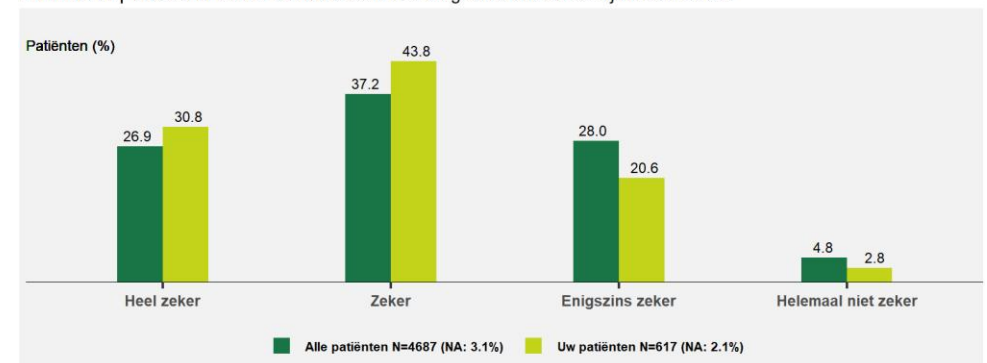
FIGUUR 19 | Hoe zou u de kwaliteit van uw laatste consultatie beoordelen?



DOELGERICHTE ZORG



FIGUUR 20 | Hoe zeker bent u ervan dat uzelf aan uw gezondheid en welzijn kunt werken?



A4. Indicateurs PaRIS10

Santé générale est basé sur la question: *“Diriez-vous que votre état de santé général est excellent, très bon, bon, passable ou mauvais?”*. Le pourcentage de patients ayant déclaré une santé générale ‘bonne’, ‘très bonne’ ou ‘excellente’ (par rapport à ‘passable’ ou ‘mauvaise’) a été calculé. Parmi les répondants souffrant d’au moins une maladie chronique, ce pourcentage était de 70,5 % (IC à 95 % : 65,0 % - 75,6 %). Par affection chronique, les pourcentages étaient de 95,8 % (IC à 95 % : 93,8 % - 97,2 %) pour les personnes sans affection chronique, 81,5 % (IC à 95 % : 76,9 % - 85,4 %) pour les personnes atteintes d’une seule affection chronique et de 55,4 % (IC à 95 % : 48,7 % - 62,0 %) pour les personnes atteintes de deux affections chroniques ou plus.

L’indice de **bien-être WHO-5** varie de 0 à 100, un score élevé indiquant un meilleur bien-être. Un score inférieur à 50 est souvent utilisé comme seuil de risque de dépression clinique. Un score de 60 ou plus indique que la personne s’est sentie positive plus de la moitié du temps. Parmi les répondants atteints d’au moins une maladie chronique, le score moyen était de 58,7 (IC à 95 % : 56,4 - 61,0). Par affection chronique, le score moyen était de 67,9 (IC à 95 % : 65,7 - 70,1) pour les patients sans affection chronique, 63,6 (IC à 95 % : 61,4 - 65,9) pour ceux qui en avaient une et 52,0 (IC à 95 % : 49,6 - 54,3) pour ceux qui en avaient deux ou plus.

L’indicateur **santé physique**, une mesure T-score, utilise une moyenne de 50 et un écart-type de 10, basés sur la population de référence PROMIS. Il varie entre 16,2 et 67,7. Un score de 42 ou plus est considéré comme une bonne santé physique. Parmi les répondants souffrant d’au moins une affection chronique, le score moyen pour la santé physique était de 44,6 (IC à 95 % : 43,8 - 45,5). Par affection chronique, le score moyen était de 51,0 (IC à 95 % : 50,1 - 51,8) pour les patients sans affection chronique, de 47,0 (IC à 95 % : 46,2 - 47,9) pour les patients atteints d’une affection chronique et de 41,4 (IC à 95 % : 40,4 - 42,3) pour les patients atteints de deux maladies chroniques ou plus.

L’indicateur **santé mentale**, également une mesure T-score, utilise une moyenne de 50 et un écart-type de 10. Il varie de 21,2 à 67,6. Un score de 40 ou plus est considéré comme une bonne santé mentale. Parmi les répondants souffrant d’au moins une affection chronique, le score moyen de santé mentale était de 45,9 (IC à 95 % : 45,1 - 46,8). Par affection chronique, le score moyen était de 49,2 (IC à 95 % : 48,4 - 50,0) pour les patients sans affection(s) chronique(s), de 47,4 (IC à 95 % : 46,6 - 48,2) pour les patients atteints d’une affection chronique et de 43,8 (IC à 95 % : 43,0 - 44,7) pour les patients atteints de deux maladies chroniques ou plus.

Le fonctionnement social est basé sur la question suivante: *“Indiquez de manière générale dans quelle mesure vous menez à bien vos activités et rôles sociaux habituels.”* Le pourcentage de patients ayant déclaré un fonctionnement social ‘bon’, ‘très bon’ ou ‘excellent’ a été calculé. Parmi les répondants souffrant d’au moins une maladie chronique, 74,9 % (IC à 95 % : 68,5 % - 80,5 %) ont déclaré un bon fonctionnement social. Par affection chronique, les pourcentages étaient de 94,8 % (IC à 95 % : 92,5 % - 96,5 %) pour les personnes sans affection chronique, 90,1 % (IC à 95 % : 86,6 % - 92,8 %) pour celles qui avaient une affection chronique et 74,9 % (IC à 95 % : 68,5 % - 80,5 %) pour celles qui avaient deux affections chroniques ou plus.

La **qualité perçue des soins médicaux** repose sur la question suivante: *“Si vous considérez tous les aspects des soins que vous avez reçus, comment évaluez-vous globalement les soins médicaux que vous avez reçus au cours des 12 derniers mois dans votre centre de soins de première ligne?”*. Le pourcentage de patients ayant déclaré avoir eu une expérience ‘bonne’, ‘très bonne’ ou ‘excellente’ de la qualité des soins médicaux au cours des 12 derniers mois (par opposition à ‘passable’, ‘mauvaise’ ou ‘je ne sais pas’) a été calculé. Parmi tous les répondants souffrant d’au moins une maladie chronique, le pourcentage de ceux qui ont déclaré avoir eu une bonne expérience des soins médicaux était de 94,4 % (IC à 95 % : 90,9 % - 96,6 %). Par affection chronique, les pourcentages étaient de 95,9 % (IC à 95 % : 93,3 % - 97,6 %) pour les personnes sans affection chronique, 95,3 % (IC à 95 % : 92,3 % -

97,2 %) pour les personnes souffrant d'une affection chronique et de 93,2 % (IC à 95 % : 89,1 % – 95,9 %) pour les personnes souffrant de deux affections chroniques ou plus.

La confiance dans l'autogestion est basée sur la question: *“Dans quelle mesure êtes-vous sûr de pouvoir gérer votre propre santé et votre bien-être?”*. Le pourcentage de patients ayant répondu ‘sûr’ ou ‘très sûr’ (par opposition à ‘plutôt sûr’ ou ‘pas sûr du tout’) a été calculé. Parmi tous les répondants souffrant d'au moins une maladie chronique, 61,1 % (IC à 95 % : 54,7 % - 67,3 %) ont déclaré avoir confiance dans leur capacité à gérer leur propre santé. Par affection chronique, les pourcentages étaient de 71,1 % (IC à 95 % : 65,5 % - 76,2 %) pour les personnes sans affection chronique, 64,5 % (IC à 95 % : 58,3 % – 70,4 %) pour celles qui en avaient une et de 56,5 % (IC à 95 % : 49,8 % – 63,0 %) pour celles qui en avaient deux ou plus.

La confiance dans le système de soins de santé repose sur la question suivante : *“Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec l'affirmation selon laquelle le système de santé est fiable?”*. Le pourcentage de patients qui étaient « d'accord » ou « tout à fait d'accord » (par rapport à ceux qui étaient « ni d'accord ni en désaccord », « en désaccord » ou « tout à fait en désaccord ») a été calculé. Parmi tous les répondants, 67,0 % (IC à 95 % : 61,7 % - 71,9 %) étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec l'affirmation selon laquelle le système de santé est fiable. Par affection chronique, les pourcentages étaient de 69,7 % (IC à 95 % : 65,0 % - 74,1 %) pour les personnes sans affection chronique, 68,7 % (IC à 95 % : 63,7 % – 73,4 %) pour celles qui souffraient d'une affection chronique et 64,5 % (IC à 95 % : 59,0 % – 69,7 %) pour celles qui souffraient de deux affections chroniques ou plus.

L'indicateur de **coordination des soins**, tel que décrit précédemment dans la méthodologie, varie de 0 à 15. Les scores élevés indiquent une meilleure coordination des soins. Un score de 7,5 ou plus correspond à une réponse moyenne de 50 % ou plus aux cinq questions de l'échelle, tandis qu'un score de 10 ou plus correspond à une réponse moyenne de 66,6 % ou plus. Aucune donnée n'a été demandée pour les personnes ne souffrant d'aucune affection chronique. Parmi les répondants souffrant d'au moins une affection chronique, le score moyen était de 8,8 (IC à 95 % : 8,2 – 9,3). Par affection chronique, le score moyen était de 8,6 (IC à 95 % : 8,0 – 9,1) pour les personnes souffrant d'une seule affection chronique et de 9,1 (IC à 95 % : 8,5 – 9,6) pour les personnes souffrant de deux affections chroniques ou plus.

L'indicateur **soins axés sur la personne**, tel que décrit précédemment dans la méthodologie, varie de 0 à 24. Un score plus élevé indique une meilleure orientation vers la personne, c'est-à-dire que les personnes ont perçu les soins comme étant très axés sur la personne. Un score de 12, ce qui correspond à une réponse moyenne d'au moins 50 % aux huit questions, et un score de 16, ce qui correspond à une moyenne de 66,6 %. Aucune donnée n'a été demandée pour les personnes sans maladie chronique. Parmi les répondants souffrant d'au moins une maladie chronique, le score moyen était de 17,7 (IC à 95 % : 17,1 – 18,2). Par affection chronique, le score moyen était de 17,8 (IC à 95 % : 17,3 – 18,4) pour les personnes souffrant d'une affection chronique et de 17,5 (IC à 95 % : 16,9 – 18,0) pour les personnes souffrant de deux affections chroniques ou plus.

Figure A1 • Pourcentage de répondants déclarant être en (très) bonne ou excellente santé générale (%) par sexe et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

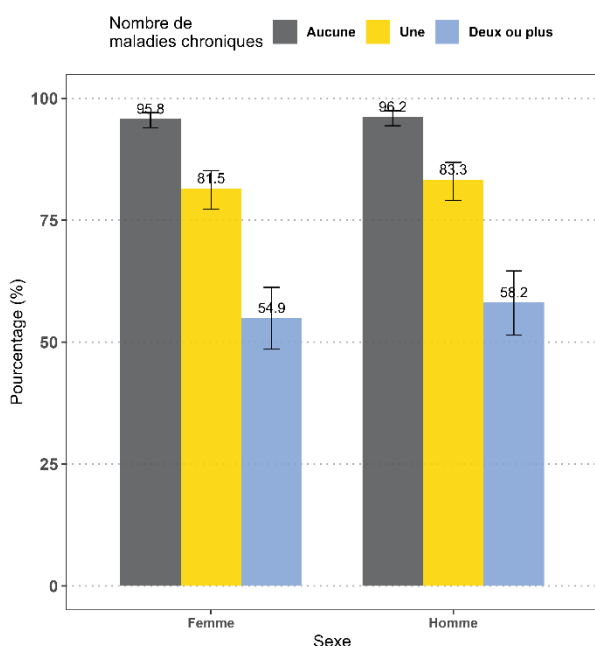


Figure A2 • Pourcentage de répondants déclarant être en (très) bonne ou excellente santé générale (%) par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

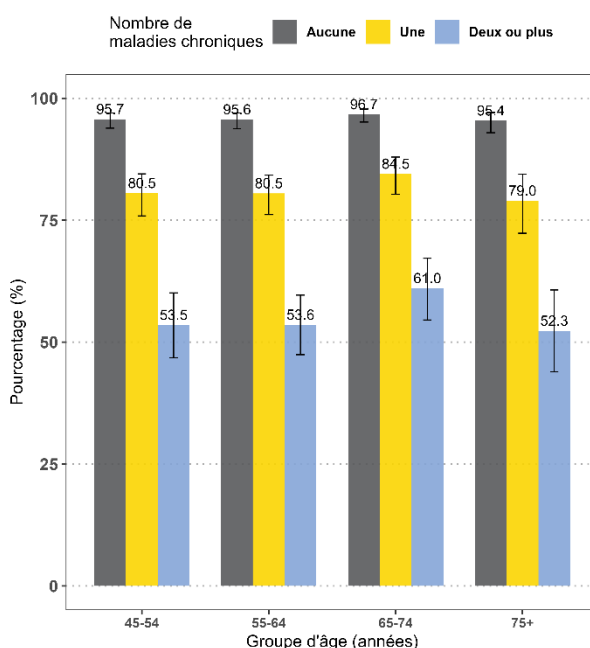


Figure A3 • Pourcentage de répondants déclarant être en (très) bonne ou excellente santé générale (%) par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

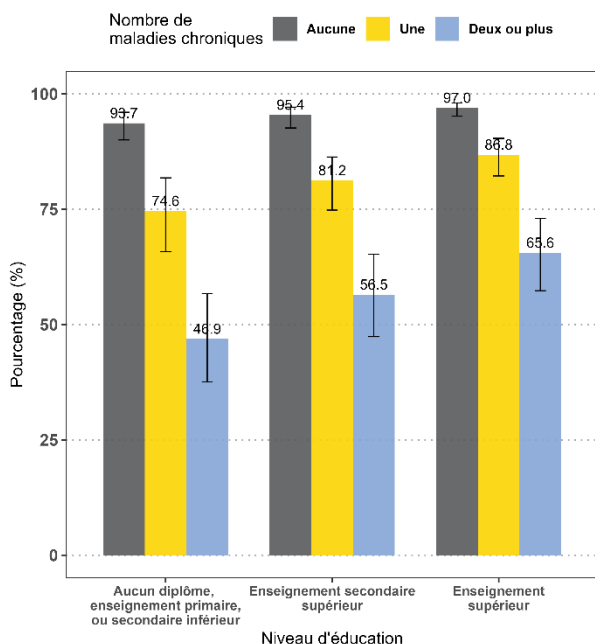
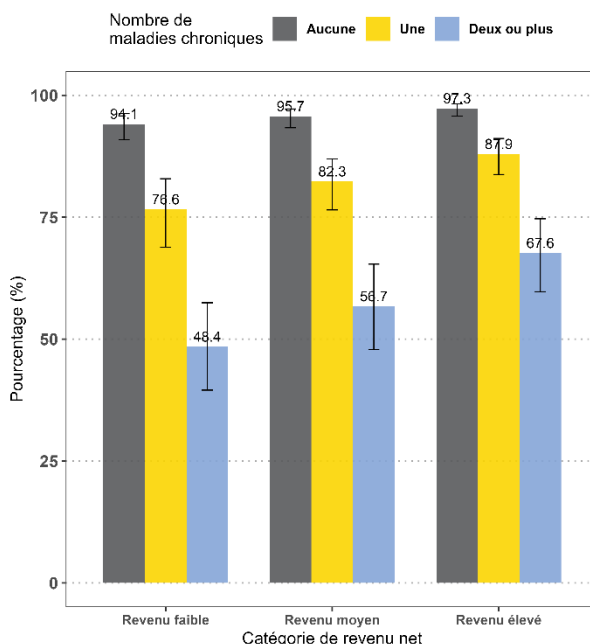


Figure A4 • Pourcentage de répondants déclarant être en (très) bonne ou excellente santé générale (%) par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique



Remarque : toutes les comparaisons ont pris en compte l'âge et le sexe. Les comparaisons en matière d'enseignement ont pris en compte le revenu et vice versa.

Figure A5 • Score moyen des répondants pour bien-être par sexe et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

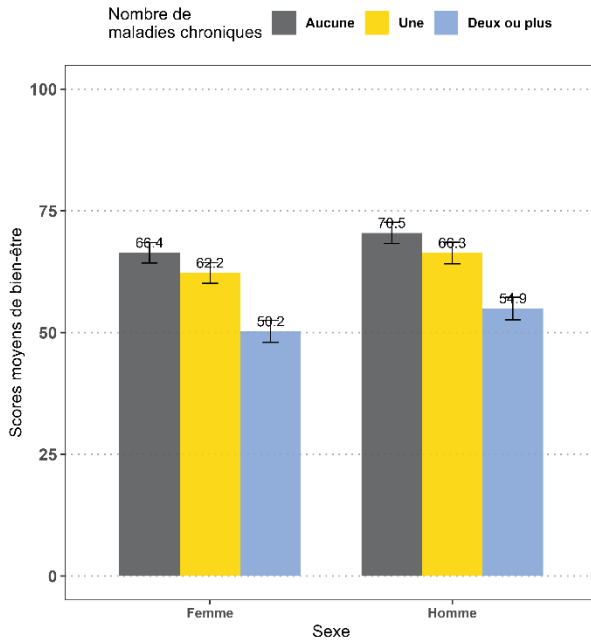


Figure A6 • Score moyen des répondants pour bien-être par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

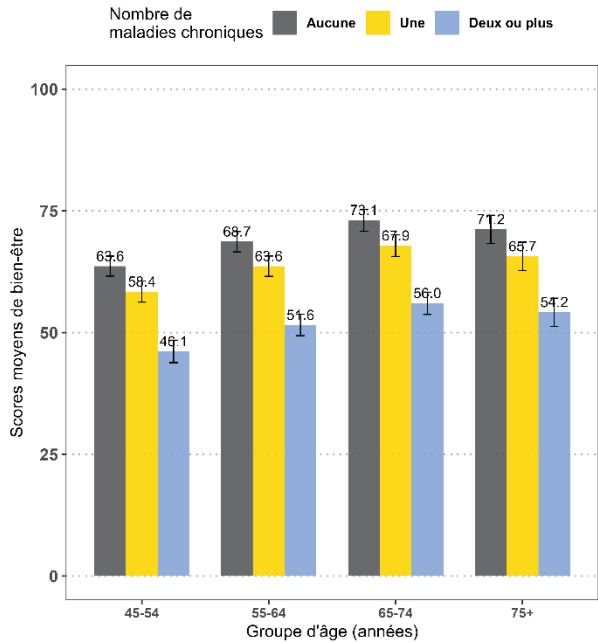


Figure A7 • Score moyen des répondants pour bien-être par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

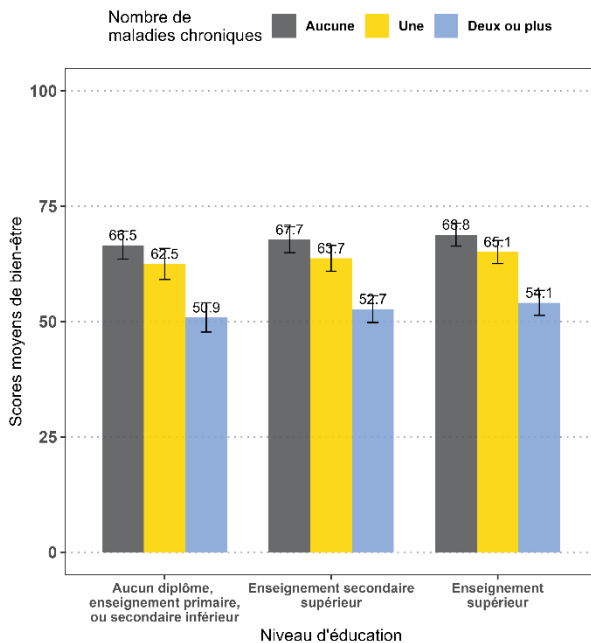
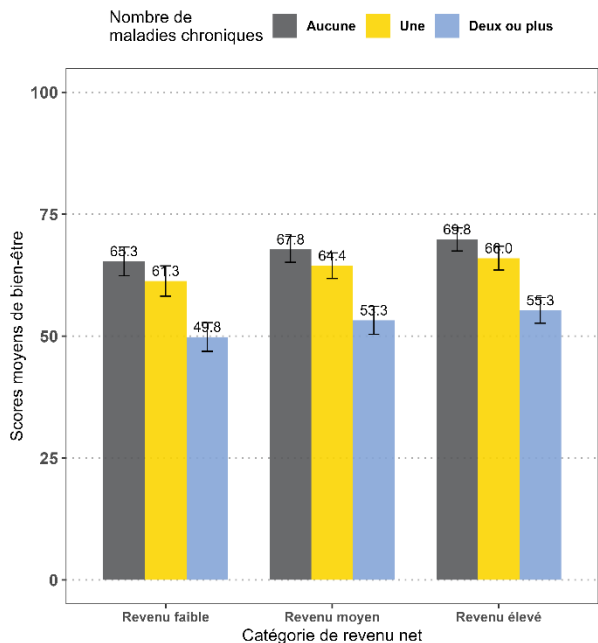


Figure A8 • Score moyen des répondants pour bien-être par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique



Remarque : toutes les comparaisons ont pris en compte l'âge et le sexe. Les comparaisons en matière d'enseignement ont pris en compte le revenu et vice versa.

Figure A9 • Score moyen des répondants pour santé physique par sexe et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

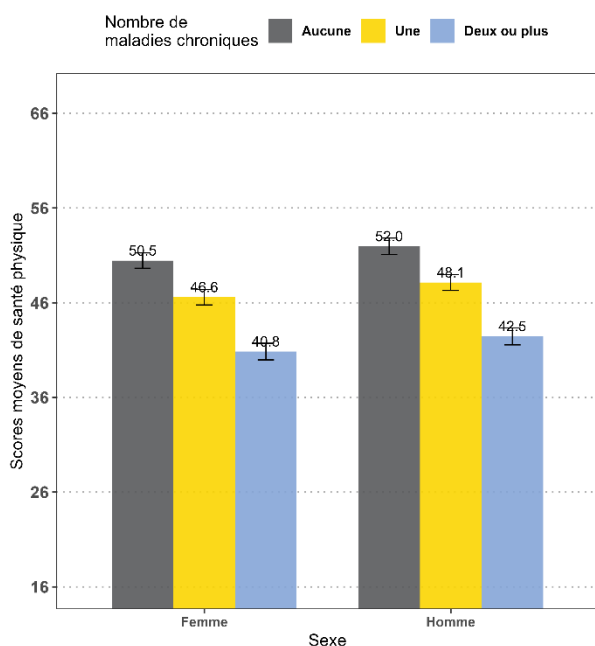


Figure A10 • Score moyen des répondants pour santé physique par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

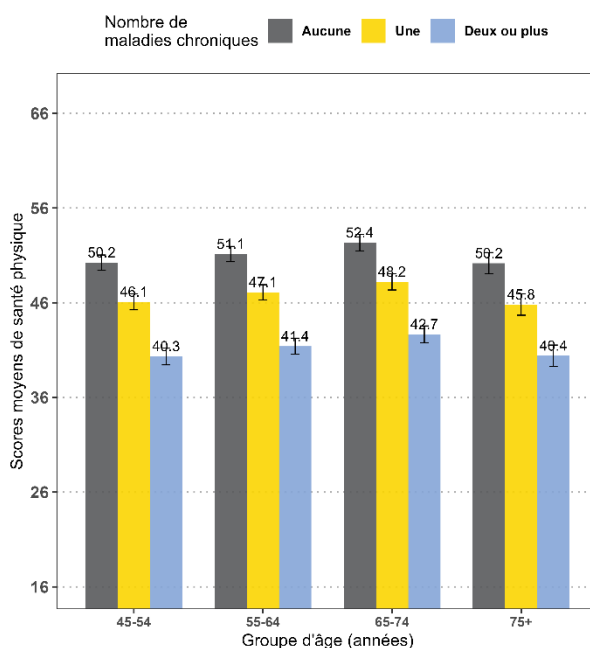


Figure A11 • Score moyen des répondants pour santé physique par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

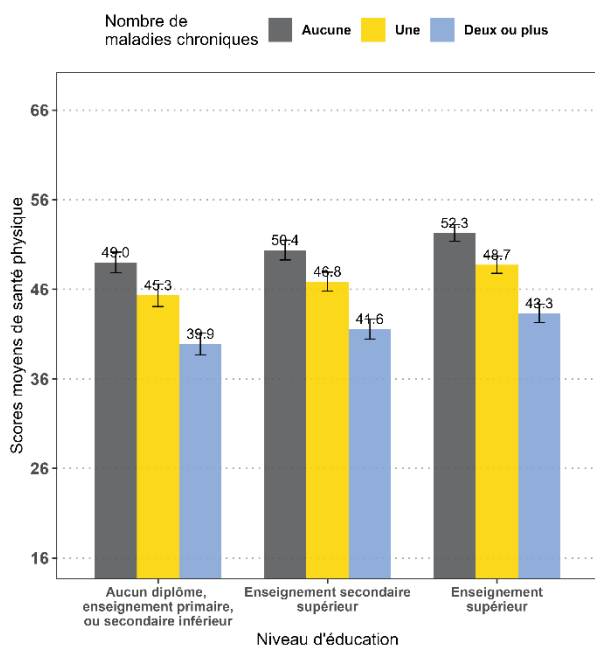
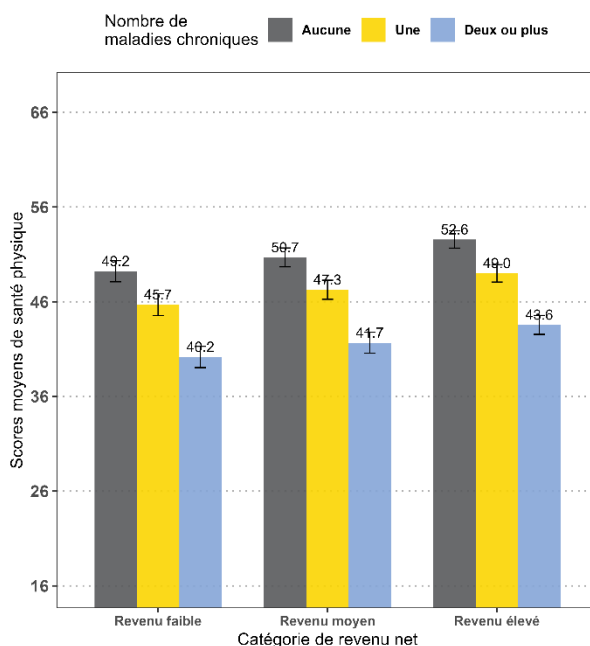


Figure A12 • Score moyen des répondants pour santé physique par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique



Remarque : toutes les comparaisons ont pris en compte l'âge et le sexe. Les comparaisons en matière d'enseignement ont pris en compte le revenu et vice versa.

Figure A13 • Score moyen des répondants pour santé mentale par sexe et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

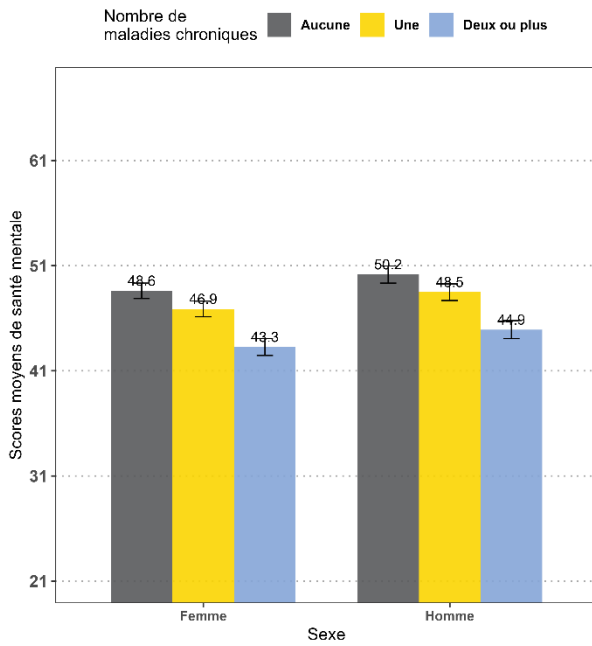


Figure A14 • Score moyen des répondants pour santé mentale par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

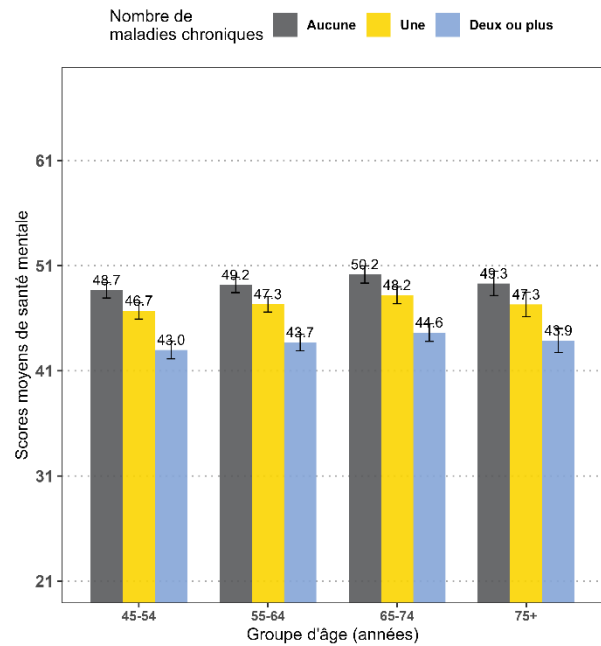


Figure A15 • Score moyen des répondants pour santé mentale par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

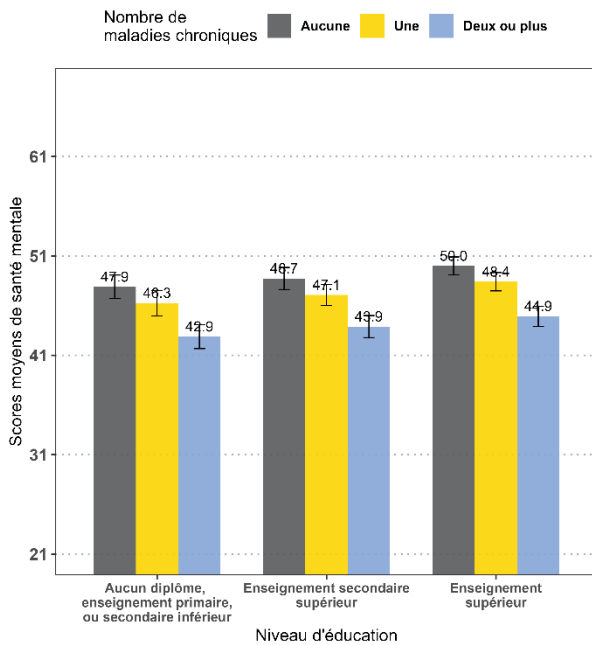
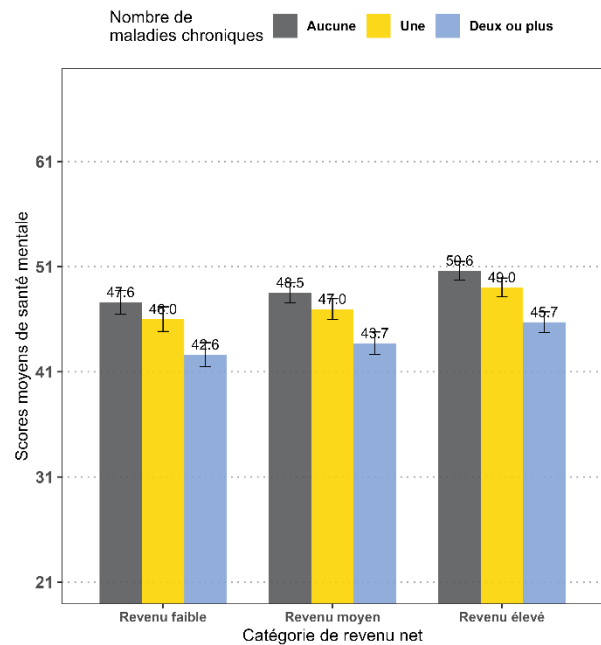


Figure A16 • Score moyen des répondants pour santé mentale par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique



Remarque : toutes les comparaisons ont pris en compte l'âge et le sexe. Les comparaisons en matière d'enseignement ont pris en compte le revenu et vice versa.

Figure A17 • Pourcentage de répondants déclarant avoir une capacité (très) bonne ou excellente dans les activités et rôles sociaux (%) par sexe et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

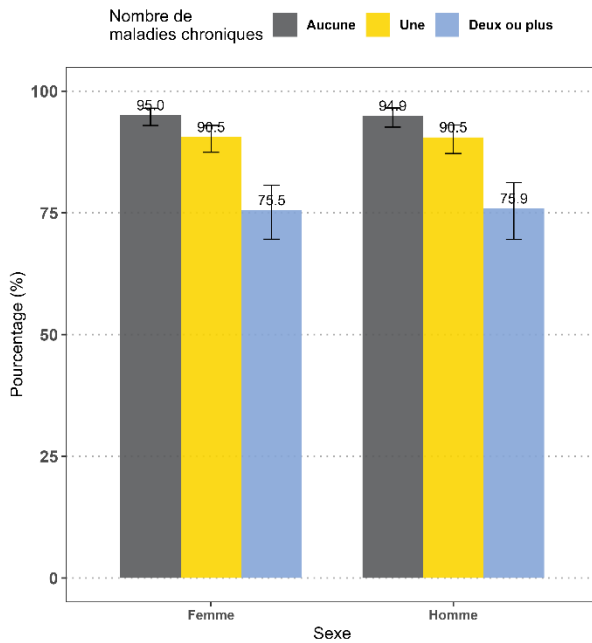


Figure A18 • Pourcentage de répondants déclarant avoir une capacité (très) bonne ou excellente dans les activités et rôles sociaux (%) par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

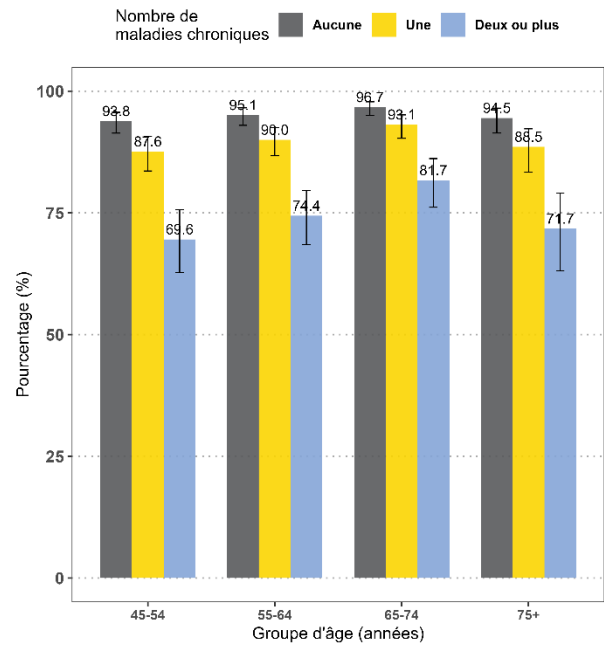


Figure A19 • Pourcentage de répondants déclarant avoir une capacité (très) bonne ou excellente dans les activités et rôles sociaux (%) par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

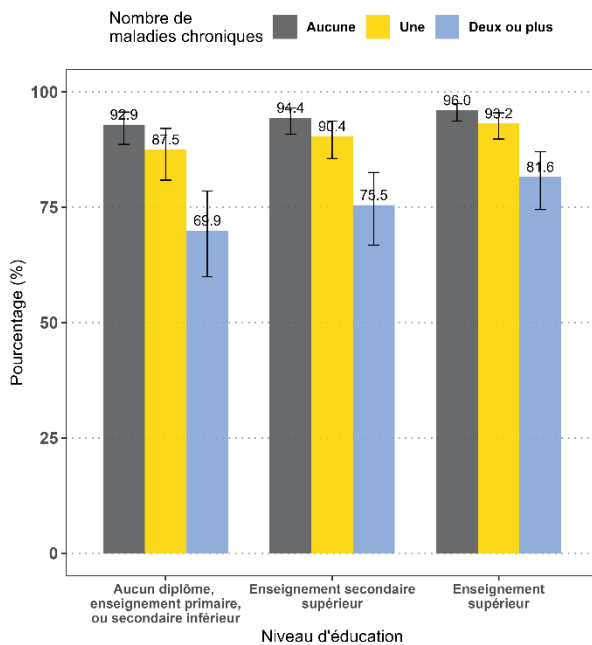
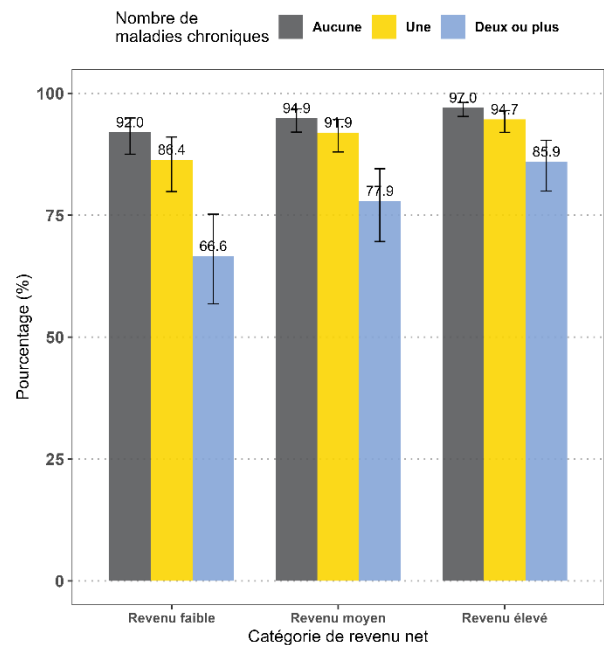


Figure A20 • Pourcentage de répondants déclarant avoir une capacité (très) bonne ou excellente dans les activités et rôles sociaux (%) par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique



Remarque : toutes les comparaisons ont pris en compte l'âge et le sexe. Les comparaisons en matière d'enseignement ont pris en compte le revenu et vice versa.

Figure A21 • Pourcentage de répondants déclarant avoir reçu des soins médicaux (très) bons ou excellents au cours des 12 derniers mois (%) par sexe et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

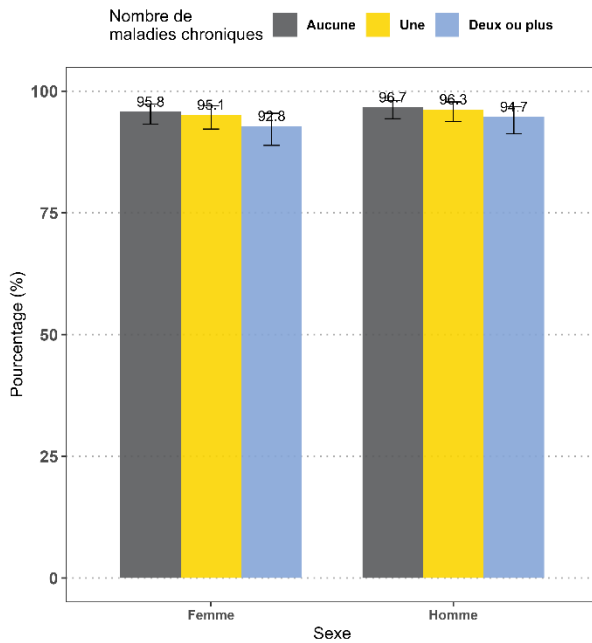


Figure A22 • Pourcentage de répondants déclarant avoir reçu des soins médicaux (très) bons ou excellents au cours des 12 derniers mois (%) par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

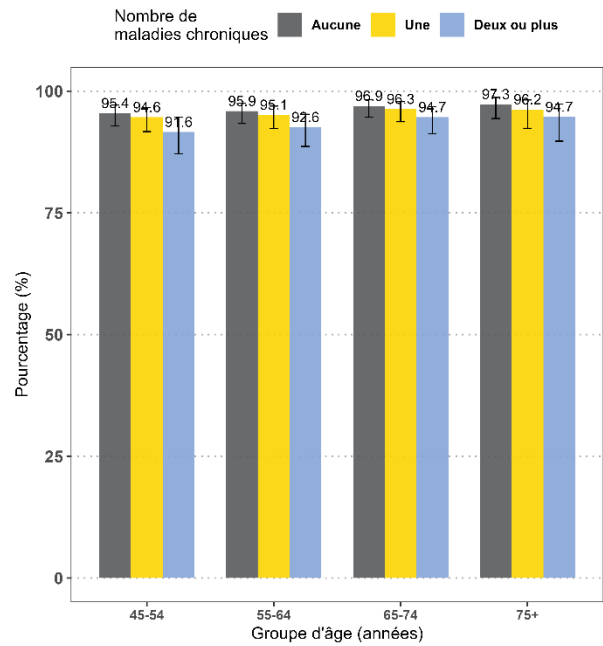


Figure A23 • Pourcentage de répondants déclarant avoir reçu des soins médicaux (très) bons ou excellents au cours des 12 derniers mois (%) par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

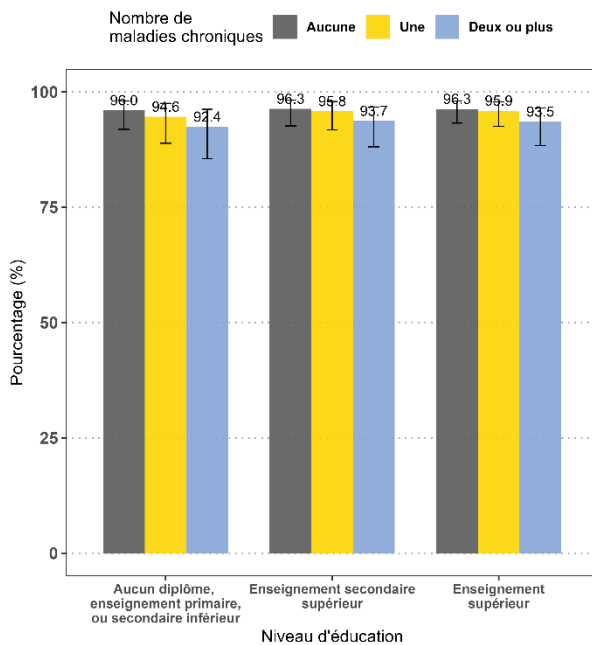
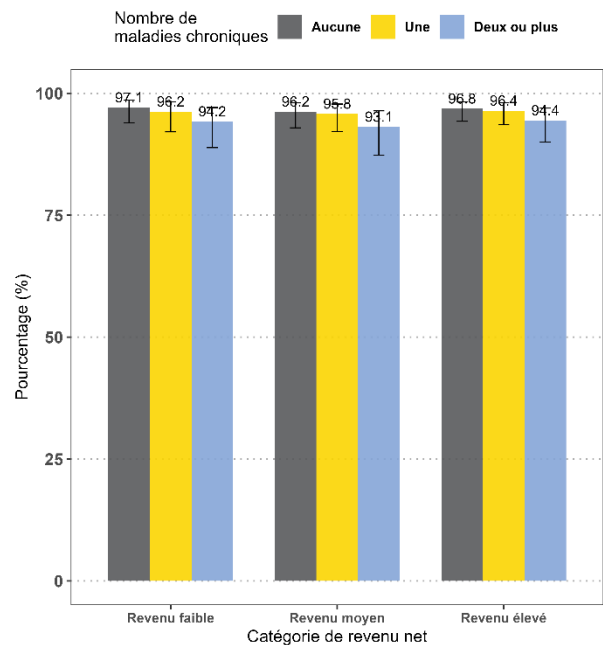


Figure A24 • Pourcentage de répondants déclarant avoir reçu des soins médicaux (très) bons ou excellents au cours des 12 derniers mois (%) par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique



Remarque : toutes les comparaisons ont pris en compte l'âge et le sexe. Les comparaisons en matière d'enseignement ont pris en compte le revenu et vice versa.

Figure A25 • Pourcentage de répondants déclarant avoir (très) confiance dans leur capacité à gérer leur propre santé et leur bien-être (%) par sexe et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

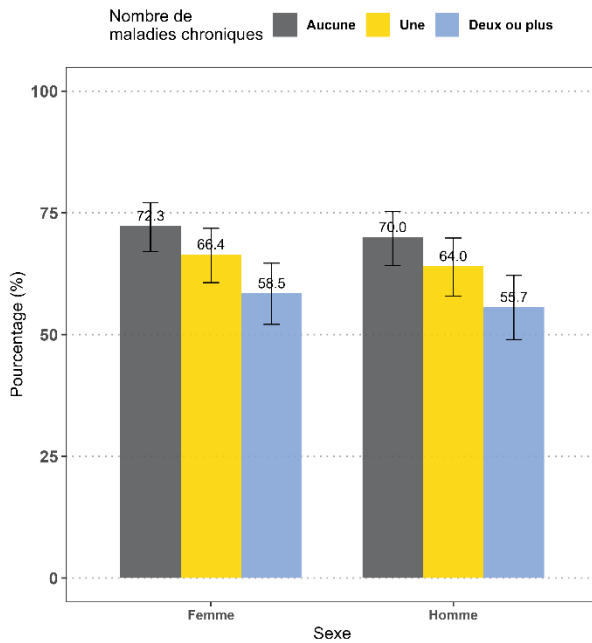


Figure A26 • Pourcentage de répondants déclarant avoir (très) confiance dans leur capacité à gérer leur propre santé et leur bien-être (%) par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

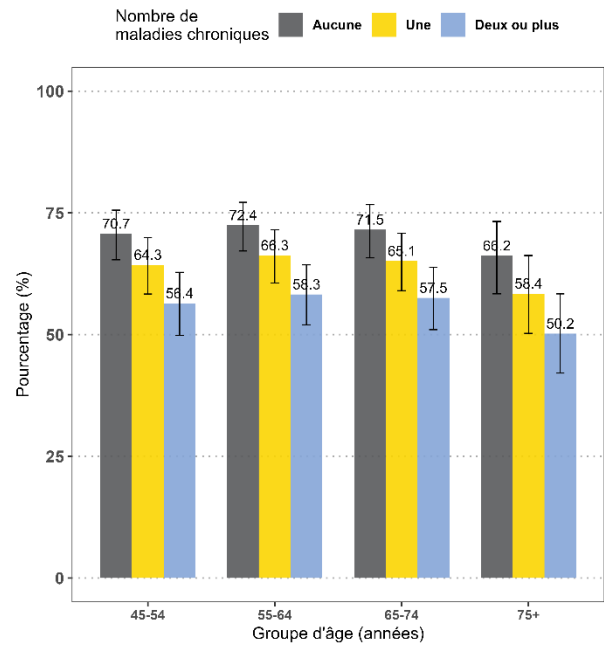


Figure A27 • Pourcentage de répondants déclarant avoir (très) confiance dans leur capacité à gérer leur propre santé et leur bien-être (%) par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

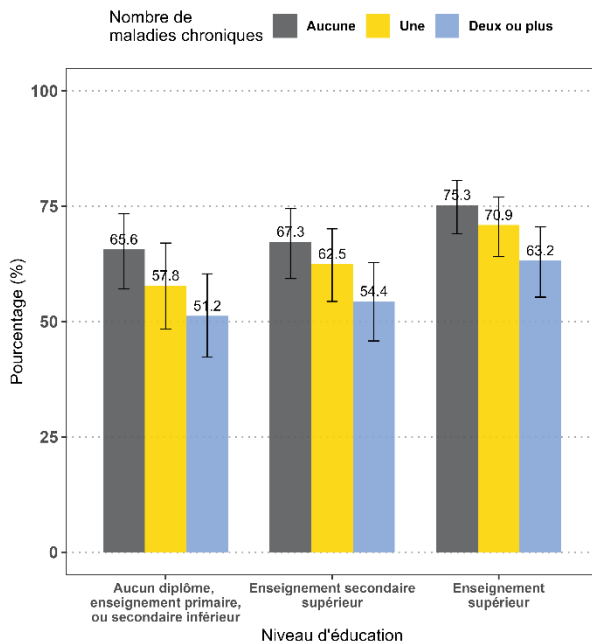
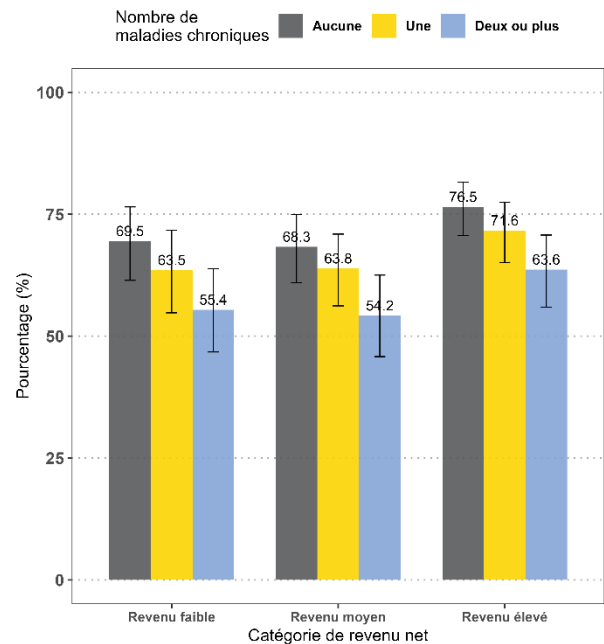


Figure A28 • Pourcentage de répondants déclarant avoir (très) confiance dans leur capacité à gérer leur propre santé et leur bien-être (%) par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique



Remarque : toutes les comparaisons ont pris en compte l'âge et le sexe. Les comparaisons en matière d'enseignement ont pris en compte le revenu et vice versa.

Figure A29 • Pourcentage de personnes d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que le système de santé est digne de confiance (%) par sexe et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

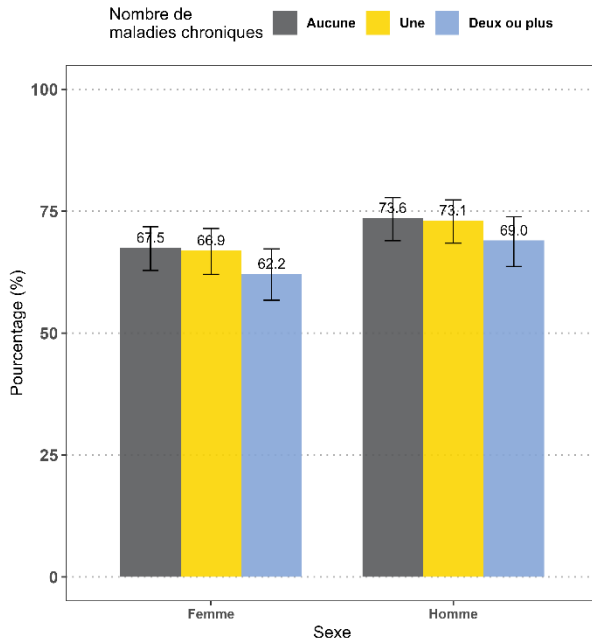


Figure A30 • Pourcentage de personnes d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que le système de santé est digne de confiance (%) par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

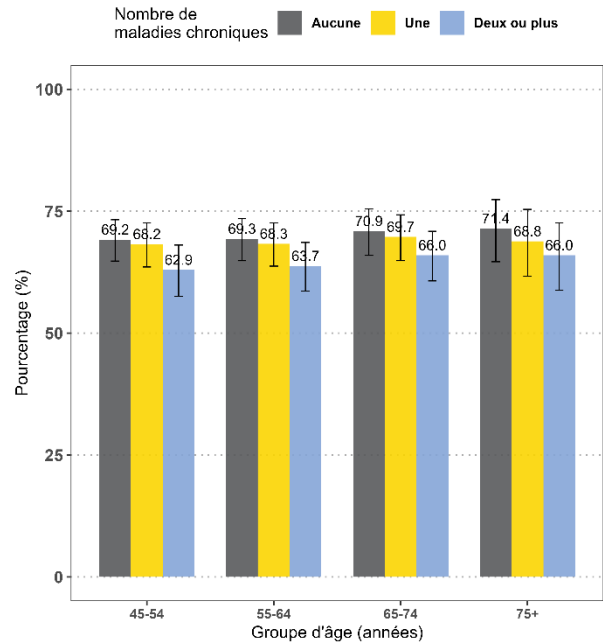


Figure A31 • Pourcentage de personnes d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que le système de santé est digne de confiance (%) par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

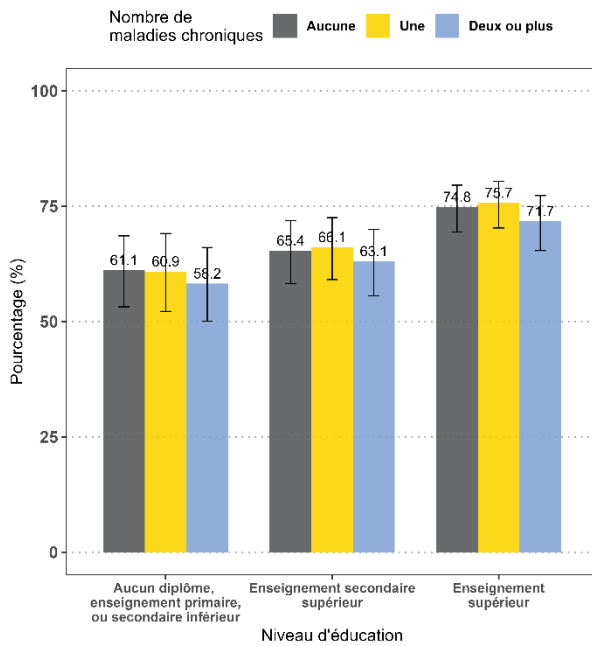
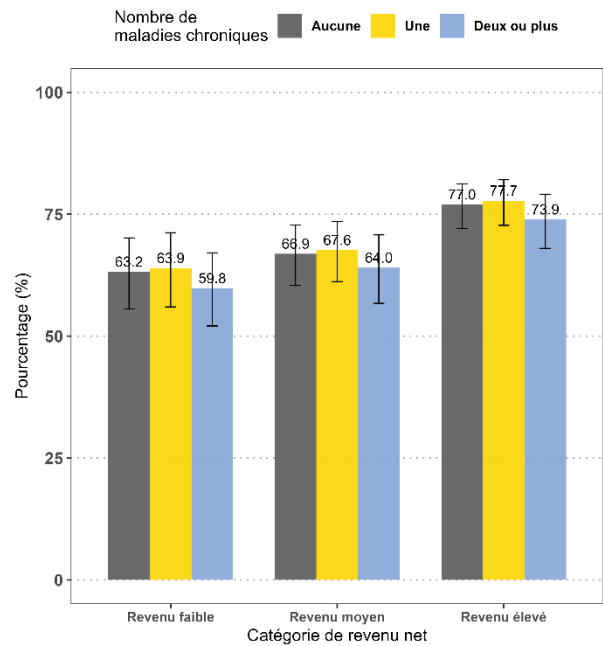


Figure A32 • Pourcentage de personnes d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que le système de santé est digne de confiance (%) par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique



Remarque : toutes les comparaisons ont pris en compte l'âge et le sexe. Les comparaisons en matière d'enseignement ont pris en compte le revenu et vice versa.

Figure A33 • Scores moyens pour la coordination des soins perçue par sexe et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

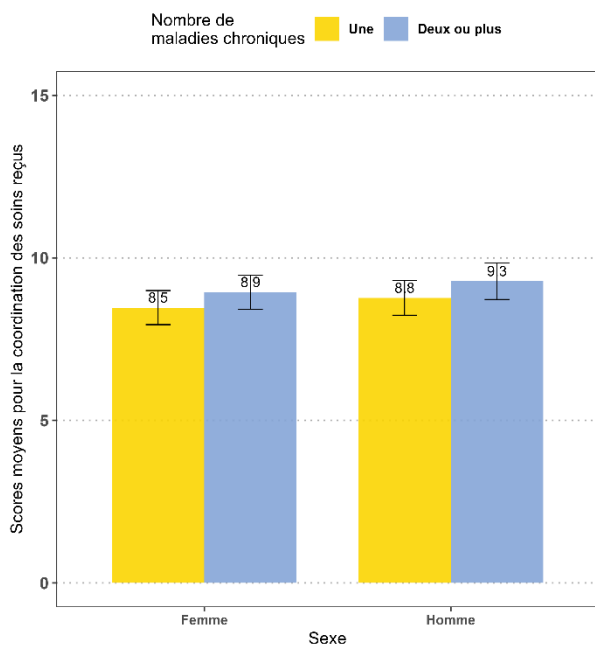


Figure A34 • Scores moyens pour la coordination des soins perçue par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

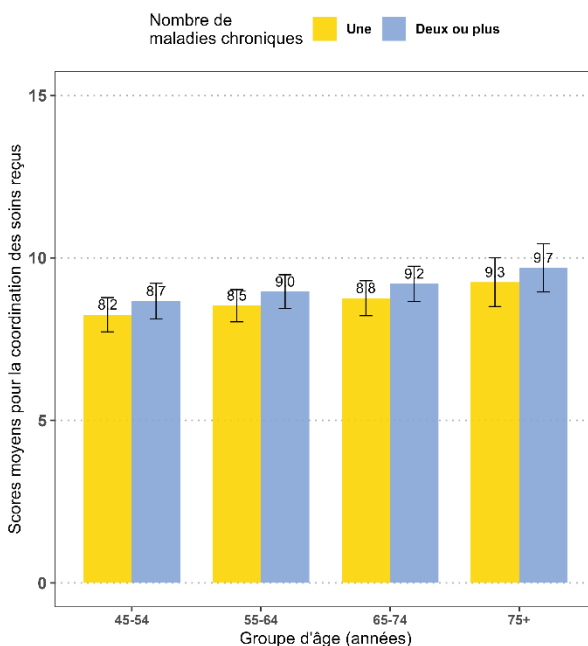


Figure A35 • Scores moyens pour la coordination des soins perçue par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

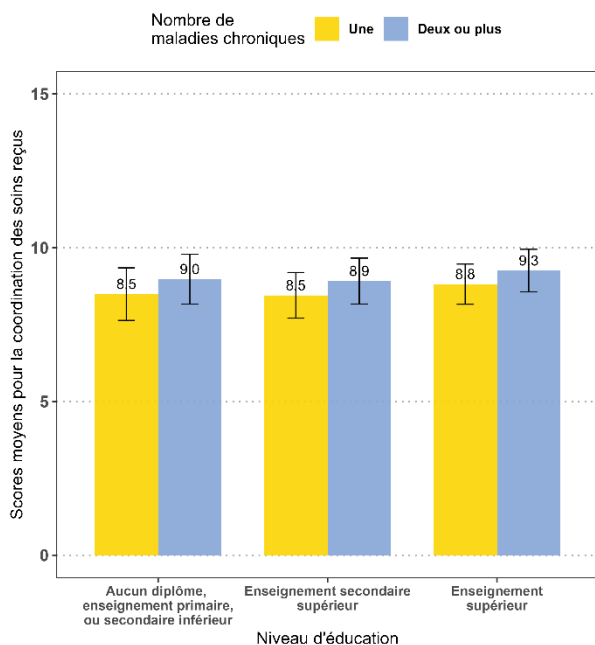
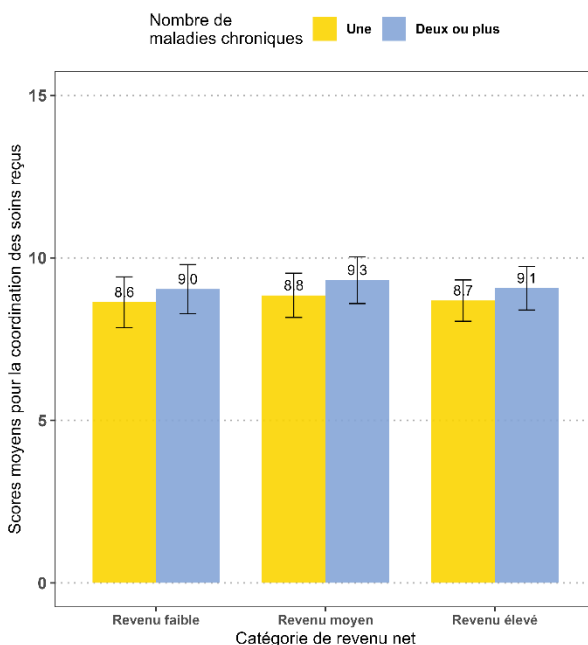


Figure A36 • Scores moyens pour la coordination des soins perçue par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique



Remarque : toutes les comparaisons ont pris en compte l'âge et le sexe. Les comparaisons en matière d'enseignement ont pris en compte le revenu et vice versa.

Figure A37 • Scores moyens pour le caractère centré sur la personne par sexe et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

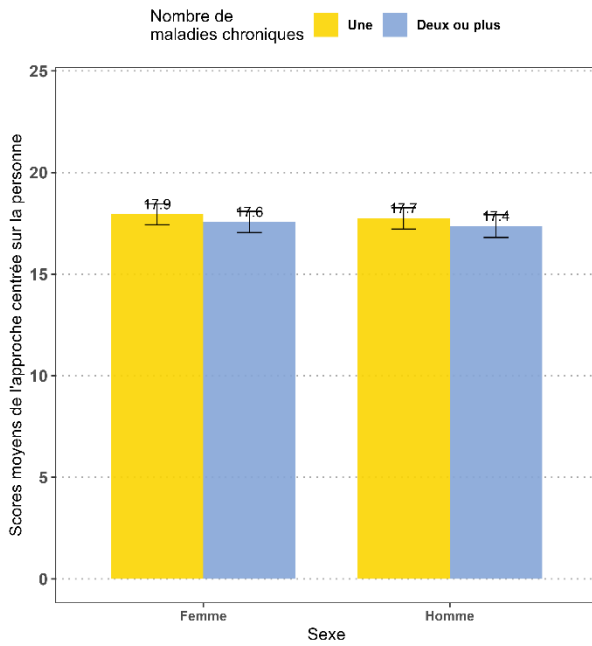


Figure A38 • Scores moyens pour le caractère centré sur la personne par catégorie d'âge et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

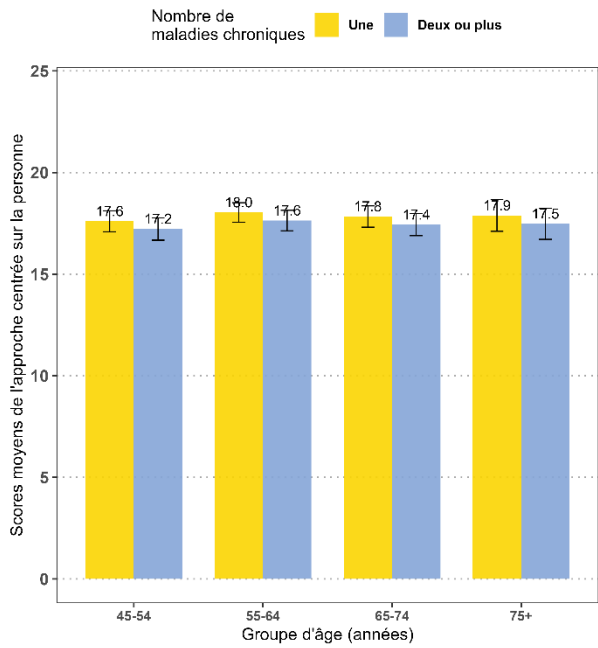


Figure A39 • Scores moyens pour le caractère centré sur la personne par niveau d'instruction et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique

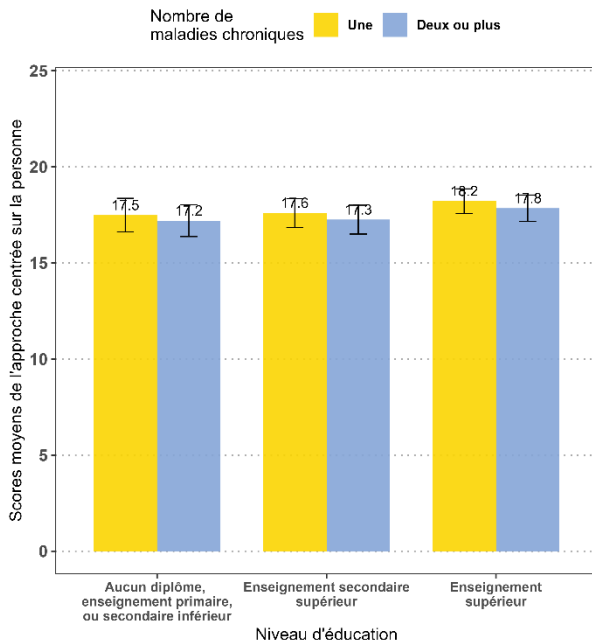
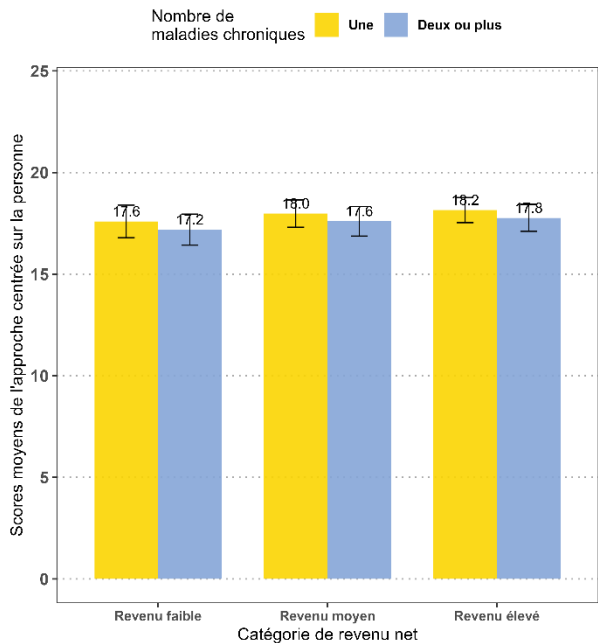


Figure A40 • Scores moyens pour le caractère centré sur la personne par niveau de revenu et nombre de maladies chroniques (à l'exclusion de l'hypertension), Enquête PaRIS, Belgique



Remarque : toutes les comparaisons ont pris en compte l'âge et le sexe. Les comparaisons en matière d'enseignement ont pris en compte le revenu et vice versa.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer notre sincère gratitude à tous les membres du comité consultatif et du comité de pilotage qui ont mis leur expertise, leur temps et leur dévouement à notre service au fil des ans. Leur précieuse contribution a joué un rôle crucial dans le développement et l'avancement de notre travail.

Comité consultatif

Ce groupe a joué un rôle-clé dans l'accompagnement stratégique et le contrôle du projet.

FOD VVVL - SPF SPSCAE	Saskia Van Den Bogaert
	Ilyse Kenis
RIZIV - INAMI	Pedro Facon
	Nathalie Laus
Sciensano	Karin De Ridder

Groupe de pilotage

Ce groupe a activement contribué à l'orientation scientifique et thématique du projet.

LUSS	Mr. Fabrizio Cantelli		Mr. Thomas Deloffer
	Ms. Marie Villance	RIZIV - INAMI	Ms. Mariam Agarad
	Ms. Sabine Corachan		Ms. Nathalie Laus
	Ms. Diane-Estelle Ngatchou-Djomo		Mr. Mickael Daubie
KCE	Ms. Anja Desomer	FOD VVVL - SPF SPSCAE	Dr. Saskia Van Den Bogaert
Sciensano	Kris Doggen		Ms. Annemie Vlayen
KU Leuven	Dr. Geert Goderis		Ms. Joke Wuyts
Socmut	Ms. Evelyne Haus	SSMG	Dr. Quentin Mary
	Ms. Siska Germonpré		Dr. Thomas Orban
VPP	Ms. Laura Jame	Domus Medica	Ms. Jo van Hoof

Nous tenons à remercier tout particulièrement nos partenaires internationaux de l'OCDE pour avoir pris l'initiative de ce projet et franchi cette étape décisive. La Belgique est honorée d'avoir pu participer à cet important projet. Nous souhaitons également exprimer notre sincère gratitude au secrétariat PaRIS pour son soutien indéfectible, ainsi qu'à Nivel et Ipsos pour leurs précieux conseils et leur aide tout au long de ce projet.

Par ailleurs, nous tenons également à remercier nos collègues du département Soins primaires, dont Sherihane Bensemmane, Nathalie Bossuyt, Robrecht De Schreye, Sarah Moreels, Mélanie Nahimana, en Floriane Rouvez. Nous remercions également chaleureusement les médecins généralistes et les patients participants pour leur précieuse contribution. Ce projet est financé par l'INAMI/RIZIV.

CONTACT

Dagmar Annaert • T + 32 2/642.58.19 • dagmar.annaert@sciensano.be

POUR PLUS D'INFORMATIONS

Rendez-vous sur notre site
web

[https://www.sciensano.be/nl/p
aris-patient-reported-
indicator-survey](https://www.sciensano.be/nl/paris-patient-reported-indicator-survey)

ou contactez-nous à l'adresse
PaRIS@sciensano.be

Sciensano • Juliette Wytsmanstraat 14 • Bruxelles • Belgique • T + 32 2 642 51 11 • T press + 32 2 642 54 20 •
info@sciensano.be • www.sciensano.be

Éditeur responsable : C. Léonard, Directeur général • Juliette Wytsmanstraat 14 • Bruxelles • Belgique • D/2025.14.440/17